



Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal  
Vol. 1 - N° 1 - Rosario, Enero - Julio de 1998

# Investigación en Salud



Secretaría de Salud Pública - Municipalidad de Rosario

# Indice

<b>Editorial</b>	4
<b>Datos edición Volumen 1 N° 1</b>	6
<b>Descripción de portada</b>	8
<b>Artículos</b>	
<b>El Area de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública</b> Torres de Quinteros, Zulema C.	10
<b>Reforma en Salud en Costa Rica; implicaciones en la gestión municipal</b> Villalobos Solano, Luis Bernardo ; Piedra González, Mario A.	21
<b>Cobertura de Vacunación Antimeningocócica Vamengoc BC en la ciudad de Rosario</b> Aronna, Alicia; Enría, Graciela; Godoy, Cristian; Moyano Cecilia	30
<b>Cobertura de Vacunación Antimeningocócica. Un estudio cualitativo</b> Fleitas, Mirta; Gerlero, Sandra; Gómez, Mariana	40
<b>Gravidez Na Adolescência no Estado do Rio de Janeiro (Brasil)</b> Monteiro, Mario F. G.	50
<b>Práctica Empírica y Legitimidad Social: El caso de la Odontología</b> Schapira, Marta V.; Pinto, Cecilia	58
<b>De Ideologías y Prácticas</b> Tróccoli, Silvia; Grande, Silvia; Bersanker, Graciela	68
<b>Transmisión Nosocomial de Acinetobacter Baumannii caracterizada por Métodos Fenotípicos y Genotípicos</b> Guardati, M.C.; Limansky, A.; Sutich, E.; García, M.; Lesnaberes, P.; Bermejo, J.; Viale, A.	72
<b>Página Literaria</b>	80
<b>Una mirada al Complejo Demencia del SIDA. Borges y el Olvido</b> Leandro Plasenzotti	81

# Editorial

A comienzos de 1996, la Secretaría de Salud Pública se plantea la necesidad de crear un Área de Investigación en Salud con el objeto de «promover y desarrollar actividades de investigación en salud, desde una perspectiva interdisciplinaria, en el campo biomédico, epidemiológico y de servicios de salud, que permitan dinamizar el proceso de planificación y gestión de los servicios y favorecer la respuesta social a las necesidades de salud que plantea la población».

La innovación asumida con la creación de esta Área se inserta en el contexto de un proceso general de descentralización político-administrativa impulsado por el gobierno municipal y en un nuevo modelo asistencial, que bajo una concepción amplia de salud entendida como hecho social, jerarquiza actividades de promoción, prevención y rehabilitación de la salud, articuladas al mejoramiento de la calidad de la atención médica centrada en los pacientes.

En el marco de esta propuesta, uno de los ejes de transformación hacia el modelo que se pretende, lo constituye el desarrollo de un proceso de capacitación permanente de los agentes de salud a distintos niveles de gestión, con vistas a conformar un perfil técnico-profesional capaz de impulsar activamente los cambios.

Es en relación con este proceso de formación y reconversión del personal que emerge como estrategia la construcción de un espacio de trabajo destinado al desarrollo de actividades dirigidas específicamente a la producción científica de conocimientos, definido por el ámbito de ingerencia del Área de Investigación en Salud, para dar cuenta de los principales problemas, tendencias y soluciones que el sistema debe encarar actualmente, que permitan evaluar el impacto de las innovaciones tecnológicas y los efectos de la implementación de nuevas estrategias de intervención, etc., impulsando así, en el personal de salud de todos los niveles, una actitud de permanente reflexión crítica sobre su praxis y acerca de los procesos de trabajo y sus resultados.

La publicación de la Revista, cuyo primer número hoy presentamos, constituye uno de los emprendimientos fundamentales del Área de Investigación en Salud, al ser reconocida básicamente como el instrumento más idóneo para dar a conocer el trabajo científico de los profesionales de la Secretaría de Salud Pública, así como también impulsar el crecimiento de la producción investigativa en este sector, no sólo desde el punto de vista cuantitativo sino principalmente en términos de la calidad de sus planteamientos teórico-conceptuales y desarrollos metodológicos.

Esto plantea un verdadero desafío si se tienen en cuenta, por un lado, la reciente creación del Área de Investigación desde la que sólo se han dado los primeros pasos de un proceso sistematizado de formación científica del personal de salud y, por otro, la propuesta del sostenimiento en el tiempo de una publicación semestral.

La apertura de espacios para incorporar las contribuciones de otros investigadores, del país o del extranjero, conforma otra vertiente de estímulo para el desarrollo de la capacidad en investigación de nuestro medio, pero básicamente se fundamenta en que, sin duda, habrán de jerarquizar el nivel científico de los contenidos de la Revista, abriendo también la importante perspectiva de facilitar la articulación e intercambio de experiencias con otras instituciones científicas, locales, nacionales e internacionales, preocupadas, como nosotros, por el desarrollo de la investigación en salud.

Dra. Mónica H. Fein  
Secretaria de Salud Pública

# Investigación en Salud

Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal

**Datos de Publicación Vol. 1 N° 1 - Rosario, Argentina - Enero-Julio de 1998.**

---

## **Comité Editorial**

### **Editor**

**Zulema C. Torres de Quinteros**

### **Editor Asistente**

**Mónica M. Liborio**

### **Editores Asociados**

**Alicia Aronna**

**Adriana Huerta**

**Dora Mantello**

**Juan Carlos Paradiso**

**María Cristina Rasini**

**Beatríz Tavano**

### **Secretarias**

**Alicia Maltaneres**

**Lidia del Valle Bonino**

### **Asesores Científicos**

**BELMARTINO, Susana** (Argentina)

**BONAZZOLA, Pablo** (Argentina)

**BRICEÑO LEON, Roberto** (Venezuela)

**BRONFMAN PERTZOVSKY, Mario N.** (México)

**CALABRESE, Alberto E. S.** (Argentina)

**CARROLI, Guillermo** (Argentina)

**CASSANHO FORSTER, Aldaisa** (Brasil)

**COHN, Amelia** (Brasil)

**COIMBRA, Carlos E. A. (Jr.)** (Brasil)

**DE MENDOZA, Diego** (Argentina)

**DE SOUSA CAMPOS, Gastao W.** (Brasil)

**FELDMAN, Noel** (Argentina)

**FUKS SADOVSKY, Saúl I.** (Argentina)

**GALENDE, Emiliano** (Argentina)

**GOLDBAUM, Moisés** (Brasil)

**KOIFMAN, Sergio** (Brasil)

**LATTES, Alfredo E.** (Argentina)

**LEDE, Roberto L.** (Argentina)

**LITVOC, Julio** (Brasil)

<b>MENDEZ DOMINGUEZ</b> , Alfredo A.	(Guatemala)
<b>MENENDEZ SPINA</b> , Eduardo L.	(México)
<b>MENIN</b> , Ovide	(Argentina)
<b>PANTELIDES</b> , Edith A.	(Argentina)
<b>PROIETTI</b> , Fernando A.	(Brasil)
<b>ROHLFS BARBOSA</b> , Izabella	(España)
<b>RUFFINO NETTO</b> , Antonio	(Brasil)
<b>SANCHEZ CABACO</b> , Antonio	(España)
<b>SANTHIA</b> , Miguel A.	(Argentina)
<b>SCHAPIRA</b> , Marta V.	(Argentina)
<b>STOLKINER</b> , Alicia I.	(Argentina)
<b>TRONCOSO</b> , María del Carmen	(Argentina)
<b>ZALDUA</b> , Graciela	(Argentina)

Propietaria  
**Secretaría de Salud Pública / Municipalidad de Rosario**

Director  
**Dr. Miguel A. Cappello**

**Dr. Hermes Juan Binner**  
**Intendente Municipal**

**Dra. Mónica H. Fein**  
**Secretaria de Salud Pública**

**Dr. Miguel Angel Cappello**  
**Subsecretario de Salud Pública**

**Dra. Zulema C. Torres de Quinteros**  
**Coordinadora Area de Investigación en Salud**

Impreso en Argentina / Printed in Argentina

**Imprenta: AMALEVI Imprenta Editorial**

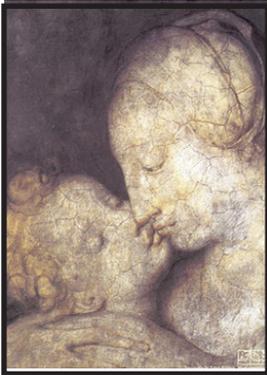
**Cantidad de ejemplares: 1.200.**

**Cantidad de páginas por ejemplar: 94.**

**Fecha de edición: agosto de 1998**

**Diseño gráfico: Silvia Armentano - Comunicación Social de la Secretaría de Salud Pública Municipal**

**ISSN: 1667-8044**



## **La Virgen y el Niño** **Anónimo**

**Fresco sobre teja.**

**Siglo XVI**

**Donación Castagnino 1942**

**De pequeñas dimensiones (52 x 37 cm) esta pintura logra resumir los tiempos e ideologías de su época. Su estilo, al decir de los críticos, pertenece a la escuela manierista, la cual se caracterizaba por sublimar estados espirituales sin olvidar la obsesión por la belleza del clasicismo. Es notable la elevada dosis de abstracción de la que se sirve el artista para expresar esta escena de amor con una cuidadosa elaboración intelectual. la composición muestra a las figuras desplazadas hacia el sector inferior del plano, dejando un espacio que sirve para aislar y cohesionar a los personajes en un bloque compacto, lo cual subraya el intercambio amoroso. Además, el pintor ha ubicado el beso y las miradas cruzadas casi en la posición de las diagonales del cuadro. El sólido respaldo geométrico de la composición ha sido mitigado con rasgos de ritmos ondulantes. Al contrario de las pinturas religiosas en las que santos y vírgenes aparecen cubiertos de pompa y joyas terrenalmente multicolores, el anónimo pintor expresa la profunda espiritualidad de María y su hijo utilizando una limitada gama de colores claros, logrando un clima irreal alejado de los estilos más realistas utilizados en el Renacimiento. Esto no significa que el cuadro no exprese a la vez un sentimiento humano, y aunque elaboradamente, los personajes reflejan la tibieza de la vida desde su mundo ilusorio de dos dimensiones.**

**Agradecemos al Prof. Miguel Ballesteros , Director del Museo Municipal de Bellas Artes "Juan B. Castagnino" , por facilitarnos esta obra de la colección.**

---

# El Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública

Zulema C. Torres de Quinteros (\*)

---

## El contexto de creación del Área de Investigación en Salud

En el año 1996, la Secretaría de Salud Pública dio a conocer un documento que pone claramente de manifiesto sus concepciones sobre salud y su decisión de concentrar esfuerzos en la construcción de un nuevo modelo asistencial «basado en la solidaridad, la participación y la accesibilidad»(1).

Sustentado en un concepto integral de salud, como hecho social y colectivo, y superando un enfoque tradicional fundamentalmente reparador, el «centro de este modelo de atención es la preservación y la promoción de la salud», implicando, en consecuencia, el emprendimiento de acciones intersectoriales sobre las causas sociales, ambientales y culturales que generan, condicionan o intervienen en la producción y manifestaciones de los procesos de salud-enfermedad.

Las formas organizativas de la atención médica, resultado de los saberes y prácticas de los distintos actores sociales involucrados, en interacción con las características del acceso y utilización de los servicios de salud por parte de la población, también influenciados por sus condiciones sociales, sus propios saberes y

prácticas, forman parte e intervienen en esa conceptualización amplia de salud, pasando a constituir una dimensión clave en el proceso de transformación del modelo asistencial.

En coherencia con estas definiciones, cobra jerarquía la Atención Primaria de Salud (APS), pensada como principal estrategia para el abordaje integral de los problemas de salud. Superando concepciones de una atención primaria selectiva de problemas prioritarios, la propuesta deriva en un trabajo interdisciplinario de los integrantes del equipo de salud, tanto al interior del sector como en su articulación con otros sectores sociales y en una tarea conjunta con los miembros de la propia comunidad, cuyo protagonismo se intenta reforzar.

En segundo lugar, la construcción del nuevo modelo asistencial reconoce como otra prioridad el logro de una verdadera integración de los distintos efectores, hospitales polivalentes y hospitales de alta complejidad, a los efectos de un accionar coordinado en tanto eslabones de una red de servicios, dentro de la cual se incluye la puesta en funcionamiento, en un futuro inmediato, del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA) como institución de primer nivel de referencias, desde los Centros de APS y hacia

(\*) Coordinadora del Área de Investigación en Salud, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

(1) Municipalidad de Rosario. Secretaría de Salud Pública. «Ejes de la Gestión en Salud». Año 1996

los hospitales del segundo nivel de complejidad.

Con relación a las acciones de recuperación de la salud, los cambios y transformaciones que impone el nuevo modelo de atención conllevan la necesidad de definir nuevas formas de articulación entre niveles de gestión y en los aspectos organizativos y administrativos, establecer nuevos sistemas y procesos de trabajo, funciones y responsabilidades de los agentes de salud al interior y entre los servicios de la red, reasignar recursos técnicos y materiales, direccionar la atención hacia un trabajo interdisciplinario y centrado en los pacientes, etc., todo ello con la finalidad del sostenido mejoramiento de la calidad asistencial.

En esta clara explicitación de «contribuir a mejorar, tanto cuanto sea posible, dados los conocimientos y recursos disponibles, el nivel de salud de la población en su conjunto» (2), se reconoce, como uno de los ejes para la transformación del modelo, la necesidad de conformar un nuevo perfil técnico-profesional capaz de impulsar activamente los cambios que se proponen.

Coherentemente con estos planteamientos, en los últimos años, se ha iniciado un proceso de capacitación permanente de los agentes de salud a todos los niveles de la gestión, incorporando las corrientes teóricas más modernas en términos de planificación en salud, calidad de atención, etc. y procurando construir nuevas visiones respecto de las prácticas y saberes en salud, introducir una mayor racionalidad en la toma de decisiones, una integración interdisciplinaria de los equipos de trabajo, etc..

En este contexto es que surge, en particular, el espacio dedicado a la capacitación y construcción de conocimientos científicos, actualmente definido como el Área de Investigación en salud, entre cuyas funciones generales está la «definición de prioridades en el campo de investigación en Salud en el marco de los lineamientos de la gestión de la Secretaría de Salud Pública (3).

El logro de efectos mensurables en las condiciones de salud de los distintos sectores de la población, superando metas restringidas a la satisfacción de las demandas espontáneas de individuos que toman contacto con los servicios de salud (4), como propósito fundamental de las políticas de salud definidas, conduce claramente a perfilar cuáles son las líneas prioritarias de investigación que deben impulsarse desde el Área. Ellas son el describir o explicar los procesos de salud-enfermedad que se manifiestan en la población así como sus tendencias en el tiempo, analizar las condiciones socio-culturales que intervienen en las posibilidades concretas de los grupos poblacionales en cuanto al acceso y utilización de los servicios, el tipo de relaciones que se establecen en la interfase población/servicios y sus resultados, en una dimensión biológica pero también psicológica y social, el evaluar la capacidad resolutoria de las distintas opciones de intervención, etc.

En acuerdo con lo anterior, los objetivos del Área refieren al desarrollo de investigaciones clínicas o biomédicas, pero principalmente a las del campo epidemiológico y de servicios de salud, porque se trata básicamente de «dinamizar el proceso de planificación y gestión de los servicios y favorecer la respuesta social a las necesidades de salud que plantea la población» (5). En un desarrollo armónico de los distintos campos de la investigación en salud, importa trascender-no excluir- el nivel de análisis centrado exclusivamente en el paciente y en sus posibilidades de recuperación, en la pertinencia de los procesos diagnósticos y terapéuticos, pasando a proyectar la mirada a la población, a los servicios, a los programas, a la red de efectores, al sistema de salud.

### **El desarrollo de la actividad científica en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública**

La historia política de nuestro país, fuertemente marcada por el autoritarismo y la

(2) Chorny, A.H. «Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes» Cuadernos Médico Sociales, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), Rosario, Argentina, N° 73, mayo 1998.

(3) Municipalidad de Rosario Secretaría de Salud Pública -Resolución N° 193, mayo 1998.

(4) Dussault, G. «La Epidemiología y la gestión de los servicios de Salud» - Boletín Epidemiológico OPS/ OMS, Vol. 16 N° 2, julio 1995.

(5) Torres de Quinteros, Z.C. «Programa de Promoción y Desarrollo de la Investigación en Salud» Documento de la Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, agosto 1996.

discontinuidad, ha obstaculizado la articulación de una política coherente de desarrollo de la investigación.

Por el contrario, la actividad investigativa pareciera haber sido objeto de progresivos desmantelamientos corriendo la misma suerte que las universidades nacionales en términos de desfinanciamiento y desjerarquización del recurso humano. Desde una perspectiva eficientista, y en el marco de las políticas de ajuste - a diferencia de lo que ocurre en países desarrollados - la inversión en investigación y en la capacitación de recursos en investigación, ha sido visualizado como un «gasto» antes que como una capitalización (6).

Más preocupados por la legitimación de su producción científica ante los ojos de la comunidad internacional, replicando modelos externos o desarrollando líneas de investigación desvinculadas de las necesidades prioritarias de nuestro país, muchos investigadores han eludido interrogantes fundamentales inherentes al rumbo de la investigación, en términos de : para quiénes ?, qué investigar ?, qué condiciones de viabilidad social tiene determinada producción científica ?

Estas consideraciones generales tienen un correlato específico en el campo de la salud. En efecto, frente al surgimiento de propuestas cada vez más firmes de descentralización y municipalización, los esfuerzos en la producción de conocimientos siguen estando focalizados en los campos tradicionales de investigación en salud, como son los estudios del campo clínico y de tipo biomédico. Según Sonnino (7), dichos estudios abarcan, respectivamente, el 47 y el 41% de las investigaciones, reduciéndose a una baja proporción los correspondientes al área de la Salud Pública, que oscilan entre 1 y 12% según la fuente documental consultada (CONICET, RIDALC o RRACYT).

En este contexto, y en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública, apostar a instituir

y consolidar un área abocada al fomento de la investigación y la capacitación del recurso humano en ese campo, constituye un desafío político fuerte, en la medida que supone una intencionalidad transformadora de las prácticas en salud en el marco de políticas diseñadas con un criterio de equidad social.

De esta manera, los procesos educativos en investigación podrían constituirse en analizadores, lo que permite a la institución «provocarla, obligarla a hablar» (8).

La construcción de saberes modifica el proceso de trabajo y a su vez transforma el sistema de las instituciones. La conformación de un espacio destinado a la investigación conlleva abrir la posibilidad que el equipo de salud esté en condiciones de indagar, crear conocimientos y reflexionar sobre su praxis, por su propia cuenta y en un proceso abierto, es decir, que permita múltiples ajustes y la producción de cambios, aún los no previstos o no buscados (9).

Resulta de importancia enfatizar el rol estratégico que cabe a la investigación en la operativización de las políticas de salud, sobre todo si se tiene en cuenta el histórico divorcio de intereses que ha caracterizado esta relación. Principalmente, en lo que atañe a investigaciones de carácter epidemiológico y de servicios de salud, desde que los conocimientos resultantes bajo esa perspectiva, promueven una mayor coherencia entre las necesidades de salud de la población, la eficacia y la eficiencia de las intervenciones y la asignación de los recursos, como expresa Dussault (10).

Lo anterior resulta claro si se parte del concepto que la investigación sobre los servicios de salud tiene por finalidad determinar e identificar las condiciones históricas, sociales y económicas que llevaron a una configuración dada de las unidades productoras, sus interrelaciones y las formas específicas que adopta el proceso de

(6) Oteiza, E. et al «La política de investigación científica y tecnológica argentina» \_Bibliotecas Universitarias \_ Centro Editor Latinoamericano \_ Bs. As. 1992.

(7) Sonnino, S. et al. «La investigación en Salud en la Argentina» OPS/DMS, Publicación de la Representación en Argentina N° 36, año 1993.

(8) Ardoino, J. «La intervención: ¿Imaginario del cambio o cambio de lo imaginario?», «La intervención Institucional» Cap. 1. Ed. Plaza y Valdés. México. 1987.

(9) Brunner, J.J. «Investigación Social y decisiones políticas. Sociedad. 3:31-43, 1993.

(10) Dussault, G. Op. cit.

trabajo, evaluar los efectos producidos en las condiciones generales de salud de una población, analizar las formas organizativas, administrativas, tecnológicas, financieras y epidemiológicas de las redes de los servicios de salud (11).

Siguiendo uno de los criterios básicos para el desarrollo actual de la actividad científica (12), se sostiene que la misma «no puede restringirse al ámbito académico, sino relacionarse y aun implicarse en los procesos organizativos y políticos llevados adelante por los científicos democráticos, por los trabajadores de la salud y por la población en general y que, en ese proceso, hay que garantizar la capacidad comunicativa y la eficacia simbólica necesarias para que la ciencia tenga no sólo objetividad académica sino fuerza movilizadora».

La conformación de un Área de Investigación en Salud, fuera de un ámbito académico como es la Secretaría de Salud Pública, podría considerarse como un dispositivo privilegiado, impulsor de líneas de acción y de toma de decisiones.

Un desarrollo en este sentido implica identificar categorías claves que atraviesan todo el proceso, entre ellas, la de construcción conjunta, como dinámica que supone transitar una trayectoria marcada por diferencias y puntos de encuentro, y por tanto, condicionando permanentemente el diseño de consensos.

Otro concepto fundamental es el de transversalidad, entendiéndola, según lo define Felix Guattari (13), como alternativa a la verticalidad que caracterizó las modalidades tradicionales de funcionamiento de las Instituciones, y pudiendo materializarse cuando se efectúa una comunicación máxima entre los diferentes niveles y en diferentes sentidos. Es de remarcar la importancia de incorporar una perspectiva de funcionamiento orientada desde la idea de transversalidad, por los efectos que esta perspectiva produce en los actores institucionales en términos de ampliar sus grados de libertad, resituándolos en

su potencialidad instituyente, y posibilitando el máximo desarrollo de sus capacidades creativas. Al mismo tiempo, esta «comunicación máxima» sólo puede sostenerse a partir del reconocimiento del otro como un otro legítimo en el marco de una cultura de la tolerancia.

Ligada a las anteriores, la idea de red, como modo de organización e intervención, configura un modelo que redimensiona espacios que aparecen rígidamente definidos en las estructuras piramidales tradicionales de las organizaciones e instituciones: el adentro y el afuera, el arriba y el abajo. Cada actor ocupa un lugar en la red pero este lugar es dinámico, puede transitar por otros, y en ese pasaje por el entramado de la red, se van confrontando distintas lógicas sustentadas en las diversas perspectivas que portan los actores en función de su lugar en la red. De este modo se va generando la construcción conjunta de una lógica de lo posible, que dialectiza la noción del deber ser con los límites que plantea la praxis cotidiana de los actores.

Por las consideraciones anteriores, el emprendimiento de un proceso de construcción de conocimientos científicos en el sector de la salud pública municipal, plantea la perspectiva de una tarea compleja desde el punto de vista teórico y metodológico, si la intención es direccionarlo para acompañar y sustentar las transformaciones hacia un nuevo modelo de atención. Este direccionamiento supone privilegiar el desarrollo de estudios sobre servicios de salud y epidemiológicos, pero en un adecuado dimensionamiento relativo respecto de las investigaciones clínicas o biomédicas.

El crecimiento en equilibrio de los distintos campos de investigación en salud, agrega otro componente a la complejidad señalada, ya que requiere de la adopción de estrategias que permitan retroalimentar la dinámica del proceso de desarrollo científico, entre ellas una interacción permanente entre la definición de prioridades

(11) Sonis, A. «La investigación en los Servicios de Salud. Problemas actuales». Los Sistemas Locales de Salud, OPS/OMS, Publicación Científica 519, 1990.

(12) Campaña, A. «Hacia la definición de pautas actuales para el diseño de estudios sobre condiciones de vida y salud». En: «Saude e Movimento» Seminario Latino americano «Condições de vida y situação de saúde» Sao Paulo, Brasil, dic.1995). Barradas Barata, R. Organizadora \_ Edit. ABRASCO (R. de Janeiro, Brasil, 1997)

(13) Guattari, F. et al «La intervención institucional», Edit. Plaza y Janés, México, 1987.

sobre áreas temáticas de investigación y el monitoreo y evaluación de resultados o avances en la producción de trabajos.

A modo de síntesis, la creación de un área de Investigación en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública, tiene un sentido estratégico en varias dimensiones :

- Promover el desarrollo de producciones científicas estrechamente articuladas a las necesidades poblacionales.

- Otorgar racionalidad a las acciones en salud.

- Formar al recurso humano desarrollando su capacidad de innovación.

- Aportar a la desalienación de los trabajadores de la salud al instrumentarlos en un análisis crítico de su propia práctica, constituyéndolos como sujetos agentes productores de su propio saber y no relegándolos por tanto, al lugar de meros replicadores y ejecutores de normativas establecidas.

- Establecer nudos de articulación entre todos los niveles de la gestión de salud mediante un proceso de transversalización de actividades y una estrategia participativa en la toma de decisiones, orientados al logro de objetivos coherentes de desarrollo.

## **Desarrollo operativo del Área**

El desarrollo del Area de Investigación en Salud se sustenta en una concepción estratégica y participativa de la gestión, lo que operativamente supone la intervención de representantes de los diferentes niveles de la estructura administrativa y asistencial de la Secretaría de Salud Pública.

A través de mecanismos organizativos y procedimientos que permiten la realización de acuerdos para el logro de los objetivos propuestos, como definir necesidades y prioridades de investigación, acciones de apoyo y capacitación metodológica, elaborar programas de trabajo y asignar áreas de responsabilidad, promover acuerdos/convenios con otras instituciones, evaluar los avances logrados, etc., el propósito es construir y establecer nudos de articulación entre todos los

niveles de la red de servicios de salud, mediante un proceso de transversalización de actividades y en la toma de decisiones.

El Área se estructura por niveles de responsabilidad y participación (14), estando a cargo de un Coordinador General (CG), con funciones de conducción , principalmente en lo referente a la definición de prioridades en el marco de los lineamientos de la gestión de la Secretaría de Salud Pública. Tiene bajo su responsabilidad el planteamiento de propuestas de trabajo, de implementación y el monitoreo de las actividades derivadas.

Un segundo nivel está representado por el denominado Comité Coordinador del Area de Investigación en Salud (CCAIS) que, bajo la presidencia del CG y con funciones de deliberación y concertación , analiza propuestas de trabajo de acuerdo a prioridades, define programas y actividades de formación y capacitación científica, supervisa el cumplimiento de los criterios éticos internacionales en el desarrollo de los proyectos de investigación, define la conformación de comisiones asesoras ad hoc para el desarrollo de actividades específicas, promueve acciones tendientes a viabilizar la notificación de nuevos proyectos, internos y externos, y para la transferencia y difusión de los resultados de los trabajos de investigación, etc..

El Comité Coordinador (CCAIS) se integra con representantes de los distintos niveles de la red de servicios, constituidos por los Comités de Docencia e Investigación (CDeI) de la totalidad de efectores municipales, Direcciones, Departamentos y programas específicos de la Secretaría de Salud Pública), considerados como unidades locales.

En tanto actores vinculantes de los dos niveles organizativos, los miembros del Comité Coordinador tienen la doble responsabilidad, por una parte, de interactuar a nivel local para la elaboración de propuestas directamente relacionadas con el Area, reunir opiniones de su grupo de pertenencia, identificar necesidades, etc. para elevarlas a la consideración del CCAIS, como, en otro sentido, promover la participación

(14) HSD/OPS \_ «La administración estratégica» \_ Serie Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSD/SILOS-2 Washington D.C., 1992.

y el cumplimiento de las decisiones y actividades consensuadas en el seno del Comité, en todos los niveles de la red de servicios.

Siguiendo a Róvere (15), y admitiendo la construcción progresiva de las redes, paso a paso y atravesando momentos vinculares y psicológicos de mayor exigencia en cada nivel, las primeras actividades estuvieron dirigidas al «reconocimiento» y al «conocimiento» entre distintos grupos del personal de salud y la CG para lograr un entendimiento sobre los objetivos y características operativas del desarrollo del Área.

Este momento inicial, que podríamos denominar como de actividades de «promoción» y que en el tiempo se extendiera por más de un año hasta febrero de 1997, consistió en el desarrollo de sucesivas reuniones y entrevistas convocadas por la CG. Siguiendo un desarrollo simultáneo, una de las líneas de trabajo fueron las reuniones celebradas con el CCAIS, totalizando 16 sesiones y, la otra, los contactos o entrevistas con los grupos de profesionales miembros de cada uno de los CDel de los efectores municipales (26 reuniones) y de las áreas del nivel central de la Secretaría, con los que se realizaron alrededor de 40 sesiones.

Bajo la premisa general de reforzar la gestión de los miembros que componen CCAIS en su función de hacer conocer la propuesta del Área en los distintos servicios de la red y, principalmente, de asegurar la participación de sus representantes, el trabajo en cada CDel significó un número variable de contactos, dependiendo del nivel de desarrollo y consolidación del propio CDel.

Una particularidad presentaron las sesiones mantenidas con las Direcciones, Departamentos y programas especiales, lo que puede explicar la mayor intensidad de los encuentros en estas áreas. Si bien la motivación inicial fue, como en los otros niveles organizativos, la de difundir la propuesta del Área de Investigación, las reuniones fueron derivando en consultas concretas de asesoría a proyectos de investigación en marcha. Esto permitió tener conocimiento de la existencia de un número considerable de grupos interesados por la tarea investigativa y de necesidades particulares

de formación metodológica para dar respuesta a las problemáticas en estudio.

Las temáticas puestas a discusión en todas esas reuniones, entendidas como instrumento para involucrar gradualmente a los distintos sectores y niveles de gestión y dar un impulso inicial al desarrollo del proceso participativo, fueron los siguientes:

-Lineamientos generales, objetivos y estrategias de desarrollo del Área.

-Mecanismos operativos y sistemas de registro para la recuperación de las investigaciones finalizadas y documentadas de los años anteriores, a partir de 1990, a los efectos de conformar una base de datos con vistas a la creación de un Centro de Referencias.

-Mecanismos operativos y sistemas de registro para la detección de propuestas o proyectos de investigación, con el objeto de identificar necesidades de apoyo metodológico y programar las consecuentes actividades para la formulación y ejecución de los estudios.

No obstante la heterogeneidad demostrada por los servicios en cuanto a sus formas de organización interna y las distintas perspectivas de su personal en relación con la propuesta programática del Área, la experiencia reunida durante el primer año permitió verificar que a lo largo de ese período fueron surgiendo gradualmente compromisos de reciprocidad o «colaboración», para llegar a formas más sistematizadas de «cooperación», fundamentalmente en lo referente a la participación de los representantes ante el CCAIS como instancia de operación conjunta.

Estos avances en la construcción de nuevas relaciones de mayor horizontalidad en la gestión quedan evidenciados por las temáticas que fueron puestas a discusión, por los acuerdos establecidos a nivel del CCAIS (16) y por el cumplimiento de las responsabilidades asumidas por las unidades locales. Caben mencionar:

-Análisis, discusión y aprobación del documento sobre Promoción y Desarrollo de la Investigación en Salud en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública (17), como marco general para

(15) Róvere, M. Documentos del Seminario «Gestión de Redes» \_ Secretaría de Salud Pública \_ Municipalidad de Rosario, 1997.

(16) Registros del Libro de Actas de las reuniones del Comité Coordinador del Programa.

(17) Torres de Quinteros, Z. C. Op. cit

orientar la gestión del Area. Redactado por la CG sobre la base de una guía de contenidos consensuada por el CCAIS, este documento fue previamente puesto a consideración de todos los niveles de la red de servicios.

-Formulación y aprobación de un modelo de registro para recuperar las investigaciones finalizadas y documentadas en los años anteriores al inicio de la gestión. Definición de las funciones de los CDeI y de los mecanismos operativos para asegurar la distribución de formularios, recepción a nivel local y centralización en la sede del Area.

-Formulación de criterios, sistema de registros, implementación de mecanismos organizativos, administrativos y definición de áreas de responsabilidad para la autorización y seguimiento de proyectos externos - son los coordinados por investigadores no pertenecientes al sector municipal de salud - que solicitan la aplicación de estos proyectos en alguna dependencia o efector de la Secretaría, con el propósito de resolver las problemáticas en estudio. Esta decisión se fundamentó en la necesidad de ejercer cierto control sobre este tipo de proyectos para asegurar un mejor aprovechamiento de los hallazgos y conclusiones resultantes y facilitar su posible transferencia a distintas áreas.

-Elaboración de una propuesta consensuada (a fines de 1996) para recabar las necesidades de formación y apoyo metodológico del personal de salud de las distintas dependencias de la Secretaría, a fin de programar orgánicamente las actividades del año 1997.

Esta propuesta, de una búsqueda sistematizada a través de una encuesta dirigida al personal de todos los servicios de la red y desde el CCAIS, fue adoptada finalmente como la alternativa más viable, dada la insuficiencia de la información que se había podido reunir a través de las consultas globales a los servicios impulsadas por los CDeI, tanto en términos de la cantidad de personal potencialmente interesado como en cuanto a niveles requeridos de capacitación en metodología científica.

A nivel del CCAIS se acordaron los contenidos para el diseño del modelo de encuesta y los procedimientos para la recolección de la información,

siendo los CDeI quienes asumieron la responsabilidad de su implementación y proyección a todo el personal de la red de servicios.

Si bien el propósito de reunir los datos de la encuesta en un corto plazo no se cumplió, por dificultades en la distribución de los formularios y en la pronta respuesta por parte del personal de salud, la participación de los miembros del CCAIS en esta experiencia y en la elaboración del programa de trabajo para 1997 que se derivara de la misma, determinaron un salto cualitativo en el nivel de profundidad de las relaciones de trabajo al interior del CCAIS y en su capacidad la organización. Se dio lo que conceptualmente define Dabas (18), que «la toma de conciencia acerca de la capacidad de organización influye en la apropiación de un proyecto», así como que «el desarrollo de éste va constituyendo a aquélla.»

En efecto, los resultados obtenidos que señalaban similares demandas de formación en los distintos servicios y niveles de gestión y la amplia recepción que tuvo la encuesta, respondida por más de 300 profesionales - los problemas de distribución en algunos sectores hacen pensar en un número aún mayor de respondentes potenciales - hicieron que los representantes de los CDeI asumieran como responsabilidad de grupo la elaboración de una respuesta adecuada, generando un cambio en la dinámica interna del CCAIS.

La constatación personal de los miembros del CCAIS de la existencia de una importante adhesión a la tarea investigativa, demostrada por la encuesta, le dió sentido y una dirección definida al accionar del CCAIS, generando una mayor cohesión entre sus miembros hacia a una operatoria conjunta y compartida sistemáticamente, llegando a un estadio que podría denominarse de «cooperación».

A partir de marzo de 1997, el desarrollo de los Cursos Teórico-prácticos sobre Metodología Científica, de carácter introductorio, realizados entre julio y diciembre de ese año y los actualmente en desarrollo (a partir de mayo de 1998), pasaron a ser las actividades prioritarias del Area por haber sido demandados por la casi totalidad de los profesionales encuestados.

Las diversas tareas preparatorias asumidas

(18) Dabas, E., «Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales» \_Paidós- Bs. As., 1993.

por el CCAIS, vinculadas con su organización y puesta en marcha, principalmente en lo que atañe a difusión, llamado a inscripción y selección de aspirantes, y la elaboración e implementación del programa docente, a cargo de una comisión ad hoc derivada del mismo, pasaron a constituir espacios de trabajo de mayor profundización, tanto en lo deliberativo como en cuanto a la dinámica seguida para establecer los acuerdos en función de distintos problemas a resolver.

Las actividades docentes propiamente dichas, de las que en gran parte se hacen cargo profesionales de la Secretaría capacitados para ello, ha significado la apertura de otros canales de participación y su proyección e instalación en otras áreas, -básicamente de Bioestadística y Epidemiología-, comenzando a compartirse recursos y esfuerzos impulsados hacia un objetivo constituyente del grupo, cual es el desarrollo del modelo pedagógico, generando reales vínculos de asociación, tanto al interior de los equipos docentes como en cuanto a la relación entre éstos y los grupos de alumnos, empeñados en la formulación y resolución de proyectos de investigación. (En Anexo «La capacitación en Servicio del personal de salud en Metodología Científica. Avances y proyectos a los dos años de la gestión.»)

Merecen señalarse otras evidencias, puestas de manifiesto a partir del momento en que se diera comienzo a las actividades formales de capacitación en metodología científica en 1997, que señalan el crecimiento del CCAIS, en tanto instancia de deliberación y concertación para la elaboración de propuestas y proyectos. Ellas son una serie de iniciativas surgidas de su propio seno, como la de iniciar actividades de difusión a través de la publicación de una revista científica y la de iniciar gestiones para la institucionalización de la entrega de un premio anual a los trabajos más destacados de investigación, las que posteriormente dieron lugar a las Resoluciones N° 080 y 081 de la Secretaría de Salud Pública de abril de 1997.

En esta línea, caben también agregar las propuestas para la celebración de convenios, como el establecido en abril de 1997 con la

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) para la capacitación del personal de APS en investigación de la problemática de alimentación /desnutrición, la carta intención firmada recientemente con la Maestría en Metodología de la Investigación Científica de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER), como marco general para el inicio de acciones/servicios de intercambio o cooperación recíproca en el campo de la investigación en salud, el proyecto de convenio con la Maestría de Salud Mental de la Universidad Nacional de Buenos Aires, etc.

Como consecuencia del desarrollo operativo de todas estas propuestas, surgen nuevos roles y responsabilidades que son asumidos por el CCAIS, en forma global o parcialmente a través de las comisiones ad hoc, permitiendo consolidar aún más su integración como cuerpo deliberativo e instituyendo una visión colectiva acerca del sentido y el «deber ser» del Area, facilitando el direccionamiento de los esfuerzos hacia una proyectiva deseada (19).

Por fuera de la instancia del CCAIS, y aunque durante los dos años se han logrado también grandes avances con la incorporación gradual del personal de salud de distintos niveles de gestión a vínculos cada vez más solidarios, la situación actual plantea la persistencia de una cierta heterogeneidad en la profundización lograda en la conformación de la red. Para ciertas actividades que se impulsan desde el Area, aún subsisten estadios de una simple «colaboración» (20), es decir, con la existencia de vínculos de reciprocidad, pero bajo las características de una ayuda esporádica, no sistemática u organizada.

Factores vinculados a la operatoria al interior de los CDel y áreas técnico-administrativas de la Secretaría, a la propias representaciones del personal de salud acerca de los objetivos y fundamentos que orientan el desarrollo del Area, a contingencias que operan en la transferencia de las decisiones y actividades consensuadas por el CCAIS hacia los distintos actores sociales o bien en la recepción de las inquietudes, opiniones e intereses de los niveles locales, etc., obstaculizan

(19) Bennis y Nanus citados por Róvere M. en «Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud» (Identificación de la visión) OPS/OMS \_Serie Desarrollo de Recursos Humanos N°96, 1993.

(20) Róvere, M. Op. cit.

las posibilidades de una mayor articulación y efectividad de los esfuerzos. Persisten aún como efectos no logrados, por ejemplo, el optimizar la cobertura de los trabajos de investigación finalizados, el pleno aprovechamiento de los resultados de proyectos externos para su aplicación directa a las necesidades que plantea la gestión de salud, la apoyatura eficaz y oportuna a grupos de profesionales nucleados en torno a proyectos de estudio y que no participan de los cursos desarrollados por el área, etc.

Aunque las nociones de una mayor transversalización de las actividades y de una estrategia participativa en la toma de decisiones han constituido y constituyen desde el inicio la orientación fundamental de una gestión dirigida a la conformación de vínculos democráticos y redes solidarias de trabajo, podría concluirse que, luego de dos años de creada el Área de Investigación en Salud, el intercambio dinámico generado entre los actores sociales que participan de este proyecto conforma una primera aproximación hacia la progresiva consolidación de una red social, que implica, en tanto red social, «un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo» (21).

## Anexo

### **La capacitación en servicio del personal de salud en Metodología Científica aplicada a la salud. Avances y proyectos a los dos años de la gestión**

Las actividades de formación y capacitación del personal de salud se centraron, durante 1997, en el dictado de Cursos teórico-prácticos de Metodología Científica de carácter introductorio.

Los antecedentes que derivaron en el programa de trabajo, son los siguientes:

- la existencia de alrededor de 100 investigaciones finalizadas en el período 1990-96, cuyas temáticas y metodologías de abordaje referían fundamentalmente al campo biomédico, en su mayoría, a la descripción de casos o «casuísticas».
- el contacto directo con grupos técnico-profesionales, espontáneamente constituidos con la intención de desarrollar proyectos o estudios de las más variadas problemáticas, que señalaban una limitada formación en el campo investigativo.
- los resultados de la encuesta (diciembre 1996) dirigida al personal de salud de todos los niveles de gestión que, respondida por más de 300 profesionales, indicaban que la principal demanda de apoyo por parte del Área se centraba en el dictado de Cursos sobre Metodología Científica de carácter inicial.
- la experiencia particular del Hospital de Emergencias «C. Alvarez» (HECA) que desde 1994 venía desarrollando Cursos Introdutorios para su personal de planta, residentes y concurrentes, con un enfoque interdisciplinario y con talleres en pequeños grupos para la elaboración de proyectos, cuya presentación constituía el principal elemento para la evaluación del desempeño de los alumnos.

Sobre la base de estos antecedentes, se decidió:

- Proyectar el dictado de los Cursos Introdutorios a todos los efectores de la Secretaría de Salud Pública y a todos los niveles de gestión, priorizando la conformación interdisci-

(21) Dabas, E. Op. cit.

plinaria de los grupos de participantes y continuando con el modelo implementado en el HECA.

- Considerar estos Cursos como primer nivel de capacitación en un proceso continuo de formación en investigación.

La programación estuvo a cargo de una comisión ad hoc, integrada por miembros del CCAIS, la que definió contenidos, dinámica y duración del Curso, condiciones para la aprobación y criterios para la evaluación de los proyectos en las instancias finales, seleccionó material bibliográfico básico, etc.

Del mismo modo, en lo concerniente a los docentes participantes. En este sentido, cabe señalar que gran parte del desarrollo del Curso estuvo a cargo de personal de la Secretaría, principalmente de la Dirección de Bioestadística y del Departamento de Epidemiología, cuya colaboración fue efectivizada por extensión de sus funciones. Fue necesaria la contratación de algunos docentes de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y del Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), institución con la que la Municipalidad de Rosario mantiene un convenio de colaboración e intercambio.

Se inscribieron 260 profesionales, de los cuales se seleccionaron 120 aspirantes, menos del 50%, atendiendo a la capacidad de las aulas ofrecidas por los hospitales que se habían postulado para ser sede de los Cursos. En el seno del CCAIS, atendiendo a la importante demanda, se convino en realizar 3 Cursos simultáneos, optándose por los hospitales HECA, de Niños «V. J. Vilela e I. Carrasco para ser sede de los mismos, se definieron los criterios para la selección de los postulantes - principalmente dirigidos a guardar proporcionalidad con el perfil profesional y lugares de trabajo de los postulantes inscriptos - los que fueron comunicados a los distintos CDel para su correspondiente operacionalización.

El desempeño de los alumnos fue altamente positivo: 81,8% cumplimentó el requisito de un mínimo de 75% de asistencia general (total 63 horas presenciales en 21 sesiones en aula), y 75,9% aprobó el Curso con una evaluación favorable al momento de la presentación del anteproyecto de investigación.

Este resultado, destacable por tratarse de un proceso docente en servicio, lo es aún más si se tiene en cuenta que los Cursos fueron de-

sarrollados en horarios de trabajo y, para muchos participantes, en el propio ámbito laboral, como también que, derivados de esta actividad, surgieron 24 propuestas de investigación, que significaron un número importante de horas adicionales de trabajo, individuales y en equipo, por parte de los alumnos.

El desempeño de los alumnos fue un tanto mejor entre los profesionales del campo de las ciencias sociales (sicólogos, trabajadores sociales, etc.), con 80,0% de aprobados, seguidos por los médicos (75,4%) y por el personal de enfermería, con el menor porcentaje (53,3%). Según lugar de trabajo, el rendimiento del personal de hospitales y centros de salud fue similar y cercano al promedio, destacándose que un 33,3% de los cursantes de la sede central de la Secretaría no llegó a completar el curso. Los antecedentes que más contribuyeron a la aprobación fueron el haber participado en equipo interdisciplinarios de investigación (aprobó el 95,0% de los que reunían tal antecedente), el haberse formado mediante la lectura personal de bibliografía sobre metodología de investigación (100,0%) o bien, haber desarrollado cursos de posgrado en esta temática (82,1%).

Respecto de los anteproyectos de investigación, cabe mencionar que el nivel de desarrollo exigido pasaba por el planteamiento del problema, con una adecuada revisión bibliográfica, la formulación de los objetivos y propósitos y lineamientos generales de la metodología.

Culminadas las sesiones presenciales, el Area mantuvo entre dos y tres sesiones de trabajo con cada uno de los 24 equipos, en el período enero-marzo de 1998, con el objeto de seguir apoyando el desarrollo de los proyectos y evaluar las posibilidades concretas de organizar un programa de 2º nivel de capacitación metodológica, que sirviera de estímulo para la ejecución de los estudios y la producción de los respectivos documentos finales.

Estas reuniones de trabajo movieron a las siguientes reflexiones:

En primer lugar, la motivación demostrada por la mayoría de los equipos respecto de la problemática abordada, que trasciende el mero requisito de elaboración del proyecto a los fines de la aprobación del Curso.

En segundo término, las propias temáticas

consideradas que, en su mayoría, cualitativamente trascienden enfoques biomédicos o clínicos, por lo que de culminar dichos estudios, éstos podrán hacer contribuciones coherentes con la orientación que se trata de impulsar desde el Area. (Ver Resumen 1: Proyectos derivados de los Cursos Introdutorios)

Estas reflexiones, conjuntamente con el propósito del Area de promover la producción científica en general y ampliar en cantidad y calidad los trabajos que pueden llegar a postularse anualmente para el Premio, como también, los artículos que ameriten su publicación en la Revista, justificaban plenamente el desarrollo de actividades docentes de 2º nivel.

Persiguiendo la misma finalidad, una serie de proyectos de investigación, considerados prioritarios para la Secretaría de Salud Pública, podían incorporarse a estas actividades docentes o de asesoría metodológica. Dichos proyectos proceden de distintas fuentes, como son los derivados del convenio con la Facultad de Ciencias Médicas (UNR) en la temática alimentación/desnutrición; los coordinados directamente por el Area de Investigación, por el Programa municipal de SIDA (PROMUSIDA), por el Centro de Prevención de Adicciones (CEPA), etc.; los trabajos presentados al Premio Anual 1997, instituido internamente por el HECA para su personal, con el objeto de dar continuidad a las líneas de investigación planteadas; los trabajos más destacados que se postularon al Premio Anual 1997, instituido por la Secretaría, a los fines de un re-trabajo analítico o para impulsar el seguimiento de las líneas de investigación propuestas, etc. (Ver Resumen 2: Proyectos prioritarios para la Secretaría de Salud Pública).

La propuesta de trabajo para la capacitación en servicio en Metodología Científica (2º nivel), que comenzará a desarrollarse durante el segundo semestre de 1998 y hasta julio de 1999, tiene por objetivos realizar un trabajo docente de apoyo directo a los equipos de profesionales involucrados en los proyectos de investigación actualmente en marcha, es decir, los derivados de los cursos introductorios 1997 o bien, los prioritarios para la Secretaría.

El programa de actividades será totalmente flexible, en términos de sus contenidos y dinámica, dependiendo de las propias características

de los equipos constituidos en cuanto a su nivel de desempeño, tiempo disponible, integración del grupo, etc. como también de la temática abordada, del tipo de estudio y de los alcances del mismo.

No obstante la diversidad de las propuestas actuales, derivadas de la particularidades del problema a investigar, es posible identificar estrategias de abordajes comunes a algunos proyectos, lo que posibilita demarcar contenidos teórico-metodológicos diferenciales para el desarrollo y orientación del trabajo docente, como estudios evaluativos de estrategias de intervención (a nivel de servicios, programas, etc.), estudios cualitativos de representaciones, análisis de demanda, de necesidades, de resultados, etc., estudios del campo biomédico, etc.

Siendo las premisas generales:

- orientar a los grupos de investigación en la búsqueda de material bibliográfico específico para cada temática particular y en la consulta de textos referidos a metodología y técnicas cuanti y cualitativas,

- asesorar en la elaboración de los protocolos de investigación, contemplando todas las fases, aún no resueltas del proceso investigativo, es decir, diseño metodológico y procedimientos para la captación, análisis e interpretación de la información empírica, y

- supervisar la ejecución de los proyectos a lo largo de su desarrollo,

Las actividades docentes, que culminan con la producción de los informes finales de cada proyecto de investigación, contemplan la realización de:

a) Seminarios iniciales: para el desarrollo de contenidos teórico-metodológicos para equipos de profesionales, agrupados en distintos proyectos de investigación que plantean estrategias comunes de abordaje. Para esta actividad se están haciendo gestiones tendientes a lograr la participación de docentes externos a la Secretaría.

b) Seguimiento de los proyectos: bajo la modalidad de talleres, de desarrollo independiente con cada equipo de investigación. Esta actividad será asumida principalmente por docentes locales de la propia Secretaría.

c) Seminarios de avance: para la presentación y discusión de los proyectos, como ins-

tancias evaluativas y de retroalimentación del proceso de capacitación, con la participación de docentes locales y externos.

Simultáneamente con la implementación y desarrollo del llamado 2º nivel de capacitación en metodología científica, a partir de mayo de 1998 se ha dado comienzo a otros tres cursos simultáneos de Metodología Científica de carácter introductorio, con contenidos y dinámica similares a los desarrollados en el año anterior, cuya finalización está prevista para principios de noviembre. En esta oportunidad, son sede de curso los hospitales «R. Sáenz Peña, de Niños «V.J.Vilela» y Maternidad Martín, cubriendo a 155 postulantes de un total de 214 inscriptos. Los proyectos resultantes de estos cursos serán incorporados a un 2º nivel de capacitación durante 1999, sobre la base de fundamentos y criterios antes explicitados y de la experiencia a recoger a través del seguimiento de los proyectos en el año 1998.

Completando el programa de trabajo, en cuanto a formación y capacitación en investigación, el Área ha organizado conjuntamente con el Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) el desarrollo de Cursos de Medicina Basada en la Evidencia (modelo pedagógico desarrollado por la Universidad Mc Master de Ontario, Canadá), dirigido fundamentalmente a profesionales médicos.

Con la participación directa, en calidad de docentes, de los investigadores del CREP, la programación para 1998 incluye dos cursos, ambos en el HECA. El primero de ellos fue desarrollado entre mayo y julio cubriendo a 40 profesionales, previéndose su reiteración en los últimos meses del corriente año.

## Resumen 1

### Proyectos derivados de los cursos 1997 de Introducción a la Metodología Científica

- Circuito de Atención Odontológica en la Salud Pública Municipal

Se indagan los factores que condicionan la accesibilidad y utilización de servicios odontológicos con el objeto de mejorar los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

- Eficacia del Centro de Atención al Diabético del Hospital Carrasco

Intenta efectuar un análisis de la eficacia terapéutica de una modalidad de atención integral, que utiliza como estrategia la Educación Diabética implementada a través de dispositivos grupales, en relación con las ofertas tradicionales de asistencia.

- La deserción como problema en un Programa de seguimiento de niños de alto riesgo perinatal a cinco años de su implementación

Analiza los factores condicionantes de los abandonos de tratamientos y controles de los pacientes incluidos en el Programa SANAR, desde una doble perspectiva: la de los propios profesionales del Programa y la de los familiares a cargo de los niños.

- Análisis de costos y Trabajo Social, una relación posible?

Procura indagar sobre las representaciones que circulan entre los propios trabajadores sociales y las autoridades del nivel central, acerca del rol específico de esta disciplina en las prácticas de salud. Asimismo se intenta una reconstrucción del proceso de surgimiento de la Dirección de Trabajo Social en el ámbito de la SSP.

- Hospital de Día versus internación tradicional en el abordaje de Meningitis Criptocócica en pacientes infectados con el VIH

Orientado a analizar la eficacia de un dispositivo de atención integral, con internación diurna, en comparación con la internación tradicional. Se trata de una investigación evaluativa orientada a optimizar la calidad de atención.

- Caracterización de los pacientes que concurrieron a la campaña de prevención de Cáncer de Piel (H. Carrasco y LALCEC)

Analiza la efectividad de las campañas de

prevención de cáncer de piel en función de las características de la población a las que van dirigidas.

- Oferta de servicios en relación con la demanda y necesidades de atención de los adolescentes

Centrado en la problemática adolescente actual, y teniendo en cuenta la insuficiencia de respuestas desde el sector salud, se intenta analizar, desde la perspectiva de los adolescentes, sus necesidades de atención y la oferta actual desde el sector salud, en función de esas necesidades.

- Uso racional de los ATB. Hospital Alberdi. Rosario. Período 1993-1997

Dirigido a evaluar la pertinencia de la prescripción de ATB en el ámbito hospitalario, dada la gravedad del problema de la resistencia microbiana y el alto costo en salud que implica el uso indiscriminado de fármacos.

- Adolescencia y Anticoncepción

Profundiza en las representaciones de los adolescentes respecto a la sexualidad y sus comportamientos reproductivos, partiendo de la preocupación por la alta incidencia de embarazos precoces.

- La Procuración de órganos para Trasplante en los circuitos intrahospitalarios

Es una investigación operacional que apunta a identificar aquellos factores que obstaculizan la realización exitosa de los operativos de procuración y trasplante de órganos.

- Evaluación de factores pronósticos en la evolución de la Hemorragia Subaracnoidea

Se trata de un estudio clínico en el contexto de un Hospital de alta complejidad con una alta incidencia de pacientes afectados por patologías neurológicas agudas, tal como la HSA.

- Por qué consulta la población de 14 a 21 años a un Hospital de Emergencias de alta complejidad

Se intenta caracterizar las diversas problemáticas que llevan a los adolescentes a demandar atención a un efector de salud de alta complejidad. Partiendo del supuesto de que gran parte de estas consultas se vinculan con situaciones de crisis subjetivas y diferentes modalidades de violentación, se analizaría la posible subutilización del Servicio de Salud Mental.

- Diversidad/ Sujetos vulnerables/ Hacia

la construcción de nuevas estrategias

Profundiza en las estrategias de supervivencia y comportamientos de autocuidado de la población de adolescentes y jóvenes en condición de vulnerabilidad social, confrontándolas con las estrategias que implementa el sector salud para el abordaje de este grupo etéreo.

- Investigación de las conductas de los pacientes con HIV+

Se trata de un análisis de las representaciones que los pacientes portadores tienen acerca de la enfermedad, los comportamientos de autocuidado y las respuestas del sector salud a partir del momento de saberse portadores.

- Motivaciones de demanda de atención pediátrica al Hosp. R. Sáenz Peña de la población del área de influencia de los Centros

Se analizan los factores que condicionan la accesibilidad a los Servicios, como aporte a la construcción de la red de servicios y la articulación entre los efectores del primer y segundo nivel.

- Tiempo de Estada y probables causas de prolongación en los días de internación

Orientado a la optimización de la calidad de atención, se busca identificar los posibles factores que inciden en la prolongación de los días de estada hospitalarios.

- Adolescencia y embarazo

Se plantea indagar acerca de los factores que condicionan la producción de embarazos precoces, dada la marcada incidencia de embarazos en edad temprana y el impacto negativo que tendría la existencia de embarazos no deseados.

- Abandono y tratamiento

El antecedente de una alta incidencia de abandonos de tratamientos que se producen en una Institución de Rehabilitación, orienta a identificar los factores que condicionan dichos abandonos en casos de niños afectados por parálisis cerebral.

- Factores que condicionan la capacitación en servicio del personal de enfermería y su repercusión en la calidad de atención

Asumiendo que la práctica actual de enfermería pediátrica requiere de una capacitación y entrenamiento específicos, vinculados a las características de la demanda, a particulares condiciones del proceso de trabajo y a la división

de roles en el mencionado proceso, se analizan los niveles de formación del personal y factores que los condicionan.

- Escuela Secundaria. Expectativas de los adolescentes

Se centra en la problemática de los adolescentes en relación con la educación secundaria, sus expectativas al ingreso a la misma y grado de satisfacción con el proceso educativo.

- Calidad de los registros de las H.C. de Consultorios Externos en el H. De Niños V.J.Vilela y factores condicionantes desde la perspectiva del cliente interno

Se trata de un trabajo de tipo evaluativo orientado a optimizar la calidad de atención, centrado en el análisis de los registros médicos en un Hospital de Niños de alta complejidad.

- Adolescentes y sexualidad: Representaciones en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública

Profundiza en el análisis de las representaciones que circulan entre los propios trabajadores de salud y en los niveles de gestión acerca de la adolescencia y la sexualidad.

- Acontecimientos de vida en edad temprana y sus efectos en la subjetividad

Se intenta profundizar en los eventos significativos de carácter traumático ocurridos en edad temprana y su relación con el surgimiento de problemáticas de adicción y otras patologías psíquicas.

- Aplicación de Medidas de Bioseguridad del personal del H.I.C.

A partir de la ocurrencia de diversos accidentes de trabajo en el personal de enfermería, se procura analizar el grado de conocimiento que el personal tiene acerca de las medidas de bioseguridad y su aplicación como así también identificar los factores que intervienen en la producción de accidentes de trabajo.

## Resumen 2

### Proyectos prioritarios para la Secretaría de Salud Pública

- Servicio de Oncología Municipal: Redes de funcionamiento. Trabajo prospectivo interdisciplinario

Se trata de un trabajo de corte evaluativo en una doble perspectiva. Respecto de los pacientes se analiza el grado de satisfacción de aquellos que están bajo tratamiento quimioterápico y el impacto en la calidad de vida de los pacientes, a través de la implementación de estrategias asistenciales específicas. Desde la perspectiva del equipo de salud, se intentan identificar los stressores más frecuentes en el proceso de trabajo del equipo tratante y el impacto de la práctica de la oncología en el equipo de salud.

- Tratamiento supervisado en Tuberculosis

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de fracasos que plantea la modalidad del tratamiento autoadministrado, los autores se plantean evaluar los resultados de una estrategia de tratamiento supervisado y descentralizado, implementado desde un Hospital General en articulación con efectores de APS.

- Alteraciones moleculares en células epiteliales de pacientes desnutridos

Se propone la evaluación de la especificidad de una nueva técnica que contribuye a evaluar el estado nutricional y el seguimiento de los niños desnutridos. Fundamentada en la expresión de Antígenos ABH en células del sedimento urinario de niños con distintos grados de desnutrición, esta técnica constituye un marcador potencial y sensible, de fácil acceso para evaluar el impacto de la falta de nutrientes.

- Proyectos vinculados a la temática alimentación/desnutrición

Se trata de proyectos emprendidos por Centros de Salud y uno encarado por la Dirección de APS que intentan analizar las representaciones acerca de la alimentación / desnutrición de las familias con niños desnutridos y una revisión de las estrategias de abordaje que implementa el sector salud para esta problemática.

- Mortalidad de mujeres en edad reproductiva

Se trata de identificar los distintos factores que operan en la ocurrencia de las muertes, socioeconómicos, culturales y biológicos, de las prácticas y representaciones del grupo de pertenencia de la mujer en relación con el proceso mórbido desencadenante del evento muerte, así como los relacionados con las intervenciones en los diferentes niveles de gestión de los Servicios de Salud.

- Sexualidad y salud reproductiva en adolescentes: evaluación de una estrategia de intervención

En el marco de las acciones iniciales del programa de Procreación Responsable, se intenta profundizar los conocimientos de las representaciones sociales de los adolescentes y de los equipos de salud, tendiendo a la implementación de acciones estratégicas consensuadas que en un proceso de reflexión crítica, permitan evaluar los cambios respecto a la situación de partida.

- Transmisión vertical VIH-SIDA

El proyecto se propone determinar retro y prospectivamente la frecuencia de la transmisión vertical del VIH y evaluar la viabilidad y el impacto potencial de distintas intervenciones aplicadas a doce situaciones de riesgo de transmisión vertical de HIV.

- Atención en Recién Nacidos con pesos < 1.500grs. en la Maternidad Martin

La propuesta está orientada a valorar la importancia relativa de factores ligados al niño y modalidades de atención en lo que hace a la sobrevida del niño.

- Influencia de los DAINES en la hemorragia digestiva alta (HDA) no asociada a hipertensión portal (HP)

La hipótesis que guía el trabajo postula que los DAINES alteran la función plaquetaria, la función renal y la posible asociación con episodios severos de hemorragia digestiva.

- Fracturas de tobillo (experiencia de los años 1993-97)

El trabajo tiene por objetivo evaluar los resultados funcionales y radiológicos de la resolución de las fracturas de tobillo por medio del tratamiento quirúrgico. Se utilizan parámetros subjetivos y objetivos para la medición de los resultados.

- Manejo del traumatismo venoso (período 1/6/96 a 1/12/97)

No existiendo muchos antecedentes sobre el tratamiento del trauma venoso y sus resultados, el trabajo propone la reparación venosa primaria como conducta aconsejable, siempre que la gravedad por lesiones asociadas o descompensación hemodinámica no la contraindique.

- Reanimación cardiopulmonar básica

Nuestros futuros colegas tienen los conocimientos necesarios para afrontar tan dramático momento?

Se trata de una encuesta sobre el nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar básica dirigida a estudiantes avanzados de medicina.

- Evaluación de los factores de riesgo en pacientes internados en sala de Clínica

Se trata de un análisis de los antecedentes socio-económicos, familiares y biológicos del niño en relación con la modalidad de internación, definida en categorías de enfermedades (prevenibles, medianamente prevenibles y no prevenibles).

- Hemorragia digestiva alta en el paciente con Síndrome de Hipertensión Portal por Cavernomatosis

La propuesta está orientada a valorar la efectividad relativa de la terapéutica hemostática en el episodio de sangrado agudo (esclerosis endoscópica o con drogas vasoactivas o ambos)

- Caracterización de la demanda espontánea a la Dirección de Discapacitados

Se intenta correlacionar resultados de las estrategias implementadas por la Dirección de Discapacitados y los antecedentes socio-demográficos de la demanda espontánea.

- Problemática de Adicciones en la ciudad de Rosario

La propuesta esta orientada a caracterizar la problemática de las adicciones desde una doble perspectiva: las representaciones que los propios pacientes tienen acerca del problema y de las respuestas del sector salud, y por otra parte las representaciones de los profesionales de los equipos de salud que abordan esta problemática, con el propósito de redefinir estrategias de intervención.

- Mortalidad Infantil

El propósito de este trabajo es elaborar pautas para el control y auditoría de las muertes infantiles a partir del análisis de los factores

socio-económicos y culturales, biológicos y asistenciales que intervienen en estos sucesos.

- El stress asistencial en los Servicios de Salud

Estudio multicentrico de corte cuali-cuantitativo enfocado al análisis de los factores que condicionan el surgimiento de stress en los trabajadores de salud. Se indagan aspectos vinculados a las modalidades específicas de practica asistencial, condiciones del proceso de trabajo, características institucionales, como así también las percepciones de los trabajadores respecto al impacto en su salud de la practica asistencial.

# Reforma en Salud en Costa Rica: implicaciones en la gestión municipal

Villalobos Solano, Luis Bernardo \*; Piedra González, Mario A. \*\*

## Introducción

La evolución de la salud pública costarricense se vio afectada en los primeros años de la década de los '80 no sólo por la crisis económica y financiera que vivió el país, sino también por la migración centroamericana que llegó al país con motivo de los conflictos bélicos en sus respectivas naciones, así como por las políticas de ajuste estructural que se impulsaron para tratar de corregir la crisis de la deuda y para "modernizar" el aparato estatal. Luego de dos Programas de Ajuste Estructural, se diseñó el PAE III, dentro del cual la Reforma del Estado fue quizás su principal componente. En ese marco, se plantea la Reforma del Sector Salud, a partir de la cual se pretende, entre otras cosas, "lograr la efectiva descentralización administrativa y funcional y el fortalecimiento de los servicios de salud a nivel local. Ello llevará a un descongestionamiento del nivel central de las instituciones y facilitará la toma de decisiones oportunas y adecuadas a las necesidades reales del nivel regional y local".

Es precisamente ese "fortalecimiento de los servicios de salud a nivel local" lo que nos interesa destacar, ya que recientemente la Asamblea Legislativa aprobó la Ley que reforma el Régi-

men Municipal del país, replanteando de esta forma su organización y funcionamiento con miras a enfrentar los retos del nuevo siglo.

En la actualidad se presentan una serie de condiciones que en muchos casos promueven una mayor conjunción de acciones entre salud, gestión local y participación comunitaria, sobre todo a partir de la Reforma del Sector Salud y la implementación del nuevo modelo de atención, basado en la estrategia de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). Estos EBAIS fueron concebidos para atender cada uno a 4000 personas, lo que quiere decir que se pretende atender el estado de salud de la población con una base comunitaria y local más definida.

En ese contexto, el "espacio de lo local" ha adquirido una nueva dimensión que está generando un mayor involucramiento de las organizaciones de la base social en la atención de la salud. Sin embargo, en dicho proceso es necesario que participen los gobiernos locales, pues son estos los que pueden potencializar aún más el desarrollo local a partir de una estrategia de gestión que permita la coordinación interdisciplinaria, intersectorial, e interorganizacional para atender los problemas y necesidades de la población en los ámbitos social, económico, cultural,

\* Médico. M. SC. en Salud Pública. Coordinador del Programa de Investigación en Políticas de Salud. Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica. e-mail: lbvillal@cariari.ucr.ac.cr

\*\* Sociólogo. Investigador Asociado. Programa de Investigación de Políticas de Salud. Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica. e-mail: mpiedra@cariari.ucr.ac.cr

ambiental y político, entre otros.

### **Contexto histórico y caracterización de la Reforma del Sector Salud**

Las bases de la política social en Costa Rica se desarrollaron con mayor énfasis desde la década de los cuarenta. Es durante "estos años que el Estado costarricense se va modificando: al Estado liberal, gendarme de la sociedad, lo reemplaza progresivamente un Estado que es agente cada vez más importante en la producción y reproducción de la sociedad. Fue en la década de los setenta que surgieron el 47% de las instituciones creadas en un período de 30 años (50-80), con el consiguiente incremento del número de los empleados públicos, la definición de mecanismos redistributivos, la extensión de cobertura con servicios sociales, la creación de instancias para la canalización de los conflictos sociales. Este proceso estuvo acompañado, contradictoriamente, de una disminución relativa del protagonismo jugado por los sectores populares en décadas anteriores a la de 1940.

A partir de la década que comenzó en 1980 se agudizó una crisis en el financiamiento de los programas sociales, de los cuales salud también resultó afectada. Es suficientemente conocido que la transferencia de recursos financieros de la periferia al centro se acentúa con los Programas de Ajuste Estructural, prescritos por los organismos financieros internacionales como condición para continuar con los préstamos y otras "ayudas" para fortalecer el quehacer del Estado. Con las iniciativas de reestructuración del Estado propuestas por los Programas de Ajuste Estructural (PAE's), se inició un camino que condujo a la disminución de la intervención estatal en la prestación de los programas sociales. El Estado "prestador" de servicios y con una función redistributiva pasa a tener un papel de "regulador".

Paradójicamente, el Estado costarricense asume esta última función sin estar debidamente preparado, ya que ese papel le exige de una "inteligencia organizacional" que le permita detectar, controlar y corregir todas las disfunciones posibles dentro de la política social. Este hecho es muy importante y se muestra claramente dentro de lo que está estipulado en el Proyecto de Reforma del Sector Salud, que le asigna al

Ministerio de Salud la misión institucional de "garantizar la salud de la población estableciendo las condiciones para el cumplimiento de los principios de equidad, universalidad y solidaridad, mediante el ejercicio de la rectoría sobre las personas físicas y jurídicas relacionadas con la salud y la ejecución de programas prioritarios, para contribuir al logro de la calidad de vida de la población y al desarrollo del país".

La crisis económica, que como apuntamos, repercutió en los programas sociales, encontró un Estado costarricense en la década de los ochenta que propendía a alcanzar una cobertura con programas de salud y seguridad social de tipo universal, por lo menos en lo que se refería a la parte legal.

Las anteriores consideraciones nos remiten a una reforma muy particular iniciada en el país, sobre la base de la crisis económica, de la ineficiencia administrativa de las instituciones del sector salud y de la caducidad del modelo de atención adoptado por el país años atrás, que había sido considerado de corte biológico, lo cual le creaba una insuficiencia para atender integralmente los problemas de salud de la población.

El Proyecto cuenta con una serie de **componentes operativos**:

- Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud (MS).
- Readecuación del modelo de atención.
- Desarrollo institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- Financiamiento.
- Capacitación y desarrollo de los recursos humanos.
- Fortalecimiento institucional del Instituto de Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

Asimismo, es importante delimitar otros aspectos relativos al proceso de Reforma del Sector Salud.

·Se reformula el modelo de atención de la salud, trascendiendo de las acciones médicas a las acciones con base comunitaria. Se pretenden crear más de 800 Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS), constituidos por un médico, una auxiliar de enfermería y una asis-

tente de atención primaria, los cuales estarían a cargo del estado de salud de unas 4.000 personas.

-Se crean las áreas de salud, que equivalen básicamente a los cantones sanitarios u oficinas locales de salud (con similar distribución a la geográfica en la mayoría de los casos). En estas áreas habrá un equipo de apoyo profesional y técnico, junto con un Consejo de Área que se pretende que sea interinstitucional e involucre a la comunidad.

-Se ofrece un paquete básico mínimo de atención, que tiene una serie de acciones programadas, que están orientadas sobre todo al campo de la atención médica.

-Una gran mayoría del personal de campo del Ministerio de Salud pasa a formar parte de la CCSS.

-Se le plantea al funcionario de la CCSS una nueva forma de prestación de servicios, que justamente pretende superar esa visión biologista a la que hemos hecho referencia.

-Se reafirman los principios de equidad, calidad, solidaridad y cobertura universal que han venido rigiendo a las instituciones.

-Se plantea explícitamente la necesidad de que el Ministerio de Salud asuma un papel de rectoría, lo cual exige que esa institución le provea al Sector Salud la "inteligencia sectorial", lo que quiere decir que debe contar con los funcionarios más capacitados y la mejor tecnología en Salud Pública del país para tal efecto. Sólo de esta manera el MS podrá estar autorizado socialmente para propiciar en el país un enfoque de atención integral de la salud.

-La estrategia de EBAIS se inicia en el nivel local, lo que posibilita enfrentar la problemática de salud desde la base, promoviendo una perspectiva de atención integral que como veremos más adelante demanda una acentuada gestión integrada a todo nivel, y en la que el municipio puede desarrollar una acción sincrética como espacio geográfico y poblacional para la acción concertada.

Es necesario enfatizar que el punto de partida conceptual, es decir la construcción epistemológica que sustenta la Reforma sectorial costarricense en salud, es fundamental para su operacionalización. Si no se tiene claro lo que se

quiere, cualquier cosa puede ser satisfactoria, aunque con el transcurso del tiempo muestre su inoperancia en el marco de una determinada realidad. En ese sentido, la reforma en salud como política que el Estado costarricense ha definido, plantea una serie de desafíos muy importantes en el campo de la Salud Pública.

Dentro del proceso de formulación y puesta en operación de nuevos enfoques respecto a la atención de la salud de los costarricenses, se han planteado algunos puntos de partida que intentan propiciar un enfoque integral de la salud. Así, el Proyecto de Reforma apunta a que "el modelo planteado tiene como eje central la atención integral y pretende garantizar a todos los costarricenses, bajo un concepto de universalidad y solidaridad, el derecho a la atención básica, para protegerlo del riesgo de enfermar, así como para facilitarle las condiciones básicas para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones". Asimismo, se plantea que "...El Modelo se caracterizará por un enfoque biosicosocial del proceso salud-enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y del ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria".

En el marco anterior, está claro que la reforma sanitaria es un proceso que modifica enfoques conceptuales y que tiene una alta repercusión sobre el futuro de la salud a finales de siglo, como han señalado algunos autores. En ese sentido, el planteamiento de atención integral puede manejarse en ámbitos en los que la actividad biomédica es la que predomina, y por lo tanto, el proceso reformador corre el riesgo de no alcanzar su objetivo inicial. En el caso costarricense de lo que se trata es de convertir a la reforma en salud en una política de Estado y no de un gobierno en particular, de manera tal que se propicie un nuevo abordaje para los asuntos de salud de la población, en los que los actores y los escenarios de acción también se transformen. Es decir, si el Estado cambia, las políticas que lo sustentan también se modifican y por ende las acciones resultantes toman un nuevo matiz.

Todo parece indicar que los cambios dentro del poder formal gubernamental en el futuro próximo no afectarán las transformaciones

iniciadas y es que este proceso nace anclado a préstamos de organismos internacionales, fundamentalmente el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, con los que el Estado -y no solamente el gobierno costarricense- ha asumido compromisos que trascienden una determinada administración política.

Los planteamientos conceptuales de la Reforma deben revisarse detenidamente. De esta manera, lo biosicosocial que se plantea en el proyecto de reforma, es un aspecto referido a la causalidad del proceso salud-enfermedad y que trasciende los aspectos de orden biológico que sustentan el enfoque biólogo y fármaco-céntrico; pero, aún con el progreso que se hace, el enfoque biosicosocial no trasciende los asuntos de salud del ámbito médico y se queda en el plano de la atención médica. Como veremos en el modelo que se detalla más adelante, para hablar de una atención integral de la salud, se debe partir de la acepción que conjuga los determinantes múltiples del proceso salud-enfermedad con una respuesta social que convoca a actores y escenarios de acción, más allá de lo que conocemos tradicionalmente como sector salud.

Es importante destacar que la reforma en salud costarricense hace un gran progreso en el sentido que se acepta explícitamente la necesidad de atender integralmente el proceso salud-enfermedad. De esa forma, la atención integral de la salud deja de ser una especie de "óptimo posible" para convertirse en una "necesidad operativa" que el país y el Estado costarricense deben intentar alcanzar en los próximos años.

Los dos componentes del proyecto de Reforma del Sector Salud más impulsados hasta la fecha y por ende a los que haremos mención son:

a) Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud.

La Rectoría y Fortalecimiento Institucional del MINSA constituye uno de los componentes del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud.

El objetivo de éste componente es el de fortalecer la función rectora del MINSA y contribuir a garantizar los principios fundamentales de universalidad, de solidaridad en el financiamiento, de integralidad en la prestación de los servicios de salud a las personas y de equidad en el ac-

ceso a los mismos. Esa función rectora se hará operativa mediante el desarrollo de las funciones estratégicas de: Dirección, Coordinación y Conducción; Vigilancia y Planificación de la Salud; Regulación, Control y Evaluación; Investigación y Desarrollo Tecnológico.

b) Readecuación del Modelo de Atención.

Los cambios en el contexto internacional y nacional, tanto a nivel socioeconómico, como en la situación de salud, exigen que los servicios se adecuen, fundamentalmente por tres aspectos: la decisión política de impulsar una reforma del Estado y dentro de ella, la del Sector Salud; los cambios cuantitativos a nivel de la demanda que han rebasado la capacidad de respuesta del Sistema de Salud; los cambios cualitativos en la demanda, caracterizados fundamentalmente por un nuevo perfil de morbi-mortalidad.

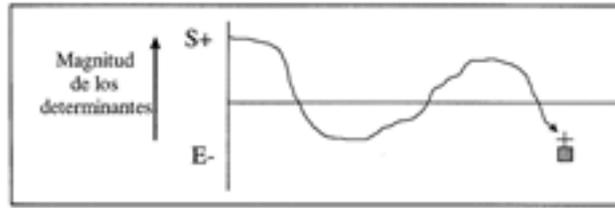
### **El Sector Municipal . Su papel en la Reforma del Sector Salud**

La salud de la población depende de una conjunción de determinantes y de una respuesta social que debería ser concertada para promover el bienestar humano. Las construcciones elaboradas hasta el momento en torno al abordaje integral del proceso salud-enfermedad son muy importantes, pero algunas son insuficientes para ofrecer un enfoque de carácter operativo que pueda comprometer la acción de otros actores hasta ahora excluidos, tanto de la discusión como de la gestión de los asuntos relacionados con la salud de la población. Hace algún tiempo hemos venido elaborando un modelo que pretende complementar las propuestas anteriores y está basado en una serie de acepciones que combinan fundamentalmente los determinantes del proceso salud-enfermedad con la respuesta social, asociando a la vez, los actores y planos de acción en los que está fundamentada esa respuesta.

Dentro de este marco, el modelo parte de una **primera acepción** en la que la salud y la enfermedad no son manifestaciones individuales y aisladas, sino que ambas son parte de un proceso: el **proceso salud-enfermedad**, el cual está construido sobre una base socio-cultural e histórica particular. (Ver Figura 1)

No podemos hablar entonces de que una persona o un grupo social está sano o enfermo,

**Figura 1. La Salud y la enfermedad como proceso**



L.B.VILLALOBOS Modelo AIS-1-97

\* La evolución del estado de salud, representada por la línea continua, tiene diferentes cursos en la historia particular de cada persona. En la figura hemos representado solo un ejemplo posible.

sino que presenta un estado de salud adecuado o inadecuado para los parámetros que han sido definidos social, cultural e históricamente. Ese estado de salud se modifica en el tiempo según la magnitud de los determinantes del proceso y la capacidad o incapacidad de la respuesta social para atenderlos, como veremos adelante

En línea con las anteriores consideraciones, una **segunda acepción** (ver figura 2) plantea que el enfoque integral de la salud involucra el plano de los **determinantes** y el de la **respon-**

**sa social** para enfrentar el proceso.

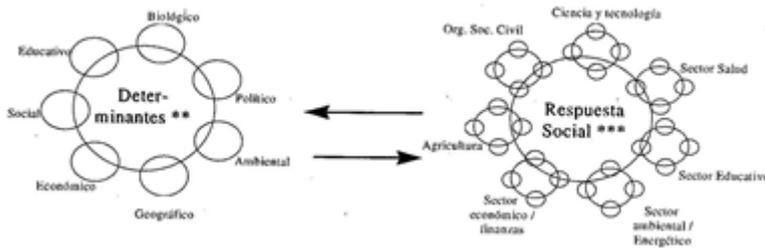
Por lo tanto, el enfoque integral de la salud tiene **dos componentes**:

a. Los Determinantes del Proceso , que pueden ser, entre otros, de carácter biológico, geográfico, social, económico, cultural, educativo, político o ambiental.

Todos ellos están interrelacionados y ninguno per-se es determinante único.

b. La Respuesta Social al Proceso , complementariamente, abarca acciones que van más

**Figura 2. Los determinantes y la respuesta social del proceso salud - enfermedad.**



LB. VILLALOBOS Modelo AIS-2-97

F Los determinantes y la respuesta social se encuentran en un proceso interactivo de doble vía y entre sí y su amplitud depende de la construcción cultural que haga un determinado grupo social respecto al proceso salud-enfermedad y muerte, así como del desarrollo científico y tecnológico en un momento histórico definido. Por ello, el proceso salud-enfermedad no se construye, por ejemplo, igual en Costa Rica que en Japón. También esa situación nos hace precisar que la interpretación de ese proceso no es la misma en este momento casi a las puertas del siglo XXI que en el siglo XIX .

allá del quehacer del sector salud, para involucrar a otros sectores y organizaciones, tales como agricultura, ambiente y energía, ciencia

y tecnología, educación, vivienda, economía y finanzas, todos los cuales, entre otros, pertenecen a la instancia Estado-Gobierno. Además,

están involucrados en ello el sector (si es que lo podemos llamar así) de la sociedad civil, que involucra a la comunidad, las organizaciones sociales no gubernamentales y a la empresa privada. En este sentido, el ciudadano, como sujeto de derechos está involucrado dentro del proceso de respuesta social, ya que él es autor y beneficiado de las acciones que procuran su propio bienestar y el de los demás. Esta precisión implica que es necesaria una acción más concertada en los aspectos de salud, que se puede lograr si se atiende el proceso justo en el lugar en el que él se genera, es decir, en el espacio de "lo local".

La puesta en operación de un modelo de atención integral que tome como referencia el espacio de lo local, debe considerar los siguientes aspectos adicionales que orientan ese enfoque:

- La salud es responsabilidad de todos: Estado-gobierno y sociedad civil.

- La atención integral de la salud requiere de un abordaje interdisciplinario, intersectorial e interorganizacional. En este sentido, un sólo grupo de profesionales y de técnicos no puede ni debe ser responsable por el estado de salud de toda la población, ya que ello sería desconocer los múltiples determinantes del proceso salud-enfermedad y la amplitud de componentes que se entrelazan para una respuesta social con una perspectiva integral e integradora.

- Un modelo pensado de esta manera tiene como requisitos fundamentales, entre otros, los espacios-población comunes, la información compartida y la formación y capacitación de recursos humanos bajo un paradigma que estimule el abordaje integral de la salud y el bienestar

humano .

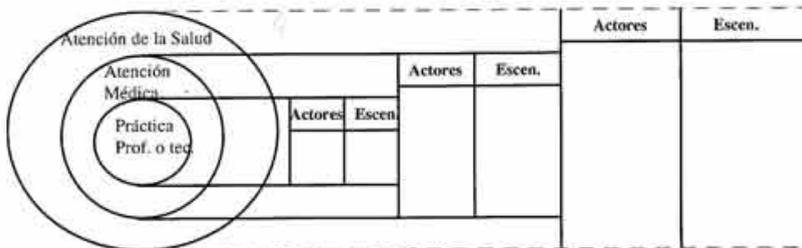
De manera complementaria a los postulados antes enunciados, es necesario precisar una tercera acepción que se refiere fundamentalmente a los planos de la atención integral de la salud (ver figura 3) , El marco de referencia anterior nos permite identificar tres planos diferentes, pero que deberían ser complementarios, cada uno con actores y escenarios también subsidiarios:

- Atención de la salud**, en la que participan una serie de actores profesionales, como ingenieros, científicos sociales, comunicadores, arquitectos, abogados y economistas, así como los grupos de la sociedad civil a los que ya hemos hecho referencia, aparte de los profesionales y técnicos que conforman el sector salud. Su acciones se desarrollan en escenarios tan diversos como un acueducto, una carretera, una fábrica, una escuela o cualquier otro plano o actividad que procure el bienestar humano, ambiental y económico.

- Atención médica** , que se refiere a la acción que desarrollan los profesionales o técnicos que tradicionalmente hemos vinculado con el sector salud, tales como los médicos, las enfermeras, los odontólogos, los microbiólogos, los farmacéuticos, los sicólogos y las trabajadoras sociales. Su escenario de acción es el hospital, la clínica, el consultorio comunitario, etc.

- La práctica profesional o técnica**, que se realiza por los profesionales y los técnicos de las instituciones de atención médica en escenarios específicos como los consultorios o los

Figura 3. Los planos de la atención integral de la salud



LB VILLALOBOS Modelo AIS-3-97

laboratorios.

En la línea de las consideraciones anteriores, como habíamos apuntado, es necesario resaltar que sólo es posible hablar de atención integral de la salud si se aborda el proceso salud-enfermedad a partir del "espacio de lo local".

Para que la Reforma del Sector Salud pueda llevarse a cabo de una manera efectiva y con participación de la comunidad, se hace necesario el fortalecimiento de los gobiernos locales. El nivel local ofrece espacios para alcanzar e interesar a políticos y administradores e incorporarlos en el movimiento. La idea de municipios permite comprometer los diferentes sectores sociales a nivel local.

Pero la ocupación en el proceso de promoción de la salud por parte de los habitantes de una localidad, sería poco efectiva si no se lleva a cabo una transformación de los gobiernos locales, con el objetivo de descentralizar las funciones del Estado y otorgar mayor autonomía a las instancias municipales.

Al hablar de la necesidad de promover la estrategia de atención integral de la salud en el espacio de lo local, como podría ser a nivel municipal, se está claro que esto no significa que estemos de acuerdo -ante los niveles de pobreza creciente y el consiguiente constreñimiento de la política social en algunos países- con la "compartimentalización" hacia el municipio de las responsabilidades que el Estado debe asumir como un todo.

El Artículo IV del Código Municipal decretado en 1970 en Costa Rica define entre las funciones de las municipalidades las siguientes:

a) Promover el progreso de la cultura, las ciencias y las artes.

b) Impulsar la educación general y vocacional de los habitantes del cantón, coordinando su actividad con los organismos nacionales o particulares dedicados a labores educativas de todo orden.

c) Establecer una política de planeamiento urbano que permita el desarrollo eficiente y armónico de los centros urbanos y que garantice eficientes servicios de electrificación; comunicaciones; abastecimiento de agua apta para el consumo humano; disposición adecuada de aguas servidas; iluminación y ornato; servicios

de construcción; reparación y limpieza de calles; adecuados programas de parques, jardines y zonas verdes; programas de vivienda de interés social, y en general, planes concretos y prácticos para hacer comfortable la vida de la población.

d) En el plano rural, debe formular una política integral tendiente a llevar a las comunidades rurales un mínimo de servicios públicos y los estímulos necesarios para que la población campesina del cantón mejore sus condiciones de vida y de trabajo.

e) Proteger los recursos naturales de todo orden, asociando una acción enérgica municipal a la nacional prevista en materia forestal, para proteger las fuentes hidrográficas, los bosques y la fauna silvestre.

f) Fomentar el turismo interno y externo, protegiendo las bellezas naturales, regulando el uso y la explotación de los lagos, islas, bahías y playas aptas para la recreación y el deporte, y dando el estímulo necesario a los programas públicos y privados de orden turístico pero vigilando por el respeto a la flora y la fauna marina.

Sin embargo, no siempre hay consonancia entre lo escrito y lo que se hace. Los municipios no siempre tienen los elementos conceptuales ni la capacidad técnica para poner en operación una serie de iniciativas que permitan una verdadera gestión de la política social, particularmente la de salud en ese espacio local.

Existen varias iniciativas a nivel de la Asamblea Legislativa y también a nivel de las comunidades para otorgar mayor autonomía y fortalecer el Régimen Municipal. Desde el inicio de la Administración Figueres Olsen (mayo de 1994), un grupo de diputados involucrados con el Régimen Municipal consideraron conveniente formar una comisión que se encargara del fortalecimiento de los gobiernos locales. La iniciativa busca darle autonomía a las municipalidades para, de esa forma, lograr descentralizar la toma de decisiones así como la ejecución de programas, que han estado concentrados en el Gobierno Central prácticamente desde 1948.

Algunos de los logros alcanzados en la presente Administración (1994-1998) para fortalecer las municipalidades han sido, entre otros, la aprobación de la Ley de Impuestos sobre Bienes Inmuebles, que favorece la descentralización de

la recolección de impuestos, al tiempo que le da un mayor contenido económico a los gobiernos locales. Respecto a éste último punto debe indicarse que uno de los problemas o limitantes que han tenido que enfrentar las municipalidades en el país, es precisamente la poca capacidad financiera para contratar personal técnico calificado -como apuntamos- que realice evaluaciones de los proyectos económicos, productivos, habitacionales o ambientales que se desarrollan en cada uno de los cantones del país.

A pesar de esos esfuerzos, existen corrientes en la misma Asamblea Legislativa y entre los mismos gobernantes, para impedir el fortalecimiento de las municipalidades. Por ejemplo, el hecho de que los diputados otorguen partidas específicas a las comunidades que representan, les brinda la oportunidad de organizar e involucrarse en la administración directa de los bienes de las localidades, lo cual le otorga poder político y económico, en algunos casos propiciando el clientelismo político, a todas luces perjudicial para la democracia y el desarrollo del país. Por esta razón, hay oposición implícita de algunos miembros del Congreso para la aprobación de leyes que promuevan la autonomía municipal. Esta oposición se manifiesta en la lentitud que tuvo el proyecto de reformas al Código Municipal para pasar al debate en primera línea.

Los gobiernos locales constituyen el nivel de gobierno más cercano a los pueblos y con sus recursos pueden lograr importantes mejorías en la salud sin recurrir a otros niveles. Como representantes de la comunidad, están en la mejor posición para involucrar a políticos y administradores de otros sectores y a la comunidad misma para liderar proyectos conjuntos. Los gobiernos locales también tienen posibilidad de influir sobre las condiciones de vida a través de sus acciones en economía, empleo, cultura, recreación, educación, seguridad, ambiente, planeamiento urbano y organización comunitaria; es decir, el nivel local es un importante espacio que debe considerarse en la puesta en práctica de políticas en el campo de la salud, pues en el nivel local es posible concertar voluntades en torno a problemas y soluciones propias y específicas de cada grupo sociocultural y llevarlas a acciones concretas que conduzcan a un mayor bienestar de la población.

Finalmente, la Reforma del Sector Salud debe involucrar al municipio como escenario geográfico- político de gestación y resolución de los problemas de la gente. Es decir, como espacio de concertación interinstitucional. De manera concomitante, la estrategia de los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS), como unidad de atención de la salud que parte de un espacio concreto, con un grupo familiar específico bajo su responsabilidad, se deben concertar acciones para que estos equipos básicos y las autoridades municipales puedan promover, conjuntamente con otras instancias del espacio de lo local, las acciones que garanticen una atención integral de la salud. Si esto pudiera ligarse con la iniciativa de reforma estatal, posiblemente se estaría promoviendo un verdadero cambio en la forma de entender los problemas de salud de Costa Rica e iniciándose el fortalecimiento del paradigma de lo local para el manejo de los asuntos de salud en el país".

## Bibliografía

- Angulo C., Grettel; Barboza P., Nelson; Muñoz S., Gilbert; Ulate B., Jacobo. Descentralización y gestión local en Costa Rica: el caso de Sarapiquí y Desamparados . (Memoria Seminario de Graduación). Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Antropología y Sociología, Departamento de Sociología; 1996.
- Asociación de Empleados del Seguro Social. Síntesis del Proyecto de Reforma del Sector Salud de Costa Rica (Fotocopias, s.f.).
- Caja Costarricense de Seguro Social . Plan estratégico, 1994-1998 . San José, Costa Rica: 1995.
- Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud. Funciones y actividades del Equipo de Salud del primer nivel de atención . San José, Costa Rica: CCSS, MINSAL ( Proyecto de Modernización de la CCSS, Consejo Técnico Asesor de Atención Integral a las personas ); 1996.
- Normas de atención integral de salud en el primer nivel de atención . San José, Costa

Rica: CCSS, MINSAL ( Consejo Técnico asesor de Atención Integral a las personas ); Febrero/1996.

- Costa Rica. Ministerio de Planificación y Política Económica y Ministerio de Salud. Plan Nacional de Reforma del Sector Salud, lineamientos fundamentales . San José, Costa Rica; 1993.

- Costa Rica. Ministerio de Salud. Informe anual, 1996 . San José, Costa Rica: 1997.

- Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud . San José, Costa Rica: Unidad preparatoria del proyecto Reforma del Sector Salud, Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, CR-0120/BID. Agosto/1992.

- Proyecto Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud: Perfil Funcional . San José, Costa Rica: Dirección Desarrollo de Sistemas de Servicios de Salud, Unidad Ejecutora, Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (CR-0120/BID); Diciembre/1992.

- Proyecto Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud: Sistema de Rectoría en Salud y Perfil Estructural Básico para su gestión . San José, Costa Rica: Dirección General de Salud, Proyecto Interprogramático de Cooperación Técnica de la OPS/OMS en Costa Rica, proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud en Centroamérica; Agosto/1993.

- Fonseca, Nora; Hernández, Miguel; Lee, Jennifer; Lizano, Merceditas. Reforma del Sector Salud y sus implicaciones para el Sector Municipal . Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública, Maestría en Salud Pública con mención en Políticas de Salud. (Informe Final del curso Salud y Sociedad), 1997.

- Instituto de Fomento y Asesoría Municipal. Código Municipal Comentado . IFAM, Departamento Legal, Serie Legislación 02, Clasificación V. San José, Costa Rica; 1991.

- La Gaceta N° 211, Año CXVIII.

- Villalobos Solano, Luis Bernardo. El concepto de salud en la Reforma: implicaciones operativas para una atención integral . (UNICEF, Documento en prensa; 1997).

- La Reforma del Sector Salud: en procura de una lectura diferente. En : "Nuestro Derecho a La Salud en Costa Rica" (UNICEF, Año 2, N°1; Julio/1996).

# Cobertura de Vacunación Antimeningocóccica Vamengoc BC en la ciudad de Rosario, 1996

## Antimeningococcic Inoculation campaign-A Quantitative study

Aronna, Alicia; Enría, Graciela; Godoy, Cristian; Moyano, Cecilia

### Resumen

En medio de una crítica situación socio-epidemiológica, caracterizada por fuertes presiones, expresadas en todos los foros políticos y canalizadas por todos los medios masivos de comunicación, se llevó a cabo en Rosario una campaña de vacunación contra la enfermedad meningocóccica, utilizando la controvertida vacuna Vamengoc BC.

A pesar de todos los recaudos tomados se desconocen los resultados de dicha campaña. Por ello la realización de un estudio de cobertura abre un espacio al conocimiento de los mismos posibilitando contar con denominadores válidos para cualquier análisis posterior.

Los objetivos propuestos fueron:

- Estimar la cobertura de vacunación antimeningocóccica;
- Analizar la cobertura según diferentes grupos de edades.

La población bajo estudio incluyó a los menores, residentes en Rosario, que en momento de la campaña de vacunación iniciada en Marzo de 1994, tenían entre 3 meses y 13 años, 11 meses y 29 días. Se realizó una encuesta a una muestra de la población; para la selección de la muestra se aplicó el muestreo por conglomerados. Se encuestaron 927 niños.

El porcentaje de vacunación alcanzó el 76.6%.

Se observaron diferencias significativas según grupos de edades, nivel socio-económico y áreas geográficas. Cabe rescatar el rol de la escuela como espacio positivo para implementar acciones de prevención.

### Palabras clave

meningitis - vacunación - cobertura vamengoc BC

### Summary

A vaccination campaign against the Meningococcic Virus took place in Rosario, Argentina in March 1994.

The much controverted Vamengoc-BC vaccine was used. This massive inoculation campaign was carried out in the midst of a serious socio-epidemiological event where pressure was being mounted by the politicians and the media in general.

Even though all the steps were taken to ensure a successful campaign the results remain unrecorded. A preliminary study should open way to the knowledge necessary to allow further research projects.

The goals of the present paper are:

to determine the scope of the inoculation campaign.

to analyze the different age groups affected by the campaign.

The target population includes children who at the time of the campaign were between the ages of 3 months and 13 years, 11 months and 29 days and were residents of Rosario. A questionnaire was prepared and administered to a cross section of the target group. To determine the cross section the methodology used was cluster sampling. 927 children were interviewed. The vaccination campaign reached 76.6% of the target population. There were differences according to age, socio-economical status and geographic areas.

It is important to ascertain the role played by the schools as a positive milieu to implement health prevention programs.

## Key words

meningitis - inoculation - vamengoc BC

## Introducción

La decisión de asignar recursos en el campo de los cuidados de la salud, como es el caso de la prevención de una enfermedad debe tomar en cuenta una compleja interacción de factores sociales, culturales, económicos y políticos. Una de las medidas más difundidas de prevención es la vacunación. Cuando a través de esta medida se alcanzan niveles de cobertura aceptables (1), el número de susceptibles en la población disminuye, cortando de esta manera la cadena de transmisión de la enfermedad.

El conocimiento del nivel de cobertura alcanzado permitiría la implementación de acciones complementarias que garanticen la contención del problema en cuestión.

En la ciudad de Rosario, hasta fines de 1992 el número de casos de enfermedad meningocócica presentaba una tendencia estable. A

partir de ese momento se incorporan técnicas de laboratorio que mejoran sustancialmente el diagnóstico de certeza, iniciándose además una búsqueda sistemática de casos y una ampliación del sistema de vigilancia epidemiológica, lo que se tradujo, sobre el final de 1993 y principios de 1994, en un aumento aparente del número de casos, constituyéndose la enfermedad meningocócica en un problema en la ciudad.

El número de casos ascendió de 3 en el primer trimestre de 1993 a 25 en igual período de 1994.

La enfermedad se distribuyó entre personas de todas las clases sociales, sin predominio geográfico, siendo más frecuente entre los menores de 13 años y, especialmente, entre los menores de un año.

La situación provocó un estallido de informaciones encontradas que conmocionaron a la ciudadanía toda; precipitando la toma de decisión de adoptar medidas preventivas. En marzo de 1994, con una tasa anual de incidencia de 5 por 100.000 hab., y el predominio de meningococos B y C se diseñaron las acciones necesarias para implementar la vacunación masiva, con la vacuna VAMENGOC BC, a los efectos de proteger a la población de menores comprendidos entre los 3 meses y los 13 años 11 meses y 29 días al momento de la primera dosis, por considerarse este grupo etéreo como población de riesgo.

La meta establecida fue lograr una cobertura vacinal del 80% de los menores de 14 años de la ciudad.

Con el asesoramiento de los expertos del Instituto Finlay de Cuba, se determinó la vacunación en forma de campaña, que abarcara hasta 2 meses y medio de intervención. En la preparación, conducción y supervisión de la misma participaron representantes del gobierno provincial, municipal y de los medios privados, poniéndose énfasis en garantizar la calidad científico-técnica de la gestión (cadena de frío, técnicas de inoculación, supervisión de los insumos materiales).

El insumo vacuna fue provisto por el Gobierno de la Provincia de Santa Fe, determinándose la gratuidad de su colocación en los establecimientos públicos:

-Escuelas para los niños mayores de 5

años (pre-primario, primario y secundario; públicas y privadas)

-Centros de salud y hospitales - provinciales y municipales - de la ciudad para los menores de 5 años y todos aquéllos comprendidos en la campaña que no hubiesen sido vacunados en los lugares correspondientes.

Toda persona que deseara vacunarse en una institución privada, podía realizarlo mediante el pago de los costos establecidos por la misma, garantizándose la supervisión científico-técnica por parte de las autoridades del municipio.

Durante la organización de la campaña se propusieron métodos de seguimiento y evaluación que permitieran conocer el número y las características de los niños inoculados. Sin embargo, dada la diversificación de los grupos responsables, la falta de definición de modos de implementación y las presiones socio-políticas, que se expresaban a través de los medios de comunicación, no fue posible la correcta implementación de los registros y monitoreo de los efectos de la campaña.

Lo anteriormente expuesto impidió determinar con exactitud la cobertura vacinal alcanzada en la población objetivo; su conocimiento resulta indispensable para contar con denominadores en el seguimiento de la enfermedad meningocócica.

## Objetivos

-Estimar la cobertura general de la vacunación antimeningocócica en el municipio de Rosario de los niños que al momento de la campaña contaban entre 3 meses y 13 años 11 meses y 29 días.

-Estimar la cobertura de la vacunación antimeningocócica en diferentes grupos etáreos de los niños que al momento de la campaña contaban entre 3 meses y 13 años 11 meses y 29 días.

-Analizar la relación entre la cobertura y las características del grupo familiar de pertenencia de los menores.

## Metodología

La problemática de la vacunación antimeningocócica se realizó a través de dos abordajes metodológicos, con el objeto de complementar los hallazgos, uno cuantitativo a los fines de conocer la cobertura de la campaña de inmunización en la ciudad de Rosario y uno cualitativo (2) para el análisis de las significaciones ligadas a la enfermedad meningocócica, las prácticas preventivas desarrolladas y la valoración que la población ha construido sobre dicho evento.

### Población bajo estudio

La población quedó constituida por todos los niños que al momento de la campaña de vacunación antimeningocócica (marzo de 1994) tenían entre 3 meses y 13 años 11 meses y 29 días.

### Diseño y tamaño muestral

El diseño muestral adoptado fue el de conglomerado monoetápico, resultando las manzanas las unidades primarias de selección y constituyendo el niño la unidad de observación.

El conocimiento de las características de la ciudad (3) permitió, en un primer momento, su división en cuatro grandes zonas: norte, centro, sur y oeste; procediéndose posteriormente a subdividir cada una de ellas en áreas más pequeñas, 12 en total, de tamaño desiguales atendiendo para esto a los límites naturales (arroyos, vías de ferrocarril, avenidas), el porcentaje de niños menores de 14 años, el número estimado de niños por escuela, y el número de efectores de salud. El criterio básico fue la constitución de áreas heterogéneas intra y homogéneas entre.

El tamaño muestral se estableció en función de la relación costo-tiempo y factibilidad de realizar análisis de los aspectos relativos a la propia cobertura de vacunación y de las variables socio-epidemiológicas condicionantes (nivel de instrucción, categoría ocupacional, composición familiar, vivienda). En función de lo anterior y a los fines de asegurar la representatividad de cada uno de los grupos etáreos, se estimó el tamaño muestral en 900.

El muestreo se realizó mediante la asignación de cuotas para cada uno de los grupos etáreos de interés en este trabajo, respetando los porcentajes que los mismos presentan en la

población.

Se seleccionó a un solo menor por vivienda por reconocer una correlación interna positiva entre la condición de vacunación de los menores que conforman el grupo familiar (4).

La captación de la información se desarrolló desde el 7 de noviembre al 7 de diciembre de 1995.

#### Efecto del diseño (5)

Una vez obtenida la muestra se calculó el efecto del diseño muestral para la estimación relativa a la variable de interés: proporción de ni-

ños vacunados. Tomando la proporción de niños vacunados: 76.7%, se subestima el error estándar según una razón igual a 2.93 (0.044/0.015).

#### Procesamiento y análisis de la información

Para el procesamiento de la información se confeccionó una base de datos tomando como unidad de análisis al niño. Para ello se utilizó el programa Foxbase.

El análisis estadístico de la información se realizó mediante los programas SPSS/PC+, MICROSTAT Y EPIDAT.

#### Mapa de la Ciudad de Rosario con las subdivisiones de áreas (\*)



(\*) División de la ciudad de Rosario en áreas

Referencias:

Area 1: Sur: Vías del Ferrocarril Mitre; norte: Arroyo Ludueña; este: Río Paraná; oeste: Avenida de Circunvalación.

Area 2: Sur: Vías del Ferrocarril Mitre; norte: Arroyo Ludueña; este: Avenida de Circunvalación; oeste: Límite oeste del municipio.

Area 3: Sur: Arroyo Ludueña; norte: calle Perdiel; este: Río Paraná; oeste: Límite oeste del municipio.

Area 4: Sur: Calle Perdiel; norte: Calle Palestina; este: Río Paraná; Oeste: Límite oeste del municipio.

Area 5: Sur: Calle Palestina; norte: Límite norte del municipio; este: Río Paraná; Oeste: Límite oeste del municipio.

Area 6: Sur: Avenida Pellegrini, norte: Vías del Ferrocarril Mitre; este: Río Paraná; oeste: Vías del Ferrocarril Belgrano.

Area 7: Sur: Calle Amenabar; norte: Avenida Pellegrini; este: Río Paraná; oeste: Vías del Ferrocarril Belgrano.

Area 8: Sur: Vías del Ferrocarril Belgrano; norte: Calle Amenabar; este: Río Paraná; oeste: Vías del Ferro-carril Belgrano.

Area 9: Sur: Avenida Arijón; norte: Vías del Ferrocarril Belgrano; este: Río Paraná; oeste: Vías del Ferrocarril Belgrano.

Area 10: Sur: Arroyo Saladillo; norte: Avenida Arijón; este: Río Paraná; oeste: Vías del Ferrocarril Belgrano.

Area 11: Sur: Avenida Pellegrini; norte: Vías del Ferrocarril Mitre; este: Vías del Ferrocarril Belgrano; oeste: Límite oeste del municipio.

Area 12: Sur: Arroyo Saladillo; norte: Avenida Pellegrini; este: Vías del Ferrocarril Belgrano; oeste: Límite oeste del municipio.

## Resultados

La muestra quedó constituida por 927 niños. El 76.7% de los menores de la muestra se encuentran protegidos, es decir, han recibido ambas dosis en tiempo y forma. El 8.3% resultó no protegido, en este grupo se incluyeron a aquéllos que no fueron vacunados y a los que por distintas razones contaban con una dosis solamente.

El grupo denominado dudoso, conformado por los niños que fueron vacunados con intervalos que no correspondían a la norma (6) y los que no presentaron el carnet que confirmara la vacunación, alcanzó un porcentaje del 15.0% (139 niños).

La distribución por edades de los niños vacunados muestra proporciones crecientes de acuerdo a la edad. En el grupo de menores de

**Cuadro 1**  
**Distribución de los menores según edad y condición de vacunación**

Edades	Protegido	No Protegido	Dudoso	Total
0 a 2	79	20	45	144
2 a 4	137	22	39	198
5 a 9	229	10	29	268
10 a 14	266	25	26	317
Total	711	77	139	927

2 años la cobertura alcanzó el 54.9% (79/144); en el de 2 a 4 años, el 69.2% (137/198); en el grupo de 5 a 9 años se alcanza la máxima cobertura 85.5% (229/268), y el de 10 a 14 años el 83.9% (266/317).

Las diferencias entre las proporciones de protección alcanzadas en los distintos grupos etáreos analizados resultaron significativas: para el grupo de menores de 2 años y los de 2 a 4 años ( $z = -2.713$ ,  $P = 0.01^{**}$ ); entre el de 2 a 4 años y el de 5 a 9 años ( $z = -4.225$ ,  $P = 0.01^{**}$ ). Mientras que para los grupos de 5 a 9 años y

de 10 a 14 años no se verificaron diferencias significativas ( $z = 0.513$ ,  $P = 0.30$ ) con respecto a la proporción de protegidos.

Las diferencias observadas están relacionadas con la organización de la campaña de inmunización. En un primer momento se vacunó a los niños escolarizados de 5 años y más en el propio espacio educativo. En un segundo momento, a los menores de 5 años en los centros de salud. Es así como los de 5 años y más alcanzan una proporción del 84.6% (495/585) de protegidos y un 6.0% (35/585) de no protegidos; cifras signi-

**Cuadro 2**  
**Distribución de la condición de vacunación según edad**

Vacuna/edad	< =4 años	> =5 años	Total
Protegido	216	495	711
No Protegido	42	35	77
Dudoso	84	55	139
Total	342	585	927

**Cuadro 3**  
**Condición de vacunación según lugar de inmunización**

Lugar de vacunación	Escuelas	Público	Privado	Total
Vacunas				
Protegido	493	155	63	711
No Protegido	9	15	3	27
Dudoso	0	75	52	127
Total	502	245	118	865

ficativamente diferentes a las de los menores de 5 años, con un 63.2% (216/342) para los protegidos y 12.3% (42/342) para los no protegidos ( $Z = 7.666$ ;  $P < 0.0001$  \*\*\* para el primer grupo y  $Z = -3.21$ ;  $P < 0.0001$  \*\*\* para el segundo).

Los resultados obtenidos marcan una relación de asociación entre condición de vacunación y grupo de edad a los que se hace referencia (test  $\chi^2$  valor obs. = 56.340;  $P = 0.00001$  \*\*\*).

De los 865 menores que recibieron al menos una dosis de la vacuna, el 58% (502) de los niños fueron inmunizados en las escuelas; sólo el 28.3% (245) en el sector público y el 13.6% (118) restante fue vacunado en el sector privado.

Cuando se analiza el grupo de niños de acuerdo a la protección alcanzada conjuntamente con el lugar de vacunación, las escuelas logran la máxima cifra porcentual del total de protegidos (69.3%)(493/711). Esta cifra representa el 98.2% (493/502) de los niños por los que se responsabilizó; sólo 9 niños resultaron no protegidos.

El sector público alcanzó a cubrir el 21.8% (155/711) de los protegidos y concentrando a 15 de los 27 menores que resultaron no protegidos. Dentro del grupo de 75 niños cuya vacunación resultó considerada dudosa se encuentran 21 casos en los que el intervalo entre las dosis fue mayor de 8 semanas.

Todo esto apunta a destacar el rol que cumplieron las escuelas en la vacunación. Cabe recordar que las medidas organizativas que se tomaron consistieron en la implementación de equipos de vacunación itinerante que contaron con el apoyo de la estructura escolar, que ade-

más actúan como lugares de concentración de los niños mayores de 5 años.

Mientras que en el caso de los menores de esa edad, el acto de vacunación, organizado por el sector público de salud, quedó librado a la concurrencia del menor, acompañado por un mayor responsable que consintiera el acto, a los distintos vacunatorios instalados en los servicios municipales y provinciales. A esta organización se sumó el sector privado (farmacias, clínicas, colegios profesionales), efectivizándose la vacunación mediante el pago de las dosis.

#### **Cobertura y características del grupo familiar**

A fin de caracterizar a las familias de los menores se construyó un indicador de nivel socio-económico (7) como resultado de la combinación de las variables ocupación y vivienda; debe aclararse que la distribución de los casos incluidos en la muestra mantiene la misma proporción que se observa en la población de Rosario, con un mayor peso en las franjas medias, en especial en la media baja disminuyendo hacia los extremos. El cruce de esta variable con la condición de vacunación arrojó una importante asociación (Test  $\chi^2$ , valor observado = 23.745,  $p = 0.0005$  \*\*\*).

Los niños pertenecientes al menor nivel socio-económico (A) demuestran tener menor chance de estar protegido respecto de aquellos categorizados en cada uno de los restantes niveles (B, C y D). (Razón de odds: BA = 1.96; CA = 1.75; DA = 1.56).

Esta relación se refuerza cuando se analizan conjuntamente las variables nivel socio-económico (NIV), edad (EDA) y condición de vacuna-

**Cuadro 4**  
**Condición de Vacunación según nivel socio-económico**

Niv. soc.-econ.					
Cond. vacun.	A	B	C	D	Total
Protegido	100	305	186	117	708
No protegido	23	23	26	5	77
Dudoso	21	46	41	28	136
Total	144	374	253	150	921

ción (VA) apareciendo una clara asociación entre Nivel socio-económico y Vacunación y entre Edad y Vacunación. Cabe, entonces, la reflexión que independientemente de la edad, la relación con el nivel socio-económico se mantiene. (Modelo log-lineal elegido: NIV\*VA EDA\*VA).

Además, la relación entre nivel socio-económico (NIV) y condición de vacunación (VA) no se ve afectada cuando interviene la variable nivel de educación de la madre o responsable (EDU). (Modelo log-lineal elegido: EDU\*NIV VA\*NIV).

A partir de estos resultados obtenidos se vislumbra una distribución desigual del acceso a las distintas acciones programadas de salud, considerando que los grupos empobrecidos son los más vulnerables biológicamente.

### **Análisis Espacial**

Los resultados obtenidos al considerar a los menores seleccionados en el estudio en función de las 12 áreas en las que fue dividida la ciudad presentaron diferencias de cobertura con un rango de variación entre 64.3% y 86.5%.

A los efectos de analizar la variación observada se agruparon las áreas categorizando la cobertura en tres niveles: Alta cobertura (80.0% a 86.5%), Mediana cobertura (entre 70.0% y 79.9%) y Baja cobertura (64.3% a 69.9%). Las áreas cuyos comportamientos correspondieron a la primera categoría fueron las ubicadas en la zona norte de la ciudad (Area 1 y 3) y zona centro-oeste del municipio (Area 11). Las mismas están constituidas por población trabajadora

**Cuadro 5**  
**Condición de vacunación por áreas (en porcentajes)**

Area\Condic. Vacuna	Protegido	No protegido	Dudoso	Total
1	86.5	4.5	9.0	9.6 (8)
2	75.5	8.1	16.2	4.0 (37)
3	85.7	12.2	2.0	5.3 (49)
4	64.3	3.6	32.1	3.0 (28)
5	66.7	8.3	25.0	2.6 (24)
6	66.2	5.9	27.9	14.7 (136)
7	77.2	11.4	11.4	12.3 (114)
8	78.8	3.0	18.2	10.7 (99)
9	75.5	14.3	10.2	10.6 (98)
10	78.7	9.6	11.7	10.1 (94)
11	82.2	4.1	13.7	7.9 (73)
12	76.7	12.8	10.5	9.3 (86)
Total	76.7	8.3	15.0	100.0 (927)

pertenecientes a los niveles socio-económicos B y C fundamentalmente.

Las áreas en las que se encontró una mediana cobertura son las asignadas con los números 2, 7, 8, 9, 10 y 12, tratándose de espacios con heterogeneidad poblacional, referida a los niveles A, B y C socio-económicos.

Las áreas donde los resultados reflejan una baja cobertura coinciden geográficamente con el macrocentro (Area 6) y dos zonas ubicadas en el norte de la ciudad (Areas 4 y 5), la primera residencial y la segunda predominantemente zona de quintas. Una explicación a este nivel de cobertura está dada por el rechazo encubierto a participar en la encuesta puesto de manifiesto en la no exhibición del carnet. De acuerdo a las definiciones operacionales adoptadas, estos casos pasaron a integrar la categoría de protección dudosa.

#### **Caracterización de los niños no vacunados**

Del total de encuestados, 77 niños no fueron

vacunados (8.3%).

La más frecuente de todas las respuestas fue la falta de interés o conocimiento; habiéndose recogido expresiones tales como: "se me pasó", "no lo pude llevar", "no sabía que eran dos dosis", "en su escuela no vacunaron" (cuando se conoce que sí se realizó), "no me enteré de la campaña", "no sabía donde ir", "no sabía de la vacuna"; cuando tanto el problema, como la campaña y las formas de acceder a la vacunación tuvieron una muy amplia difusión en las escuelas, medios masivos de comunicación, servicios de salud públicos y privados.

Seis de las personas encuestadas expresaron abiertamente la negativa médica a la colocación de la vacuna. El resto de las formas de respuestas encubren las dudas y el desconcierto: "falta de confianza en la vacuna", "como la nena era chiquita y escuché por la televisión que en los pequeños no era eficaz", "era chiquita"; o por temor, que fue manifestado por maestras quienes observaron los efectos indeseables (temperatura y dolor) en los alumnos y tomaron

**Cuadro 6**  
**Proporción de no vacunados por áreas**

Áreas	Porcentajes
1	4,5
2	8,1
3	12,5
4	3,6
5	14,3
6	5,9
7	11,9
8	3,2
9	14,3
10	9,2
11	4,1
12	12,8

la decisión de no vacunar a sus hijos.

La condición de enfermo fue considerada una contraindicación para la colocación de la vacuna por lo tanto, esa respuesta no será analizada en particular.

Al analizar la distribución geográfica se observaron en las áreas 1, 2, 4, 6, 8, y 11 proporciones menores al total de la ciudad y en las áreas 3, 5, 7, 9, 10 y 12 superaron esa proporción, con un máximo de 14.28% en las 5 y 9.

Estas diferencias son independientes de la disposición de vacunatorios en las zonas y responde a características no incluidas en este estudio; para ser explicado es necesario la implementación de técnicas particulares que indaguen el comportamiento poblacional frente a las medidas preventivas.

### Conclusiones

Ante la problemática situación construida desde reconocidos actores sociales: políticos, medios de difusión, comisiones de padres, maestros, etc., es importante destacar que la cober-

tura alcanzada a nivel global (76.7% - IC,95%: 73.28; 80.12) está cercana a las expectativas planteadas en la meta (80%).

Sin embargo, es importante remarcar la desigual cobertura que se expresa en dos niveles:

- por grupos etáreos, donde en los menores de 5 años, considerados como la población de mayor riesgo, se alcanzó una cobertura estimada del 63.2%. Esta cifra es significativamente mayor entre los mayores de 5 años que resultaron protegidos en un 84.6%;

- por niveles socio-económicos, patentizándose las dificultades de acceso a medidas preventivas de los sectores más desposeídos.

Cabe destacar el rol que cumplen las escuelas en el desarrollo de acciones preventivas por ser lugares de concentración de niños, por la organización con la que trabajan y por el reconocimiento que los vecinos y padres tributan a estos espacios en las definiciones sobre el cuidado de la salud.

**Cuadro 7**  
**Intervalos de confianza y estimaciones poblacionales de la cobertura (Cifras generales y por grupos etáreos)**

<b>Menores de 14a.</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Interv.95%</b>	<b>Estimación pob.</b>	<b>Interv.95%</b>
Vacunados	76.70%	73.28-80.12	172160	164483-179837
No vacunados	23.30%	20.80-25.80	52299	46687-57910
<b>Menores de 2 a.</b>				
Vacunados	54.90%	47.36-62.44	18483	15945-21022
No vacunados	45.10%	37.42-52.78	15184	12598-17769
<b>De 2 a 4 a.</b>				
Vacunados	69.20%	61.13-77.27	32309	28541-36077
No vacunados	30.80%	22.73-38.87	14380	10612-18148
<b>De 5 a 9 a.</b>				
Vacunados	85.40%	80.20-90.60	54439	51124-57754
No vacunados	14.60%	9.40-19.80	9307	5992-12622
<b>De 10 a 14 a.</b>				
Vacunados	83.90%	79.09-88.71	67420	63554-71285
No vacunados	16.10%	11.60-20.60	12937	9321-16554

## Bibliografía

tigaciones de Servicios de Salud.

- Aday, L.; Andersen, R.: Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. Investigación sobre Servicios de Salud.
- Aronna, A. et al. "Condiciones ambientales y salud en Rosario". Fundación Banco Municipal, editado por Escuela de Artes Gráficas del Colegio Salesiano San José de Rosario. Febrero de 1994.
- Bloch, C. et al: "Proceso de Salud Enfermedad en el Primer año de Vida". Cuadernos Médico Sociales N 32/33. CESS/AMR, Rosario, 1985.
- Cochran, W.: Técnicas de muestreo. S.A. Méjico, junio 1971.
- Donabedian, A.: The seven pilars of quality. En Arch. Pathol. Lab. Med. Vol 14 Noviembre 1990.
- Donabedian, A.: Criteria and standars for quality. En Assesment and Monitoring O.R.B. Vol 12 N° 3 Marzo 1986.
- Drummomand, M.: Cómo avaliar una política de saúde, en Avaliação económica no desenvolvimento de políticas de atençao a saúde. Seminario de Avaliação de Servicios de Saúde. OPAS - Río de Janeiro, Noviembre 1988.
- Enria, G.et al. Formas de percepción y satisfacción de las necesidades de salud. Una aproximación a esa problemática en nuestro medio. Mimeo. CESS/AMR. Rosario. 1984.
- Enria, G. et al. Hábitos de vida y enfermedades cardiovasculares. Mimeo. Secretaría de Salud Pública. 1993.
- Estudio de cobertura vacinal. Mimeo Montevideo, 1992.
- Fleiss, J.: Statistical Method for rates and proportions. Second Edition. John Wiley & Sons. 1981.
- Kisch, L.: Muestreo de encuestas. Editorial Trillas, México. 1972.
- Pasos Nogueira, R.: Perspectivas de qualidade em saúde. Ed. Qualitymark, Río de Janeiro 1993.
- Penchansky, R.; Tomas, J.: The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care Vol. XIX N° 2 February 1981
- Wennberg, J.; Gittelshon, A.: Diferencias de Servicios de Salud en Pequeñas Areas. Inves-

# Cobertura de Vacunación Antimeningocóccica. Un estudio cualitativo.

## Antimeningococcic inoculation campaign. A qualitative study.

Fleitas, Mirta; Gerlero, Sandra(\*); Gomez, Mariana

### Resumen

A principios de 1994 se llevó a cabo, en la ciudad de Rosario, una campaña masiva de vacunación antimeningocóccica. Esta fue un acontecimiento que movilizó a un conjunto de personas que vió en la inmunización la posibilidad de enfrentar la enfermedad.

Esta investigación tiene como objetivos: el análisis de las significaciones ligadas a la enfermedad meningocóccica, las prácticas preventivas desarrolladas durante el período de la campaña de vacunación; y la valoración que la población ha construido sobre dicho evento.

La modalidad cualitativa nos ha permitido acceder a la comprensión de los significados, al sentido que las personas le dan a lo existente. Siguiendo ejes temáticos ordenadores, se analizaron los modos especiales en que fueron captados los mensajes referentes al acontecimiento meningitis en Rosario, la organización de la campaña, y finalmente, la vacunación o no. Se definieron normas de posicionarse subjetivamente frente a los eventos y la incorporación de saberes dentro de las experiencias en salud. A partir de allí se buscaron coincidencias temáticas y relaciones entre formas explicativas más o menos estructuradas.

El material de análisis fue obtenido a través

de entrevistas semi-estructuradas realizadas a las personas encargadas de los cuidados de niños cuya edad los incluye dentro de la campaña de vacunación.

Las conclusiones giran alrededor de afirmaciones coincidentes respecto de los medios de comunicación, de las acciones acerca de la enfermedad y las vacunas, se observa una «sorprendente extrañeza» frente al sistema de salud, una coincidencia explícita de las desigualdades y la objetivación de los imaginarios sostenedores de prácticas en el cuidado del cuerpo al que adhirieron sectores sociales definidos.

### Palabras clave

meningitis - población - significaciones - prácticas sociales

### Summary

A massive inoculation campaign took place in early 1994 in Rosario, Argentina. This constituted a major event that brought together a group of professionals interested in controlling the disease.

The goals of the present paper are: to analyze the implications of the disease on the

\* E-mail: agma@startel.com.ar · Tel./fax.: 0341 - 48256201 - 4854539

community, to analyze the plan of preventive measures taken during the inoculation campaign, to evaluate the experiential impact/awareness of the events by the population.

The qualitative approach allowed us to analyze the values given to the events by the affected population. Using specific thematic indexes the following issues were analyzed: the different means by which the messages were received, the organization/ implementation of the inoculation campaign and finally, whether the inoculation took place or not.

Norms to define subjective positioning when confronted with the event and incorporation of knowledge as it relates to the health experience, were established. Later on, thematic coincidences and the relation between clarification modes more or less well structured were investigated.

The research material was obtained through semi-structured interviews carried out with the people in charge of the care the children affected by the inoculation campaign.

The results of the study conclude that: there is a correlation between mass communication and awareness of health and vaccination campaign, it exists a «surprising alienation» with regards to the health system, it is observable a clear causal connexion between the socio-economical differences and the objectivation of the imaginary factors of general health practices to which adhere well defined groups.

### **Key words**

meningitis - inoculation - target population - sociological impact - practices

## **Introducción**

A principios de 1994 se llevó a cabo, en la ciudad de Rosario, una campaña masiva de vacunación antimeningocócica. En su realización participaron la Secretaría de Salud Pública Municipal, el Ministerio de Salud Provincial y Servicios de Salud Privados.

La vacunación fue la culminación de un acontecimiento que se desarrolló entre fines de septiembre de 1993 y marzo de 1994 alrededor de una situación de salud: la presencia de nume-

rosos cuadros de meningitis. Los dos diarios más importantes de la ciudad contribuyeron a crear un movimiento que contó con la participación, durante esos meses, de diversos sectores: funcionarios, reconocidas personalidades, asociaciones de padres de clase media preocupados, el gremio docente, profesionales. Hubo polémicas, se tomaron posiciones dramáticas, se organizaron actos públicos y, finalmente, se acordó mayoritariamente que la situación merecía que se implemente una vacunación masiva. La misma se realizó el 21 de marzo, aún cuando algunos responsables sanitarios seguían expresando sus reservas.

Esta dinámica no se hubiera logrado sin la intervención de los medios de comunicación que contemporáneamente a los casos de meningitis, informaban sobre una tensión en aumento en el cordón industrial del Gran Rosario, con índices preocupantes de desempleo, de cuentapropismo y de deterioro de las condiciones de vida de los trabajadores. En el mismo intervalo de tiempo en que se desarrolló el proceso que nos interesa, sucedió el Santiagazo (17/12/93), se lanzó el proyecto oficial de flexibilización laboral, se creó una corriente opositora en la C.G.T. Nacional, los productores del Norte Santafesino entraron con sus tractores en la capital provincial y las filiales obreras del Sur anunciaron movilizaciones debido a despidos masivos. El Intendente Municipal en declaraciones realizadas al diario La Capital (19-2-94) expresaba «..... no creo posible un estallido, pero es preocupante la situación social», en momentos en que gestionaba la compra de la vacuna en la Capital Federal.

Dentro de este contexto de alta sensibilización ciudadana fue tomada la decisión de vacunar, lo cual significó una movilización de recursos sociales que incluyó a la organización sanitaria, los medios de comunicación, otras instituciones sociales y a la población. Cada uno de estos sectores, aunque coincidentes en el objetivo de prevenir la meningitis, aportó ideas e interpretaciones diversas acerca del hecho.

Pasado el evento, resta encarar la evaluación de la cobertura de la vacunación, e intentar buscar los mecanismos que orientaron a la población hacia la vacunación o hacia la abstinencia; y considerar qué aporte ha realizado este hecho puntual a formas de afrontar la preven-

ción de la enfermedad; es decir, su incorporación a la conciencia individual y colectiva.

El presente trabajo de investigación ha considerado la vacunación como una instantánea, un momento que puede ser considerado el final de una etapa y el comienzo de otra.

En tal sentido, ha tomado como objetivos el análisis de las significaciones ligadas a la enfermedad meningocócica, las prácticas preventivas desarrolladas durante el período de la campaña de vacunación; y la valoración que la población ha construido sobre dicho evento.

## Metodología

El acceso a la problemática de la vacunación antimeningocócica se realiza a través de dos abordajes metodológicos, uno cuantitativo a los fines de conocer la cobertura que tuvo la campaña de inmunización en nuestra ciudad, y uno cualitativo, para el análisis de las significaciones ligadas a la enfermedad meningocócica, las prácticas preventivas desarrolladas durante el período de la campaña de vacunación; y la valoración que la población ha construido sobre dicho evento.

El conjunto de datos considerados «cualitativos» necesita de un referencial de una naturaleza específica para la recolección de la información y su interpretación. En la medida que se pretende echar luz sobre procesos colectivos concretos a través de los cuales se crean las normas particulares que rigen la acción social, cualquier investigación social que pretenda una mayor profundidad de la realidad no puede restringirse solamente a una metodología cuantitativa. Es por eso que se busca en la complementariedad de los abordajes tanto la no superposición de debilidades de unos y otros, como la potenciación de sus propias ventajas complementarias.

En este trabajo, la modalidad cualitativa nos ha permitido acceder a través del relato de personas a un hecho particular, la enfermedad meningocócica y la vacunación. Ello ha sido posible porque para comunicarse los individuos interpretan lo existente mediante signos recreados en la interacción cotidiana de las personas. Es así que cada evento aparece significado por los sujetos en el marco de sus experiencias de

vida particulares.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 12 mujeres que se reconocían a sí mismas como las encargadas del cuidado de los niños cuya edad los incluyó dentro de la campaña de vacunación y niños nacidos a posteriori de dicha campaña. También las mujeres se seleccionaron de acuerdo a los siguientes criterios: caracterización socio-económica, condición del niño como vacunado o no.

Las entrevistas se realizaron siguiendo una guía de referentes temáticos construido para la direccionalidad de los encuentros. Estos referentes fueron los mismos en todas las entrevistas con el fin de obtener el mismo tipo de información para un trabajo comparativo. Las mismas transcurrieron en el domicilio de las entrevistadas. Este contexto de los encuentros incluyó la presencia de otros miembros de la familia y los vecinos, presentes en algunas ocasiones.

El análisis de la información significó la reconstrucción de las categorías conceptuales con que las madres dan cuenta de los problemas de sus experiencias vividas para acceder a la comprensión de los comportamientos, abordándolos desde tres niveles de análisis.

En el nivel individual, se expresa el posicionamiento de las personas al respecto de una serie de signos y síntomas corporales, las significaciones de los mismos, las reacciones y prácticas correspondientes a esas interpretaciones según la gravedad o la exposición de la salud. Para el caso de la vacuna, las posibles modificaciones del nuevo estado (el de vacunado) que ubica a los individuos en otra situación corporal y psíquica frente a la enfermedad.

Un segundo nivel, (tanto en lo referido a la asistencia de la enfermedad como a la implementación de la campaña de vacunación), comprende las relaciones que se establecen entre los ciudadanos y las instituciones de salud, la adecuación de las respuestas específicas a las expectativas del consultante.

Finalmente, un tercer nivel abarca el análisis de expresiones relacionadas con un pensamiento colectivo: la enfermedad y la vacunación como fenómenos en la población, como amenaza y protección, como exposición y defensa de la misma.

Estos niveles de análisis que sirvieron como

ejes temáticos ordenadores, en primer término se analizaron los modos especiales en que fueron captados los mensajes referentes al acontecimiento meningitis en Rosario, la organización de la campaña, y finalmente, la vacunación o no. Se definieron formas de posicionarse subjetivamente frente a los eventos y la incorporación de los mismos (o no) dentro de un bagaje de conocimientos referentes al campo de la salud. A partir de allí se buscaron coincidencias y disimilitudes temáticas y relaciones entre formas explicativas más o menos estructuradas.

En el presente trabajo se entiende por significaciones: a la relación que da sentido a las cosas. Dicha relación expresa una correspondencia entre la presentación de los fenómenos percibidos y la interpretación que de ellos hacen los grupos. Prácticas: son aquellas acciones adoptadas por la responsable del cuidado del niño, con la intención de desviar el curso de la enfermedad o de prevenirla.

## Resultados

### De enfermedades y de vacunas

Para los entrevistados, los sectores sociales pobres están más expuestos a la enfermedad y en desigualdad de acceso a la vacuna respecto de sectores sociales más pudientes. La exposición aparece relacionada con las condiciones de vida (alimentación, vivienda, trabajo, higiene); y la desigualdad con barreras económicas (costo de la vacuna), culturales (dificultades de la apropiación y comprensión de mensajes informativos) y organizativas de la campaña por parte del sector salud (provisión de vacunas, esperas, formas de colocación).

En cuanto al conocimiento de los síntomas de la enfermedad se expresaron como más frecuentes la fiebre alta, el dolor de cabeza y en menor grado vómitos, diarreas, petequias. Hubo quienes alegaron desconocer totalmente las manifestaciones de la enfermedad.

Si bien alguien (esposa de un médico) define a la enfermedad como «infección que puede dejar grandes secuelas en los chicos y que puede resultar incurable», y otra como «el ataque de Meningitis», o bien «a lo mejor los pone excitados, yo nunca vi un chiquito con meningitis fuerte», predominan las percepciones incompletas

del cuadro clínico y un gran peso de las consecuencias secuelares, sobretudo por tratarse de niños: «A un vecinito de acá se decía que tuvo meningitis, se corría el rumor que quedó como un nenito muy enfermo, no habla, le tuvieron que volver a dar de comer como a un bebé...era un nene normal y quedó estropeado...» «sabía de la gente grande que era una enfermedad grave como la tuberculosis».

En relación al modo de contagio, salvo aquellos que desconocían totalmente el mecanismo de la enfermedad, se coincidió en que la forma en que se transmite era a través de la saliva, «...lo único que nosotros le mandábamos su vaso personal para que no compartan el vaso con nadie en la escuela, y después ninguna otra precaución. La actividades, normales; y otra cosa: que las mamás en los cumpleaños a cada vaso le pone su nombre, el nombre del chico para que no comparta el vaso en los cumpleaños. Otra precaución, no...». Otra mamá lo expresa del siguiente modo «...había que cuidar de los vasos, que se contagiaba de la saliva, de la comida, por ejemplo si él mordió no había que invitar a otro chico, del agua...»

Estas expresiones dan muestra que para quienes conocen el mecanismo de contagio pueden instrumentar medidas de cuidado; no obstante, el clima imperante en ese momento (siempre referido como externo al relator) «era terrorífico, porque todo el mundo: no tomés de ese vaso, no vayas al cumpleaños, no compartas ésto, no...era el susto que se agarren la meningitis.»

En cuanto al impacto de la vacuna como acontecimiento específico sobre saberes y prácticas ya instaurado, no puede determinarse claramente. La aceptación positiva de la campaña podría ser debida al carácter benéfico que se les otorga a todas las vacunas destinadas a la población joven, siendo débil y confusa la impronta en cuanto se trata de relacionarlo a la enfermedad específica.

Se observó una coincidencia en señalar que «la vacuna protege». Todos los entrevistados acuerdan en que las vacunas son positivas porque protegen contra las enfermedades, «La vacuna es el único modo de prevenir la enfermedad» o bien, «Prefiero ser conejitos de indias que quedarme sin vacunas», «uno vive vacunan-

do a los chicos», «toda vacuna es buena y necesaria y más si va a guardar la salud de nuestros hijos, principalmente eso». Las interpretaciones variaron desde lo beneficioso que resultaría que todos los niños fueran vacunados con todas las vacunas existentes -por lo tanto la meningocócica no puede ser eludida- al modo de «...cualquier vacuna que pase, que yo sé que tiene aplicación, la pongo. Mis hijos tienen absolutamente todas las vacunas que salieron; creo que todo lo que sea prevención hay que usarla, yo también estoy vacunada contra la meningitis; cuando salió la vacuna se la puse a mi hijo mayor y me hice la vacunación yo también, por las dudas, para prevenir todo el grupo más cercano que pueda tener...»; hasta la percepción confusa que el esquema del PAI (Programa Ampliado de Inmunización, de alcance nacional y obligatorio) protege contra todas las eventualidades infecciosas posibles en los infantes, «que me va a tocar a mí que estaban rebién vacunados con todas las vacunas!, que se yo...tenía la tercer dosis de la sarampionosa, estaba rebién vacunado».

Hubo una serie de explicaciones desarrolladas frente al hecho de la campaña: aquellos que no vacunaron o lo hicieron en forma incompleta alegaron dificultades externas (viajes, estaba enfermo tomando antibióticos), incomunicación (no se entera de la existencia de la campaña), deficiencias en la provisión de la segunda dosis y dificultades económicas en quienes quedaron por fuera de la campaña., «... le pude poner una y después terminó la campaña, y después tenía que pagar, pero yo pagar no podía porque se me hacía mucho...»

Los que vacunaron lo hicieron por decisión propia o respondiendo al llamado escolar. En los extremos, algunos evaluaron la situación buscando distintas fuentes de información: es el caso de una madre residente en un barrio de la ciudad de Rosario que se informó en la escuela, consultó sus dudas con el médico, realizó una reunión familiar y, recién entonces tomó la decisión de vacunar; por otra parte, otra madre manifiesta su extrañeza frente a la enfermedad Meningitis de su hijo, en curso durante la campaña, «a mí no me va a tocar, no me va a pasar». En este caso, la pasividad, la negación de la situación contrasta con la noción de enfermedad que aparece puesta en el médico, en

los carteles del hospital o en la televisión, como algo ajeno a ella y a su situación, «yo te digo que él tenía esos síntomas pero ni se me ocurrió que él iba a tener eso, inclusive yo había ido con la otra nena...como él lloraba que le dolía mucho la cabeza, entonces le dije: bueno vamos, y salimos así nomás (al hospital)», «...tenés que ser muy duro para no entender que si te dicen por la televisión que la enfermedad te da dolor de cabeza, vómitos, ....yo que iba a saber que estaba incubando la enfermedad...». La negación a verse involucrada en dicha situación y el depositar la responsabilidad de la búsqueda de salida para la misma en otros, es un mecanismo que ella reproduce en otros temas: la precariedad de su actual situación económico social depende de sus patrones, los cuales a su vez dependen de la competencia instaurada por bolivianos (extranjeros, ajenos, externos). Negación y dependencia confluyen en esta interpretación del evento particular y de otros sucesos cotidianos.

También aparecen ligadas otras significaciones a la inoculación: el dolor que dejó en algunos brazos se atribuyó a que era una vacuna «fuerte», como corresponde a una enfermedad «grave».

El carnet de vacunación, aún sin haber sido requerido, es mostrado como una prueba del cuidado de los niños, y se lo considera como un permiso que abre las puertas en las instituciones sociales y de educación.

### **Sector salud y población: los avatares de un reconocimiento**

En relación a este eje de análisis en las entrevistas hubo coincidencia en no reconocer al sistema de salud como partícipe en un intercambio con los entrevistados en el desarrollo del acontecimiento. «Nadie nos explicó nada, hacíamos cola, íbamos pasando, ponían la vacuna y ...listo», «Fue un desastre...era un lío de gente, era tremenda la cola que había, tuve que esperar mucho; aparte quedó mucha gente sin la segunda dosis. Iban, preguntaban y le decían que no, que no les quedaba más. Y de comprarla mucha gente no puede con la poca plata que uno gana». «Yo les diría a los médicos: expliquen bien, expliquen bien...». «Yo le pregunto (al pediatra), pero tendría que hablar un poquito más para profundizar un poco de lo que es...Donde yo la llevo

a la nena es una doctora que atiende muchos pacientes, y de pronto tiene el tiempo limitado.»

Los encuentros de la población con el sistema de salud se produjeron en forma puntual con los integrantes médicos; sin embargo los entrevistados no refieren haber recibido criterios unitarios frente a la enfermedad y frente a la vacunación. Estas afirmaciones pueden tener dos vertientes: la información dada por los médicos y la recepción por parte de las madres. A pesar que se refiere que los médicos no tuvieron un criterio unificado, la prescripción médica (sea para vacunar o no) pesó sobre las conductas tomadas frente a la eventualidad. «Yo al nene no lo vacuné porque yo me acuerdo que lo llevé al pediatra y él me explicó que en ese momento no era necesaria porque era como una prueba; entonces me dijo que no, pero yo después a la nena si la vacuné ...yo cambié de pediatra, entonces, una Dra. me recomendó que la vacune con ésta...». Otra mamá piensa que «antes de ser vacunado es necesario una atención médica, y si lo aprueba el médico, vacunar».

Desde este análisis es muy difícil determinar la claridad y coherencia del mensaje médico sobretodo cuando la recepción e interpretación se realiza dentro de un contexto cultural diferente y en condiciones artificiales de aislamiento (el consultorio, sin considerar la interacción cotidiana de los consultantes). Esto se refleja en este decir «Los doctores no creen en el empacho pero dicen que cuando uno está muy empachado le puede agarrar meningitis, yo ni idea tengo de lo que es la meningitis».

El tipo de relación que se establece con el profesional, es siempre de autoridad, ya sea dentro del contexto de la relación médico paciente en el consultorio, como en situaciones ajenas a ésta, cuando el galeno hace las veces de instancia informadora (en los colegios, el Dr. Sokolinsky en la televisión). En todos los casos el tono o el modo imperativo de las frases habla más de órdenes a ser obedecidas, que de un diálogo. En la televisión el medio pone a resguardo de cualquier intercambio, aún cuando la modalidad persuasiva sea la que impere: «El niño tiene que salir vacunado...desde neonatología». Esta afirmación imperativa podría ser retraducida: el niño ideal debe salir inmunizado artificialmente desde el lugar donde nace (que es un centro mé-

dico ultra especializado).

Otras valoraciones son expresadas en relación al sistema educativo y a grupos informales que se articulan en la vida cotidiana de las personas, «La charla fue dada por la directora y la maestra, nos explicaron muy bien en la escuela, fue bien especial para eso...había que cuidar de los vasos...(el chiquito) tenía que avisar a la mamá o a la maestra si le dolía la cabeza cerca de la nuca o los ojos, si tenía vómitos o algo así, eso...cómo había que cuidarlos, que si ellos ven que había un compañerito que se sentía mal tenían que auxiliarlo o avisarle a la maestra... hubo bastantes mamás en la reunión». «...Nos mandaron notas en el cuaderno», y luego «... Nos mandaron pedir la autorización si los vacunaban o no, ahí era una cartilla explicativa y ahí autorizábamos, nos informábamos y autorizábamos; eso fue lo único, no hubo reunión». «Yo me enteré por la televisión y por la escuela, porque en la escuela mandaban a llamar...ya las maestras sabían. Yo me enteré hace poco (de otras vacunas) porque yo voy a una iglesia adventista. En esa iglesia se lleva mucho la medicina y hay muchos médicos ahí; son muchos médicos, en general ellos son del Sanatorio Puiggari...» . En estos ámbitos se generaron posibilidades de diálogo y de intercambio, lugares donde la gente pudo volcar sus dudas, inquietudes, opiniones y apropiarse, a su vez, de conocimientos adecuados a la situación que estaba viviendo. Esto se hizo muy notable para dos temas: medidas de prevención y vacunación.

Pareciera que dentro del sistema de salud predominaron las prácticas disciplinares, normativas, que hacían eje en la situación corporal del niño y considerando la consulta como un hecho excepcional, sólo referida a la enfermedad. Esta concepción también es compartida por los entrevistados que sólo se acercan al sistema de salud en los momentos excepcionales de la enfermedad, o para apropiarse de normas que eventualmente le permitirían sortear un momento difícil. Se puede hipotetizar, en cambio, que las reuniones de pares en espacios que permitan intercambiar saberes (el saber médico incluido) permite una incorporación más estable en la vida cotidiana y en la experiencia cultural.

### **El acontecimiento Meningitis: una construcción social**

Respecto de la incorporación de la vacuna en la construcción social hubo diferencias, en tanto, pueden ser detectadas dos formas de interpretar la salud. En los entrevistados pertenecientes a sectores más pudientes. La vacuna aparece como algo que se incorpora sin barreras, sin referencias especiales, como algo «natural». Se la compra y se la aplica en centros privados, o en caso de tener chicos en edad escolar, no envían a sus hijos a las escuelas como forma de protección, pero también como exigencia a los poderes públicos de un derecho innegable, en tanto natural. Al decir de una mamá «...ese año fue que no empezaban las clases hasta que no estuvieran las vacunas. No, no los mandé porque no iba nadie al colegio, se pusieron de acuerdo todas las madres de no mandarlos hasta que no empiece la campaña de vacunación..., optaron por suspender las clases hasta tanto sea la vacunación».

En los sectores sociales más pobres, en cambio, la vacuna está cargada de otras significaciones. En tanto grupo social, es visto y se ve a sí mismo como más necesitado, más expuesto, más descuidado por parte de las políticas públicas. Así «es la única forma que ellos (el gobierno) se ha interesado por la salud de la gente». Si bien «el saber alivia, calma» no es infrecuente el desconocimiento de la enfermedad, de las vacunas y de la situación de salud en la ciudad de Rosario.

El «vacuné por miedo» suele ser la única explicación subjetiva, a veces explicitada en términos catastróficos, «se imaginan si encima estamos en estas condiciones higiénicas, nos enterábamos que algún chico de un vecino se enfermaba, nos moríamos!». El acceso a la vacuna aparecía como una protección para quien se sentía más expuesto y más carente, «No teníamos dinero para comprarla» y la negativa a vacunar era expresión de descuido por parte de las autoridades, de discriminación y de expropiación, y «sobretudo porque en ese momento comenzó a faltar trabajo, era una cosa más que nos sacaban (la vacuna)».

La referencia es la televisión. A ella se alude permanentemente como la fuente que informa acerca de los distintos momentos del aconteci-

miento. Sin embargo, cuando en las entrevistas se intenta precisar el contenido de los mensajes y rememorar escenas, sólo se puede rescatar la repercusión afectiva, «...los vacuné por miedo. Yo no entendí nada de lo que se decía por la televisión, por eso mismo ahora los vacuno. Hay muchos que decían si vacunarlos otros decían que no. Yo opté por vacunarlos pero no sé en que consiste, ni nada de la enfermedad». «El miedo, el miedo que le agarre a ellos, por eso los vacuné». «...un poco que alarmaba, porque más cuando uno vive así como vivimos nosotros, en un lugar tan precario y todo eso, qué hacemos? Nuestros hijos están indefensos, y encima se hablaba, cada caso de meningitis que aparecía, aparecía en la televisión. Era como que era un horror, pero no se si había una epidemia, pero que era horrible pensar que uno se iba a levantar y que un chico tenía fiebre...salíamos corriendo.

Yo veía un chiquito que estaba con fiebre y yo les decía venganse todos adentro, no se acerquen porque no vaya a ser cosa...pero después cuando una se informa bien, entonces ya no». Es llamativo comprobar que no existe una hilación de eventos en el tiempo sino una serie de escenas fragmentadas con gran repercusión emocional, la sensación difusa del peligro frente al cual la implementación de defensa se transformaba en un imperativo moral individual y de responsabilidad social, « El que no los vacuna a sus hijos, uno o es por ignorancia, o es porque no los quiere. Aparte que al vacunar a nuestros hijos no sólo salvamos a nuestros hijos, sino a los demás; porque si yo no vacuno a mi hijo él puede enfermar, y eso se va contagiando a los demás.»

Así no se supo con claridad si hubo epidemia o no, pero había que calmar el miedo que provocaba lo impredecible, «no, no creo que haya habido epidemia. Me parece que la epidemia es una cosa mucho más grande, no, porque también puede ser que los medios de comunicación hayan dicho: acá hay 5 o 6, y a lo mejor no había. Ojo, uno no sabe, como a lo mejor había 20 y a lo mejor había 10. Yo pienso que no, no se...me parece que una epidemia es algo más grande».

El impacto de los medios de comunicación, su capacidad creativa de acontecimientos, es percibida al modo de «... cuando empieza una campaña que se da a publicidad entonces

todo el mundo está ahí...va todo el mundo, no sé, pero todos están ahí a ver qué pasa, y una medio que se sugestionan porque nos dicen...¡-Pucha, le toca a cualquiera!, porque para mí le toca a cualquiera...». Expresiones como ésta muestran cómo los medios vehiculizan todo un material de emociones, de hábitos, de rutinas, de representaciones... aunque su manejo no consiga superar finalmente las incertidumbres, las angustias y los pánicos. Necesidad de saber y desconfianza frente a lo recepcionado son dos componentes presentes frente al fenómeno de la comunicación. Que los eventos en los medios están armados con materiales que refieren a múltiples ejes temáticos queda patentado en comentarios de los encuestados, «Había personas que decían que era todo un negocio también. Lo escuché en la calle. Sea un negocio o no, a mí no me interesa...yo a mi hijo lo voy a vacunar», «Lo viví como una pelea entre los que querían traer la vacuna y los que no. Pareció que fue una epidemia que no se si llegó a serlo, cuando hubo tantos casos seguidos que no se tomaba demasiado, digamos...control. Creo que uno sólo tomó el bastión que fue el Secretario y, bueno, ¡se llevó todos los laureles!», «...si, si, había contradicciones (en los mensajes) yo creo que había contradicciones», «Además, el gobierno hizo bien en vacunar, porque nosotros los que estamos abajo...primero decían que la iban a tener que comprar a la vacuna. ¡Cómo! Entonces, ¿Quiere decir que los que tienen plata se van a salvar y los que no tenemos para vacunar a nuestros hijos nos iban a dejar morir? Era como un poco de indignación que nos había agarrado porque pensaba que para colmo que estaba toda la enfermedad; en eso ya empezó el problema del trabajo, que había gente que no tenía trabajo». Los intereses económicos, las pujas políticas, el desplazamiento de otras problemáticas (por ej. la explosiva situación social, la confrontación de clases, el temor a la disgregación social), aparecen parcialmente explicitados en los relatos articulados por la imagen de los medios de comunicación, mientras otros son vistos e interpretados sólo por las personas.

Finalmente no pudo determinarse que alguno de los entrevistados pudiera tener una idea integral de la entidad nosológica conocida como meningitis y de la vacuna a la cual tuvieron

acceso. Sin distinción de sectores sociales los conocimientos aparecieron como fragmentarios y parciales. Esto no significa que los discursos fueran dispersos o desarticulados; muy al contrario, pudieron ser detectadas dos formas distintas de estructurar el pensamiento que sostienen en forma más o menos acabada ciertas referencias científicas, y es posible ubicar, en forma más o menos completa, dichas construcciones imaginarias en relación a la pertenencia a sectores sociales.

## Discusión

Es en el campo de la prevención (y en el de las vacunas más precisamente) en donde suele haber dificultades de organización y de comunicación, las cuales están explicitadas por los entrevistados. Y es que la inmunización es una de las prácticas sanitarias sobre población, no sobre individuos. De allí que se consideren territorios para la cobertura total y se creen (o se utilicen las ya existentes) formas colectivas para llevarlas a cabo. Los diversos pasos de la campaña (difusión, discusión de aspectos organizativos, confrontación de saberes, asunción de responsabilidades) se dirimen en lugares colectivos, para un accionar territorial.

En el aspecto comunicacional, podríamos afirmar que, en lo que atañe a la campaña, los medios de comunicación fueron un elemento muy limitado en el proceso hacia una conciencia de la población respecto de la situación de salud que la involucraba, lo mismo puede decirse del alcance de la prédica médica.

En cuanto al uso de espacios para el intercambio social no fue valorado en su justa medida como herramienta para la concientización o para la educación para la salud, siendo, sin embargo, el que arroja saldos de mayor esclarecimiento en las madres entrevistadas.

Como en toda actividad grupal, la resolución de dudas personales o las dificultades de índole diversa que exponen los individuos son tomados como expresiones de las variaciones a tener en cuenta en el grupo. Es este espacio, mucho más cercano a la experiencia cotidiana de las personas, el que se muestra como el más apropiado para la adecuación e incorporación de información y para lograr una serie de estrategias que

se asienten sobre explicaciones más amplias y significativas y, por tanto, puedan sostener una adherencia individual y una organización grupal. El ámbito donde se desarrolló esta actividad fue, preferentemente, la escuela.

En cuanto a las estrategias desarrolladas para la provisión de vacunas pueden detectarse modelos significativos. En primer término, dentro de los sectores sociales de más alto poder, la vacuna es incorporado como un producto más; se le otorga a la vacuna un valor que permite completar cierta «falta» corporal (la que podría provocar la enfermedad meningitis). La incorporación artificial inmunológica queda unida a significaciones tendientes a completar o a apuntalar un sistema defensivo natural pasible de ineficiencia. En este caso el producto «vacuna» se presenta como dotado de similares propiedades que los objetos que a diario se presentan en la televisión para ser consumidos.

Otros sectores sociales manifiestan el contacto con diversos saberes y la evaluación respecto de la situación económica del grupo familiar (lo que implica la vacunación entra a jugar dentro de las consideraciones de las prioridades familiares) evidencia no sólo una voluntad de encontrar más opciones sino de fundamentar un accionar tomando en cuenta y articulando diversas fuentes, además de su propia condición económica y su propio saber.

Finalmente puede diferenciarse una forma específica de parecer: aquella donde la diferenciación y discriminación, las vías de parecer y la resolución de la situación corre por cuenta de otros. El sujeto entrevistado, a través de su discurso, se coloca respecto de la enfermedad y de los otros como incapaz de descifrar mensajes y decidir acciones apropiadas para la situación. El sujeto se borra en favor de otro que es el que piensa y hace; así, todo (incluso la vacuna) le debe ser dado, aportado, desde alguien depositario del saber, de la fortuna y del poder a la entrevistada, que sólo puede recibir.

Es posible ver en este estudio que subyacen organizando las respuestas dos formas de estructura de pensamiento distintas que se refieren a otras tantas formas de concebir el cuerpo. La primera, sostenido por el saber médico tomado y naturalizado por las clases instruidas (profesionales, empleados en puestos

ejecutivos, técnicos, propietarios de comercios y empresas medianas), referido a una biología independiente, como un objeto manipulable y pasible de intervenciones para su mejora y tratamiento, como si fuera una máquina. En este caso el cuerpo aparece separado de otras instancias psicológicas y sociales, o sea dotado de autonomía. La vacuna vendría a colocar a esa construcción material en mejores condiciones frente a la posibilidad de un ataque desarticulante. Lo que previene es de la misma naturaleza que el cuerpo: es biológica. Esta concepción se engarza con una extrema tecnificación de eventos humanos, por ejemplo el nacimiento. Que un famoso médico diga por televisión que todo niño debe salir vacunado desde neonatología, muestra cómo un acontecimiento (nacimiento) ha sido apropiado por el saber médico y marcado por la tecnología.

La segunda, ve a los cuerpos articulando lo biológico a otras significaciones. Así, los cuerpos son espacios en cuyo seno se dirimen los intercambios sociales; al modo de «puesto que nos quitan el trabajo, la comida, la higiene...nos deben dar a cambio la vacuna». Aquí se trata de una compensación, de una reciprocidad más que un perfeccionamiento biológico. En este caso el intercambio implica componentes de diversa naturaleza, no sólo biológicas. La vacuna no viene a completar una inmunidad deficiente, lo otorgado por haberles quitado previamente un elemento vital en la relación social, el trabajo por ejemplo. La vacuna aparece dentro de significaciones que no aluden al cuerpo individual y biológico, sino del cuerpo social y sus intercambios. Esta concepción aparece más difundida en las llamadas «clases populares».

Ambas construcciones se incluyen sólo parcialmente.

## Bibliografía

- Baudillard, J. La transparencia del mal. Editorial Anagrama. Barcelona, 1993.
- Colombo, E. El imaginario social. Editorial Nordan. Montevideo, 1989.
- Débord, G. La sociedad del espectáculo. Editorial La marca. Buenos Aires, 1995.
- Fleitas, M. «Meningitis en Rosario: la construcción de un acontecimiento». Mimeo. 1994.

- Guinzburg, C. El queso y los gusanos. Muchnick Editores. España, 1990.
- Guinzburg, C. Mitos, emblemas, indicios. Editorial Gedisa. Barcelona, 1989
- Le Breton, D. Antropología del cuerpo y la modernidad. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 1995.
- Forni, F. et. al: «Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación. Centro editor de América Latina». 1993

# Gravidez na Adolescência no Estado do Rio de Janeiro (Brasil)

Monteiro, Mario F.G.\*

## Resumo

O risco de gravidez em mulheres de 15 a 19 anos no Estado do Rio de Janeiro (Brasil) foi medido através da percentagem destas mulheres que já tinham tido filho, numa análise descritiva, e do risco relativo num estado de caso-controle, onde os fatores de risco foram o analfabetismo funcional (menos de 5 anos de estudo) e a renda mensal per capita até um salário mínimo.

Os resultados mostraram que entre as mulheres de baixa renda, e nível educacional deficiente, 47% já tinha tido filho aos 19 anos.

O estudo de caso-controle, utilizando o programa GLIM, mostrou que entre as mulheres analfabetas funcionais, após ajustamento por renda, o risco relativo de engravidar entre os 15 e os 19 anos era 1,58 vezes maior que o risco de gravidez na adolescência entre mulheres com 5 anos ou mais de estudo. Este risco relativo, após ajustamento por educação, foi de 1,92, comparando-se a população com renda mensal per capita até 1 salário mínimo com a população de renda mais alta.

## Summary

The risk of pregnancy among women aged 15 to 19 years, living in the State of Rio de Janeiro (Brazil), has been measured by the percentage that had a child born alive before the age of 20, in a descriptive study, and by estimates of relative risk in a case-control study, that has used GLIM to do a multivariate analysis and where the risk factors were functional illiteracy (less than 5 years of study) and low per capita income.

It has been found a percentage of 47% of women aged 19 years that already had a child born alive among the functional illiterate and low income population.

The case-control study has estimated a relative risk, adjusted by income, of 1,58 to illiterate women and of 1,92 to low income women, adjusted by education.

## Introdução

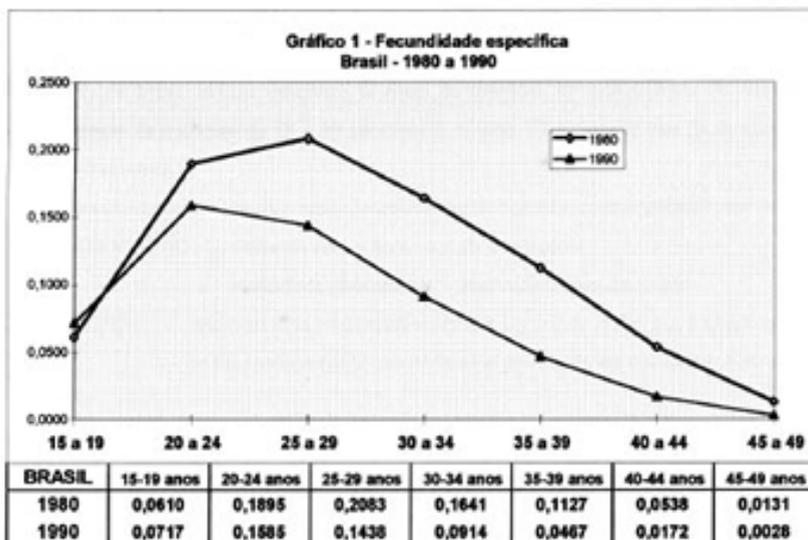
A população brasileira encontra-se em pleno processo de transição demográfica, e também de transição epidemiológica, que se iniciaram na década de 1940 com a diminuição da mortalida-

\* Médico, Phd em Demografia Médica, Professor Adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ e ENERECO; Pesquisador Titular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Rua Barão de Lucena 135 ap. 203 CEP 22260 - 020 . Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: monteiro@ibg.gov.br

de por doenças infecciosas e parasitárias.

O segundo estágio da transição demográfica, no Brasil, começa na década de 1960 com a redução das taxas de fecundidade total, que baixaram de 6,3 em 1960 para 2,7 filhos por mulher em 1990 (1).

Mas a taxa específica de fecundidade para mulheres de 15 a 19 anos aumentou de aproximadamente 60 para cerca de 70 filhos por mil mulheres deste grupo etário, durante a década de 1980 (2), conforme pode-se observar no gráfico a seguir.



FONTE - IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores

Esta redução de fecundidade em todos os grupos de idade, menos entre mulheres que ainda não completaram 20 anos ocorre também em outros países.

A vulnerabilidade deste grupo etário aos riscos de complicações durante a gravidez (ou no trabalho de parto e no período puerperal), e a ocorrência de maiores riscos para os filhos destas mães adolescentes, entre os quais são mais comuns o retardo de crescimento fetal e a prematuridade, freqüentemente agravados pela insuficiência de renda familiar e pelo baixo nível de educação formal, chamou a atenção dos pesquisadores das áreas de população e saúde, principalmente nos países menos desenvolvidos (3).

Neste trabalho utilizamos dados do Censo Demográfico de 1991 para medir o efeito do

analfabetismo funcional (menos de 5 anos de estudo) e da baixa renda (renda mensal familiar per capita até um salário mínimo, como determinantes de diferenciais de gravidez na adolescência no Estado do Rio de Janeiro, realizando um estudo descritivo e um estudo de caso controle.

## Metodologia

Os dados foram obtidos através de tabulações especiais da amostra de 10 % do Censo Demográfico de 1991 no Estado do Rio de Janeiro.

Numa breve análise descritiva o risco de gravidez na adolescência foi medido pela percentagem de mulheres de 15 a 19 anos que já tiveram filho, e num estudo de caso controle pelo risco relativo.

(1) MONTEIRO, Mário F. O. (1994) - "Saúde reprodutiva" In UNICEF - "Família brasileira a base de tudo". São Paulo, Cortez Editora, pp. 172-83.

(2) IBGE, Anuário Estatístico do Brasil - 1995 (Versão em CD-ROM)

As variáveis consideradas como determinantes de risco foram categorizadas em dois níveis:

**Educação:**

- 1 - mulheres com 5 anos ou mais de estudo e
- 2 - analfabetas funcionais = menos de 5 anos de estudo.

**RENDA:**

- 1 - mulheres com renda mensal familiar per capita maior que 1 salário mínimo e
- 2 - baixa renda = renda mensal familiar per capita até um salário mínimo.

Definição dos grupos de casos e controles:

Casos: mulheres de 15 a 19 anos que já tiveram pelo menos um filho nascido vivo e

Controles: mulheres de 15 a 19 anos que não tiveram nenhum filho nascido vivo.

Os intervalos de confiança, ao nível de 95%, foram obtidos estimando-se a variância do logaritmo do risco relativo através da soma dos inversos de cada célula:

$$\text{Var}(\log\text{RR}) = 1/a + 1/b + 1/c + 1/d$$

A análise multivariada, no estudo de caso controle, foi realizada com o programa GLIM (Generalised Linear Interactive Modelling system), e sua interpretação seguiu as recomendações descritas no livro de BRESLOW & DAY (4), permitindo controlar o efeito de confusão (confounding) entre renda e educação. A aplicação dos modelos é explicada mais detalhadamente na análise dos resultados.

**Resultados e discussão**

**1 - Distribuição de casos e controles**

A tabela 1 mostra a distribuição de casos (mulheres de 15 a 19 anos que já tiveram pelo menos um filho nascido vivo) e de controles (mulheres de 15 a 19 anos que não tiveram nenhum filho nascido vivo), podendo-se observar que o número total de observações é semelhante em todos os grupos de idade singular (aproximadamente 20 % em cada um dos cinco grupos).

**Tabela 1:  
Distribuição de casos e controles**

Casos		Controles	Total	
<b>Idade</b>	11256	47244	58500	100%
15	1464	10626	12090	20,70%
16	1701	9922	11623	19,90%
17	2048	9452	11500	19,60%
18	2764	9093	11857	20,30%
19	3279	8151	11430	19,50%
<b>Educação</b>	11256	4244	58500	100%
5 anos ou mais de estudo	7266	36042	43308	74,00%
analfabetas funcionais	3390	11202	15192	26,00%
<b>Renda</b>	11256	47244	58500	100%
mais de 1 salário mínimo	2631	17568	20199	34,50%
até 1 salário mínimo	8625	29676	38301	65,50%

Fonte: Fonte: IBGE, Censo demográfico de 1991

(3) NAÇÕES UNIDAS (1989): "Adolescent Reproductive Behaviour. Vol.II: Evidence from Developing Countries". Population Studies, No. 109.

(4) BRESLOW, N. E. e DAY, N. E. (1980) - "Statistical Methods in Cancer Research. Volume 1- The analysis of case-control studies". IARC Scientific Publications No. 32, Lyon International Agency for Research on Cancer.

Fonte: IBGE - Censo Demográfico de 1991.

## 2 - Breve análise descritiva.

A distribuição deve ser levada em conta ao compararmos o efeito da renda e da educação, pois estamos comparando segmentos populacionais de diferentes tamanhos: enquanto o analfabetismo funcional caracteriza uma condição de 26 % da população (aproximadamente o quartil inferior do nível educacional), a renda per capita até um salário mínimo é um valor maior que a mediana, abrangendo mais da metade da população de mulheres adolescentes.

Esta classificação dos determinantes de risco induz a valores mais conservadores para os diferenciais de renda, recomendando cuidado na comparação direta entre os efeitos de renda e educação.

Tanto a baixa renda como o analfabetismo funcional aumentam a gravidez na adolescência, e o efeito combinado destas duas condições de risco tem como consequência uma alta percentagem de mulheres com 19 anos que já tiveram filhos (quase 50 %).

Já entre adolescentes com maior renda, e melhor nível educacional, a gravidez acontece com um ritmo mais lento. Esta diferença é maior aos 19 anos, quando chega a ser três vezes maior para o grupo submetido a condições socioeconômicas desfavoráveis.

Entre as mulheres expostas a um só fator de risco (ou baixa renda ou analfabetismo funcional), as curvas para ambos os grupos começam e terminam com percentagens muito semelhan-



FONTE: IBGE - Censo Demográfico de 1991

tes, como pode-se ver no gráfico a seguir.

De maneira geral, a exposição a um fator desfavorável duplica o risco de gravidez antes dos 20 anos, e a exposição às duas situações desfavoráveis triplica este risco.

## 3 - Estudo de caso-control

Utilizando-se as condições de renda e educação como fatores de risco podem-se construir quatro categorias, já descritas no gráfico anterior.

Tomando-se o nível de risco mais baixo como referência (RR=1), podemos estimar os riscos relativos para os outros níveis, que são apresentados na tabela 2, junto com os respectivos intervalos de confiança, ao nível de 95%.

Repete-se aqui, de certa maneira, o que já havíamos observado na breve descrição realizada antes: a combinação de baixa renda com um nível educacional deficiente aumenta grandemente o risco de ter filhos entre os 15 e os 19 anos, determinando um risco relativo de 2,74.

É interessante observar também que, entre as duas categorias intermediárias, não há uma clara rejeição à hipótese  $H_0$  (para um erro alfa de no máximo 5%,  $\alpha = 0,05$ ), já que o limite su-

perior do intervalo de confiança (1,76) do risco relativo de uma categoria coincide com a estimativa do risco relativo da outra (RR = 1,76). Pode-se afirmar que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os valores 1,58 e 1,76, referentes ao risco relativo destas duas categorias intermediárias, sendo ambos significativamente maiores que 1.

Isto demonstra que um nível educacional deficiente aumenta o risco de gravidez na adolescência (RR = 1,58), mesmo quando a renda não é baixa, e a baixa renda também tem este efeito (RR = 1,76), quando o nível educacional é mais elevado.

Para avançar na análise destes dois deter-

**Tabela 2**  
**Riscos relativos e intervalos de confiança (95%)**

Renda	Educação	Casos controles		Risco relativo	Intervalo de confiança	
					limite inferior	limite superior
mais de 1 salário mínimo	5 anos ou + de estudo	2190	15579	1	-	-
	analfabetas funcionais	441	1989	1,58	1,41	1,76
atè 1 salário mínimo	5 anos ou + de estudo	5076	20463	1,76	1,67	1,86
	analfabetas funcionais	3549	9213	2,74	2,58	2,91

minantes de risco, usaremos um instrumental estatístico mais complexo: a regressão logística multivariada, que nos permitirá estimar o efeito da renda e o efeito da educação separadamente, considerando uma como variável de confusão da outra. (efeito confounding).

Com estas duas variáveis é possível definir cinco modelos de regressão logística:

1- o modelo completo (ou saturado) =  $1 + \text{EDUCAÇÃO} + \text{RENDA} + \text{EDUCAÇÃO} \cdot \text{RENDA}$ , onde 1 é o termo constante, EDUCAÇÃO é o termo que representa o efeito principal do analfabetismo funcional, RENDA é o efeito principal da baixa renda e o termo de interação entre renda e educação.

Os modelos não saturados são:

2 -  $1 + \text{EDUCAÇÃO} + \text{RENDA}$ , que é igual ao modelo anterior porém sem o termo de interação. Este modelo gera estimativas do risco relativo associado a educação, controlado por renda (como se todos tivessem mesma renda), e estimativas do risco relativo associado a renda (controlado por educação, como se todos tivessem mesmo nível de educação), por isso as estimativas geradas por este modelo servem para medir o efeito de confusão (confounding) entre renda e educação;

3 -  $1 + \text{EDUCAÇÃO}$ , constituído apenas pelo termo constante e pelo efeito principal de educação, que teria uma boa qualidade de ajuste, se

o fator renda não fosse significativo como determinante de risco;

4 - 1 +RENDA, constituído apenas pelo termo constante e pelo efeito principal de renda, que teria uma boa qualidade de ajuste, se o fator educação não fosse significativo como determinante de risco, e

5 - o modelo NULO (=1), constituído apenas pelo termo constante, gera estimativas que reproduziriam os valores observados se a proporção de casos e controles fosse a mesma em todas as categorias, isto é se educação e renda não tivessem efeito como fatores de risco.

Para decidir se um modelo é apropriado ou não, recorre-se á qualidade de ajuste, que é medida pela diferença entre as estimativas geradas pelo modelo e os valores observados. O modelo completo tem um ajuste perfeito, isto é, suas estimativas reproduzem os valores observados.

A significância estatística da diferença entre um modelo não saturado e o modelo completo é medida pelo valor 5 (scaled deviance) gerado pelo GLIM (cuja distribuição é semelhante á do qui-quadrado) que, associada ao número de graus de liberdade do modelo, permite rejeitar ou

aceitar a hipótese nula (Ho) de igualdade estatística entre o modelo saturado e o modelo que se está testando.

A questão neste ponto resume-se a achar o modelo insaturado mais simples (com menos termos), cuja probabilidade associada a S não seja menor que 0,05 (5%)

O programa GLIM utilizado para testar estes modelos encontra-se em anexo.

O único modelo insaturado que resistiu ao teste de qualidade de ajuste foi 1+EDUCAÇÃO+RENDA, com  $p = 0,1351 (> 0,05)$ . Este valor de p conduz à aceitação de Ho, isto é, não existe diferença estatisticamente significativa entre o modelo saturado e o modelo sem o termo de interação, podendo-se usar este modelo mais simples para gerar estimativas de risco relativo de renda controlado por educação, e do risco relativo de educação controlado por renda.. É importante que se note que agora o nível de referência não é mais único para as duas variáveis de risco, como era antes na tabela 2. Os riscos relativos são estimados separadamente para renda e educação, por isso o nível de referência (RR = 1) corresponde aos valores observados na categoria de não expostos de cada variável.

Pode-se observar nesta tabela que o risco

**Tabela 3**  
**Riscos relativos não ajustados e ajustados pelo modelo 1 + educação + renda**

Educação	Risco relativo de educação não ajustado	Risco relativo de educação ajustado por renda	Limites do intervalo de confiança (95%)	
			Inferior	Superior
5 anos ou mais de estudo analfabetas funcionais	1 -	-	-	-
	1,77	1,58	1,46	1,72
Renda	Risco relativo de renda não ajustado	Risco relativo de renda ajustado por educação	Limites do intervalo de confiança	
			Inferior	Superior
mais de 1 salário mínimo até 1 salário mínimo	1 -	-	-	-
	1,94	1,92	1,79	2,07

relativo de educação teve uma redução estatisticamente significativa de  $RR = 1,77$  para  $RR = 1,58$ , quando controlamos o efeito da renda.

Isto demonstra que há um efeito de confusão da renda sobre a educação, isto é, uma parte do efeito atribuído ao baixo nível educacional é, na realidade, devida ao baixo nível de renda, resultante da associação entre renda e educação. O risco relativo de educação ajustado por renda tira este efeito.

Já para a variável renda não houve uma diferença significativa, para  $\alpha = 0,05$ . É possível que o corte de renda tenha sido feito num valor muito alto, abrangendo mais da metade das adolescentes na categoria de risco, e um corte num nível mais baixo (em 0,5 salário mínimo, por exemplo) tivesse gerado uma diferença significativa entre os valores ajustado e não ajustado.

## Conclusões

Os dados sobre filhos tidos nascidos vivos de mulheres de 15 a 19 anos, coletados pelo Censo Demográfico de 1991, no Estado do Rio de Janeiro (Brasil), mostraram resultados consistentes sobre o efeito de duas condições socioeconômicas, o analfabetismo funcional e a renda per capita de até um salário mínimo mensal, como determinantes do risco de gravidez na adolescência.

Uma breve análise descritiva mostrou que entre as mulheres de melhor nível de renda e educação adequada 16% já tinha tido filho aos 19 anos, mas na presença de apenas uma condição desfavorável (ou analfabetismo funcional ou renda per capita de até um salário mínimo mensal) a percentagem aumentava de 16% para 31% (praticamente o dobro), e a combinação destas duas condições triplicou a percentagem de mulheres com 19 anos que já tinha tido filho, aumentando de 16% para 47%.

O estudo de caso-controle mostrou a viabilidade de se usar esta técnica de análise epidemiológica em estudos populacionais, até porque a Demografia Médica está bastante próxima da Epidemiologia, e poderíamos inclusive falar de uma "epidemiologia da reprodução".

As grandes vantagens de se poder fazer um estudo de caso-controle com dados censitários, com informações outras que não sejam dados

de morbidade ou mortalidade, são o custo baixo, com utilização de dados já disponíveis, e a possibilidade de se aplicar uma técnica de análise estatística complexa, que permite a construção de modelos de regressão logística multivariada e o controle do efeito de confusão entre determinantes de risco que se associam fortemente como educação e renda.

Assim a estimativa do risco relativo de educação, ajustada por renda, resultou numa diminuição, estatisticamente significativa, da estimativa de risco relativo não ajustada, permanecendo no entanto significativamente maior que 1. Já a estimativa do risco relativo de renda, ajustada por educação, não resultou em redução estatisticamente significativa do risco relativo não ajustado, e permaneceu também significativamente maior que 1.

Estes resultados mostram que tanto o nível de renda como a condição educacional possuem um efeito independente sobre o risco de gravidez na adolescência, e as estimativas do risco relativo, após ajustamento, foram as seguintes: para analfabetismo funcional, risco relativo = 1,58 e para renda per capita até 1 salário mínimo, risco relativo = 1,92.

A baixa renda, apesar de abranger uma percentagem maior da população, determinou um risco relativo de gravidez na adolescência mais alto do que o analfabetismo funcional.

## Anexo

### Programa GLIM

§c esta macro serve para calcular a probabilidade associada ao valor S (scaled deviance), de maneira análoga ao qui quadrado

```
$MAC CHIP !
%EQ(%2,1)*(2-2*%NP(%SQR(%1))) + !SPECIAL CASE, 1 DF.
%EQ(%2,2)*(%EXP(- %1/2)) + !SPECIAL CASE, 2 DF.
%GT(%2,2)*(1 -%NP( ((%1/%2)**(1/3) - 1 + 2/(9*%2))/%SQR(2/(9*%2)))) !
$ENDMAC
```

```
!
$arg chip %dv %df$
$c
$units 4 $
$factor renda 2 educacao 2 $
$data renda educacao controle caso
$read
```

```
renda educacao controle caso
1 1 8487 1177
1 2 898 176
2 1 6954 1809
2 2 2041 871
```

```
$calc n= caso + controle $
$yvar caso $
$error b n $
$fit +educacao $
$disp m e r $
$cal %p= #chip $
$look %p $
$fit -educacao + renda $
$disp m e r $
$cal %p= #chip $
$look %p $
$fit +educacao $
$disp m e r $
$cal %p= #chip $
$look %p $
```

```
$return $
```

# Práctica Empírica y Legitimidad Social: El caso de la Odontología (\*)

Schapira, Marta V. \*\*; Pinto, Cecilia\*\*\*

## Resumen

Este artículo reúne algunos avances de resultados de la indagación realizada sobre el proceso de construcción social e histórica de la práctica odontológica en nuestro país. El período que se analiza abarca las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX.

En primer término reflexiona en torno al concepto de 'profesión' y a partir del análisis de fuentes secundarias se reconstruyen las particulares condiciones del surgimiento de la práctica odontológica en relación a los primeros intentos de regulación de las ocupaciones vinculadas a la cura. Se describen las prácticas consideradas «irregulares» y la pugna por alcanzar legitimidad social, a la vez que se señalan intentos por delimitar campos de intervención: el de la medicina, reservada a «lo interno» del cuerpo, y la de barberos y sangradores encargados de «lo externo».

La práctica odontológica se despliega en consecuencia en estas décadas, en una zona de competencia con límites confusos entre lo interior y lo exterior, donde lo legitimado y lo excluido se intersectan y se confunden. Cabe

destacar el peso de esta tradición artesanal en la construcción de una identidad profesional, que ha dejado huellas en la conformación de la práctica científica.

## Palabras clave

profesión - legitimidad - odontología  
Summary

This paper presents part of the results of a research dealing with the process of social and historical construction of the odontologic practice in our country. The studied period ranges from the last decades of XIX century to the first decades of XX.

First of all, it presents a reflexion on the concept of «profession» and it rebuilds from secondary sources the particular conditions of emergency of the odontologic practice in relation with the first attempts to regulate the occupations linked to the cure. It describes the «irregular» considered practices and the struggle to reach social legitimacy. At the same time, it points out attempts to delimitate areas of intervention: that of the medicine, reserved

\* En el presente artículo se discuten algunos aspectos del trabajo de investigación "La práctica odontológica, su lugar en el campo de las prácticas de la salud. Construcción histórica y sistema de representaciones". CIUNR - Facultad de Odontología.

\*\* Juan M. de Rosas 972, 7° B - Rosario, Tel.: 4240490

\*\*\* Sucre 1001 - Rosario, Tel.: 4382720

to «the internal» of the body, and that of the «barbers» and «bloodletter» in charge of «the external».

In consequence, the odontologic practice develops in these decades, in a competence area with confused limits between the internal and external, between what is legitimated and what is excluded. It is important to bring out the power of this crafty tradition in the construction of a professional identity, with its marks on the constitution of the scientific practice.

### **Key words**

profession - legitimacy - odontology

### **Puntos de partida teórico-metodológicos**

En este trabajo se plantean algunas reflexiones vinculadas al proceso histórico de profesionalización de la práctica odontológica, abordando algunos aspectos que intervienen en la obtención de legitimación social.

A partir de un enfoque de «construcción social» se intenta dar cuenta de la compleja articulación entre actores, procesos y prácticas y de la manera en que éstos se enlazan, perduran o se transforman en las primeras décadas de este siglo.

Desde una perspectiva teórico-metodológica ligada a los desarrollos de Bourdieu, se cuestiona el concepto de profesión entendido como un conjunto de individuos que bajo una misma denominación comparten una serie de atributos. En este sentido, el «enfoque de rasgos» que ha sido predominante en el estudio de las profesiones recoge el concepto de profesión en su uso cotidiano, hasta la década del '70. Concebir a una profesión a partir de la identificación de un agregado de características supuestamente perceptibles, expresa una concepción teórica más ligada al funcionalismo y se reduce el análisis a una tarea descriptiva y taxonómica, imposibilitando toda perspectiva que incluya el proceso de construcción histórica.

Se hace necesario abandonar la idea de profesión como realidad `evidente' y `auténtica' y adherir a un concepto que refiera al trabajo social y político de construcción de un grupo, de las representaciones de ese grupo sobre sí mis-

mo y de las relaciones con otros. Este abordaje rescata el carácter histórico del concepto, descartando la capacidad explicativa de una definición de valor analítico general, para dar cuenta del problema y considera particularmente los procesos específicos por los cuales las ocupaciones son profesionalizadas (en este caso odontología), lo que significa la reconstrucción de relaciones entre actores y dimensiones de tipo políticas, gremiales, académicas, económicas, para establecer criterios de demarcación, diferenciación, exclusión e intervención en un campo determinado (de la salud, salud bucal).

El trabajo realizado implicó en una primera etapa la búsqueda, clasificación y análisis de un conjunto de fuentes secundarias desde fines del S. XIX hasta los años '30 aproximadamente. Las mismas pueden diferenciarse desde dos ángulos, por un lado publicaciones de prensa especializada de carácter gremial («La Tribuna Odontológica»), y por otro, publicaciones científicas donde se expresan un conjunto de concepciones sobre el campo de intervención del odontólogo, las relaciones con el Estado y el perfil profesional vinculado a la captación de clientela («Revista del Círculo Odontológico», «Boletín de la Asociación Odontológica Argentina»). Asimismo se analizaron las primeras normativas en la legislación nacional y provincial relativas al ejercicio legal de la profesión.

La lectura de este material y de textos de odontólogos de la época, permitieron identificar las principales preocupaciones y avanzar en la reconstrucción de representaciones sobre su campo de intervención.

### **Prácticas de la cura y primeras regulaciones**

En el ejercicio de las prácticas de la cura es interesante recuperar las primeras formas de control que han intentado regular y definir campos de intervención legitimados. Las primeras, del siglo XIII, representadas por la «policía sanitaria de las profesiones de la salud», han quedado expresadas en España por el Protomedicato, por las universidades europeas dependientes del poder papal, o por entidades completamente descentralizadas en forma de corporaciones de oficios que ejercían un poder delegado por el rey

o por las autoridades municipales.

La policía sanitaria aplicada a la legitimación de las actividades profesionales erige un complejo aparato de protección jurídica-política de las actividades e intereses profesionales e implementa su control en entidades y asociaciones autorizadas a la enseñanza, interviniendo también en las facultades médicas y gremios de cirujanos y boticarios. Además normatiza la penalización de los «no legitimados» y controla las juntas de examen que otorgan el permiso de ejercicio profesional.

En el siglo XIV se incluyen en el Estatuto del Arte de los Médicos en Florencia, los curanderos en física (médico medieval) y cirugía, los arregladores de huesos y los barberos entre los que se incluían a los «maestros dentistas», como miembros del gremio de los boticarios, reconociéndose cierta especificidad de los «dentispices» o «sacamuelas», que se incluían o competían con los barberos. Por una Real Pragmática del los Reyes Católicos, a principios del siglo XVI, se concentran en manos de los sangradores que sean examinados el arte sacar muelas, quienes monopolizan una serie de prácticas ligadas a curas especializadas. Los autores revisados han constatado que a principios del siglo XVI, el Colegio de Cirujanos de París, exigía exámenes a los «dentistas», lo mismo que a hernisarios, litotomistas u otros que ejerzan parte de la cirugía. La existencia de exámenes específicos puede estar indicando una etapa de valorización y jerarquización de varios oficios paramédicos, en especial la cirugía, la odontología y la farmacia, lo que desemboca a fines del siglo XVII, en una reglamentación específica y en el otorgamiento de títulos acordes con la práctica. Los odontólogos a partir del siglo XVIII, avalados por la obra de Fauchard, pasan a denominarse «Operador de los dientes».

En América, durante la conquista, la capitulación del Rey de España con los Adelantados del Río de la Plata obligaba a instalar un médico y un cirujano. En el período colonial, las Leyes de Indias de 1541 establecían que Virreyes, Audiencias y Gobernadores debían prever la fundación de hospitales «donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana».

Una característica de la colonización hispánica fue la temprana fundación de Universida-

des, siendo de mediados del siglo XVI el primer grupo de egresados médicos en México. En el siglo XVII en una Real Pragmática se disponía la persecución del curanderismo, lo que fue de difícil implementación ya que el conjunto de la población acudía a una gama variada de curadores legitimados en su práctica, denominados ejercientes irregulares, y que históricamente habían pasado por la prueba de la solución de problemas de la población (curanderos, sangradores, etc).

Paralelamente algunos autores consultados recogen insistentemente la figura de «médico aventurero» que incorporaban la experiencia de los barberos-cirujanos españoles \*

Hasta entrado el siglo XIX, la pertenencia de la práctica dental a un conjunto abigarrado de otras prácticas consideradas «irregulares» y en este sentido subordinadas, condiciona históricamente un lugar subsidiario en el proceso que la convierte en práctica científica y en profesión autónoma. El conjunto de «curadores» ejercientes reviste una especificidad tal en las funciones desempeñadas, que algunos autores suponen que se trata de un verdadero «gremio», donde las funciones de cada uno de los grupos de prácticos, eran respetadas por los otros.

A fines del siglo XVI se registran denuncias de particulares adinerados ante la autoridad municipal, que formulan pleitos con exigencia de secuestros de bienes y exigencias de exhibición de títulos a quienes siendo barberos y cirujanos se hacen llamar licenciados en el ejercicio de su práctica. La denuncia de títulos extranjeros fraudados, el cuestionamiento a las simulaciones profesionales por parte de médicos y dentistas diplomados, ejercen presión sobre los Cabildos para lograr el reconocimiento exclusivo del ejercicio profesional a quienes poseen un título académico.

En la misma época se establece un salario anual con obligaciones de prestar un determinado tipo de práctica (sangrar, afeitar, aplicar ventosas, sacar muelas), con lo que se legitima en cierta medida el oficio de barbero, fiel expresión del conjunto de prácticas cotidianas, de ocupaciones inestables, polivalente, itinerantes, pero de amplio reconocimiento social.

El Cabildo de Córdoba había implementado, a mitad del siglo XVII registros de inscripción de

sangradores y «sacadores de muelas» y la escasez de médicos parece estar bien documentada. En 1770 se registra en esa jurisdicción un médico diplomado, dos con documentación incompleta y dos curanderos con experiencia. La tónica dominante para la autorización legal, más allá de las diferencias entre médicos, barberos o curanderos, fue el limitado número de oficiantes. Esto se corrobora en la documentación de jesuitas que advertían sobre los confusos límites de la medicina «científica» y «popular» y sobre la difusión de prácticas curativas domésticas debido a la escasez de especialistas.

En los hechos, tanto durante el período pre-hispánico, como el de la conquista y la colonización no se diferencian demasiado frente a la pregunta de quiénes curaban, cómo lo hacían y cómo se legalizaba su saber. Entre los siglos XVI hasta entrado el XIX el conjunto de prácticas vinculadas al cuidado de la salud configuraron un espacio peculiar que transcurría por la automedicación, remedios caseros y la consulta al curandero, «charlatán» y menos frecuentemente al médico diplomado. El saber médico legitimado oficialmente, ocupó un lugar secundario restringido a las élites locales. La escasa eficacia de la medicina oficial frente a enfermedades epidémicas y endémicas no permite a médicos diplomados alcanzar una mayor reconocimiento social, lo que los coloca en una situación de semejanza frente a otros curadores de consulta. Esta conflictiva convivencia no se resolvió exclusivamente en el terreno del conocimiento, ni en la legitimación que el poder institucionalizado otorgó al grupo de diplomados, sino que tuvo que ver con la eficacia social alcanzada y con las presiones de las incipientes asociaciones gremiales.

En la práctica odontológica esta situación es particularmente marcada, ya que al no existir profesionales diplomados, la presencia de sangradores y barberos fue indispensable en los hospitales coloniales\*

La tarea del odontólogo era ejercida por los llamados «medicastro», adivinos, flebotómos, barberos y hasta herreros. Su accionar se limitaba a calmar el dolor y a la extracción dentaria. El auge del curanderismo, especialmente fuera de la ciudad de Buenos Aires, se vincula no sólo a la ineficacia de la terapéutica médica sino al

éxodo de los médicos a zonas urbanas, ya que en las pequeñas ciudades rioplatenses y en la campaña se sentía como amenaza la presencia de los grupos indígenas. Por estas razones, se afirma que en Santa Fe los curanderos llegaron a constituir una necesidad.

Cervera establece tipologías de curanderos a partir de las cuales puede afirmarse que existía un primer grupo reconocido y legitimado por sectores del poder político. Otro, denominado «criminal» - con el que los médicos competían vigorosamente y, en último término se reconoce la extendida vigencia del denominado «curanderismo criollo», que gozaba de mayor tolerancia y que manejaba prácticas curativas europeas e indígenas, cuya herbolaria no era ajena al Hospital o a las viviendas de los médicos.\*\*

Además, médicos, barberos y sangradores insisten en los reclamos por la aplicación de honorarios más elevados y en forma individual solicitan el uso privativo de estos oficios. Es interesante señalar la respuesta del Cabildo de Santa Fe que concede el permiso de exclusividad a condición de que se cobre determinada suma por cada sangría y a los pobres «con equidad». En Córdoba, a fines del siglo XVIII, el Cabildo apunta a especificar la práctica de barberos y sangradores a fin de deslindar campos específicos de acción, reglamentar prácticas y detallar atribuciones que precisan las jerarquías internas de la medicina llamada «sabia». El mundo de médicos y barberos diplomados y el de curanderos reconocidos se interpenetran mutuamente en la práctica cotidiana, lo que tiene que ver con la limitada eficacia curativa de ambos. Es más, las estrategias son coincidentes en la mayoría de los casos y la población los suele consultar indistintamente.

La «dentistería» constituye una práctica de difícil reconstrucción, ya que al estar en manos de los barberos con mayor o menor reconocimiento oficial, pierde especificidad en la documentación de la época.

En la «La Gaceta Ministerial» del Gobierno de Buenos Aires (nº 130, año 1814), aparecen anuncios que indican la incipiente presencia de dentistas:

«Profesional de la Facultad, dentista de delicadeza y finura quita dientes, muelas y raigones con muy poca incomodidad del paciente»

«Limpia dientes, sarro o tártaro con un específico»

«Emploma y corrige caries»

«Pone dientes originales»

«Específicos para el mal olor»

«Se preservan las encías del escorbuto»

En estos anuncios seleccionados se vislumbra cierta especificidad de una práctica que aparece permanentemente confundida entre los denominados «curanderos». Prótesis, extracciones y «correcciones» son indicadas en estos avisos en los que se suele hacer énfasis en los «dientes artificiales» y en 1819 otros avisos dan cuenta de la diversidad de las prácticas, de los conocimientos alcanzados y posiblemente algo puedan decir también acerca de la naturaleza de la demanda, cuando enuncian «Elixir contra el dolor ahorrará de arrancarlos» o «Se recomienda el uso de polvos blanqueadores»

### **El siglo XIX: el difícil proceso de profesionalización y consenso social**

Hasta las últimas décadas del siglo XVIII los escasos médicos graduados, licenciados en medicina o cirugía y una serie de especialistas que oficiaban de paramédicos (sangradores, barberos, sacamuelas, hernistas o ventoseros) integran el mundo de la medicina «sabia».

La oferta de atención a diversos trastornos, malestares y patologías desbordó los intentos de control y se configuró en las primeras décadas del siglo al modo de un mercado, una especie de «zoco» colorido, donde las destrezas requeridas circulaban entre estos curadores-artistas «irregulares» en su mayoría, con inserción en la población.\*

Este pasado artesanal ha dejado huellas en la memoria de una identidad profesional colectiva constituyendo una verdadera y «fuerte» tradición en el modo en que los odontólogos se identifican con lo que consideran «nuclear» en su práctica. Una línea casi sin rupturas puede establecerse hasta la actualidad y queda ejemplificada en este testimonio de uno de los primeros egresados de la FOR:

«La odontología es todo un arte, yo siempre tuve mucha habilidad manual, esa escultura que Ud. ve (indicando la figura de un caballo en bron-

ce) la hice yo,...» (E1, 1995)

Confundidos con los cirujanos pululaban barberos y sangradores, que entre sus prácticas incluían la extracción de piezas dentales. Vale la pena aclarar que recién en el siglo XIX los médicos incorporan a la cirugía como una práctica jerarquizada ya que hasta entonces era considerada una actividad menor. De esta manera se relega a barberos y sangradores la práctica de la «baja cirugía» - donde se puede situar la práctica «dental» - incluyendo sangrías y ventosas.

Todos ellos ejercían su «arte» de modo transhumante con importante influencia y demanda en las poblaciones, y motivaron largas disputas por el mercado con los médicos, quienes utilizaron la acreditación como una bandera de legitimidad de unos y desacreditación de otros.

En este proceso de delimitación territorial, la boca representa una zona que va a demarcar campos: a los médicos se les reserva el ejercicio de una medicina de «lo interno» del cuerpo y queda a su exclusivo cargo la prescripción de medicamentos y otras terapéuticas. Barberos y sangradores se ocuparían de «lo externo» y en lo formal no podrían prescribir medicamentos, ni transmitir «secretos» terapéuticos.

La práctica odontológica funcionaría, en consecuencia, en una zona de competencia con límites confusos entre lo interior y lo exterior, donde lo «sabio» legitimado y lo «popular» excluido se intersectan y se confunden. Esta intersección impulsa a los dentistas acreditados a intentar desvincularse del sangrador y el barbero, difundiendo en medios gráficos y de prensa el conocimiento de la época vinculado al uso de materiales y a la fabricación de dentaduras.

Algunos anuncios, como el que sigue, publicado en el «Diario de la tarde», Bs As. 1832, reafirman el lugar de «facultativo», garantizador de la cura.

«Ocurran al facultativo Carvalho los señores enfermos de dentaduras, donde corre la fama de su trabajo y se encuentra perfecta cura»

Un conjunto de prácticas son difundidas para la captación de pacientes:

«Se ponen dientes, se fabrican nuevas dentaduras, hacen emplomaduras, soldaduras, limpieza, cauterizaciones, composturas»

Los términos utilizados podrían corres-

ponder a cualquier actividad artesanal, lo que contribuye a explicar al menos parcialmente, la intensa desubjetivación con que esta práctica ha construído históricamente su objeto de trabajo.

La lectura de periódicos de la época constituye una fuente fecunda para conocer diversos aspectos de la vida urbana y de cómo la Odontología y su paráctica aparece ambigua, confundida y dispersa en un abanico de prácticas y ocupaciones. \*

«A los cirujanos y dentistas, en la botica de Bevans, se vende una bolsa de instrumentos para dentistas, todos recientemente llegados de Europa de la primera calidad y del mejor fabricante de Londres» ...» en el almacén de G. y Nuttall hay varios instrumentos médicos y lancetas para dientes y para sangrar, llaves para sacar muelas...»

El mismo grupo de dentistas era el que circulaba en el Río de la Plata, en el Litoral y en los países limítrofes, recorrían las ciudades estableciéndose en ellas algunos meses, si tenían suerte se domiciliaban en alguna localidad, otros regresaban a Europa o a EEUU.

La búsqueda de clientes era intensa y variada, de ello dan testimonio los pintorescos anuncios que diversos autores han recopilado:

«...Dentista cirujano ofrece sus servicios al público en su profesión»...» la entrada a su habitación es subiendo por el pasadizo que cae al segundo patio. Esta advertencia es esencial para las personas que deseadas de ocuparse eviten la incomodidad de preguntar a los que habitan abajo, por algunos inconvenientes»

«Aviso al público, José F. Hill, dentista recién llegado de Norte América, con el mayor respeto informa a los habitantes de Montevideo que permanecerá en esta ciudad por tres semanas y se propone asistir a cualquier operación de su facultad. Se lo hallará en la calle de S. Luis, n° 18.

Las aspiraciones de los practicantes de dentistería en las barberías - como el caso de Coquet - era la de adquirir pericia suficiente y alcanzar la autonomía profesional. Logra independizarse y publica en la «Gaceta Mercantil» del 27 de febrero de 1837, un aviso en el que se anuncia como «dentista», y denomina «taller» a su lugar de trabajo: «DENTISTA- Tomás Coquet tiene el honor de ofrecer al público sus servicios en la

parte mecánica de esta facultad: labra, injerta y coloca dientes artificiales; limpia y emploma los naturales. Posee un elixir (agua de Boto), tan admirable por sus efectos, como agradable por su aromático olor y buen gusto, su uso unido al de unos polvos preparados al efecto, mantienen perfectamente limpias las dentaduras, las preserva de corrupción: destruye la carie y fortifica las encías comprimiendo su esponjosidad. Promete a los Sres. que quieran favorecerlo con sus órdenes, servirles con la mayor puntualidad, perfección y aseo, a precios más moderados que los que acostumbran cargarse, haciendo aún mayor equidad a las personas de escasas facultades. Asistirá a casas particulares o en la de su taller, calle del 25 de Mayo N° 24.»

Sin embargo todavía no estaba del todo claro el alcance de cada práctica y hubo quienes obtuvieron reconocimiento para ejercer indistintamente en el ramo de la medicina, cirugía, partos y dentistería.

Los límites de lo legal y lo irregular eran amplios y flexibles, y permitían la coexistencia de múltiples prácticas bajo la protección del clientelismo político. De hecho Coquet, dentista de Rosas, se encontró entre los primeros que utilizan cloroformo como anestésico, lo que estaba reservado según el reglamento del Tribunal exclusivamente a los médicos.\*

A mediados del siglo XIX comienza a diferenciarse la práctica del dentista de aquellos que se anuncian como fabricantes de dientes, que son considerados charlatanes. Sin embargo da la impresión a través de la lectura de los documentos que también en estos casos, el examen - convertido en muchas ocasiones en una tramitación meramente formal - salvaba rápidamente la situación de irregular. Demostrada la pericia, encontramos anuncios como éstos:

«Napoleón Aubanel profesor Dentista, aprobado por la Junta de Higiene Pública de esta capital, renueva al respetable público y particularmente a sus amigos sus servicios en todo lo que concierne su facultad. Un riquísimo surtido de dientes sacados de las mejores fábricas de Francia y América, y un estudio todo particular en la parte mecánica de la dentadura, me asegura la ejecución de cualquier trabajo con toda perfección y solidez.

Para facilitar el pago de su trabajo tomará

cualquier alhaja y chafalonía de oro o plata por su valor, calle Misiones n° 118 esquina que sigue a la Ancla Dorada»

Estos son los primeros indicios de un largo conflicto entre mecánicos y dentistas que pugnarón por obtener ya sea, la desautorización de los primeros, o la subordinación al dentista.

Pululaban diversos ofertantes, algunos se autotitulaban «dentistas norteamericanos», que fueron llamados «charlatanes» por los que reconstruyeron la historia de la odontología, en su mayoría odontólogos.

Es reiterada la descripción de estos curadores, que ofrecían sacar muelas en su carruaje estableciendo distintos precios según el grado de dolor que el cliente pudiera soportar «\$20.- sin dolor, \$10.- con un poco de dolor, \$5.- con un dolor bárbaro». El manejo del dolor tenía que ver con el espectáculo simultáneo que brindaba una banda de músicos con instrumentos de cobre al momento de la extracción, suponiéndose que el sonido distraía a los pacientes o mitigaba los quejidos de los atendidos. Estos verdaderos espectáculos populares provocaron numerosas reacciones de los diplomados, que reclamaban formas de control, pero los esfuerzos no se concretaban: los almaceneros continuaban vendiendo medicinas y los barberos atraían a los clientes exhibiendo como enseña una muela colgante en el exterior.

Durante los primeros años del gobierno de Rosas, en los anuncios se hace patente cómo también los barberos y sangradores se introducen en el ejercicio de la odontología o dentistería ambulatoria. Esta transhumancia les permitía de paso por la ciudad utilizar en beneficio propio la crónica carencia de dentistas diplomados. Esta situación no sólo se da en la campaña o ciudades poco pobladas sino que también en Buenos Aires en el periódico «La Confederación» del 15/11/1851, se anuncia la apertura de la «Barbería Nacional» que entre su publicidad difunde:

«se afeita, se corta el pelo a la moderna, se aplican sangrías, sanguijuelas, y se quitan muelas sin dolor, con destreza, prontitud y aseo»

Hasta las primeras décadas del presente siglo, los curaderos constituyeron un grupo muy numeroso en el arte de curar. Si bien sumamente heterogéneo, a su interior incluía un conjunto de ocupaciones diversas ya que ninguno poseía por

sí mismo una habilitación específica, tal como es el caso de los dentistas. De todos modos, para los médicos representaban una competencia unificada que contribuye a definir - por oposición - su propio campo.

La prohibición del ejercicio no era reconocida ni internalizada por vastos sectores de la población a lo que se agrega la escasez de médicos diplomados; éstos, por el contrario incluían entre los «ilegales» a barberos y sangradores. En el discurso médico de la época la cuestión del curanderismo tuvo una fuerte presencia, ya que la disputa giraba en torno a un mercado potencial.

Si bien los médicos fueron definiendo no sin dificultades su jurisdicción, en el enfrentamiento con los curaderos, el caso de los odontólogos fue más complejo. Estos debieron transitar por una doble disputa que obstaculizó y complejizó la construcción de su propia identidad. Por un lado carecían de legitimidad formal e institucional, y por otro, cuando son incluidos dentro del saber médico en la segunda mitad del siglo XIX, inician un proceso que plantea nuevos problemas: ¿especialidad de la medicina o campo autónomo?.

Es notoria la presión de los médicos diplomados por obtener una clara delimitación de sus competencias y legitimidad política, dado que constituían un grupo escaso y precario en cuanto a su eficacia, en tensión con un conjunto heterogéneo curadores con una fuerte presencia en las representaciones y prácticas colectivas de una población no demasiado numerosa.

Simultáneamente los esfuerzos por alcanzar la habilitación profesional por parte de denominados «irregulares» - curaderos y médicos que no han convalidado su título - advierten sobre la importancia que cobra la legitimación del poder político y el interés por obtener espacios de poder y prestigio.

Fuentes citadas por Cignoli (1955) señalan que el número de dentistas comienza a aumentar a partir de 1852 con la creación de la Escuela de Odontología de Buenos Aires. Se contaba con rudimentarios elementos de trabajo pero fundamentalmente el odontólogo dependía sólo de su destreza manual para aliviar sufrimientos, el relato incluye una descripción minuciosa del clima de inquietud reinante en antecámaras donde llegaban gritos que aumentaban el temor.

El arte ha dejado muestras litográficas al

respecto, entre las que se destacan las de Carlos Pellegrini, que ha documentado a través de la pintura diversos aspectos de la vida cotidiana. En su obra «Minuet» pinta a la dueña de casa en una reunión danzante, disimulando su cara hinchada con un pañuelo doblado al sesgo con un lazo. En otras litografías, el artista recrea esa costumbre terapéutica y son visibles rostros hinchados con emplastos caseros.

A partir de estas expresiones y de otras vinculadas a la literatura, puede pensarse que a mediados del S. XIX el «dolor de muelas», en tanto síntoma, permitía inferir la existencia extendida de patologías orales, en Brasil y Buenos Aires.

### **Legalidad política y legitimidad social: la lucha contra el intrusismo**

Desde fines del siglo XIX, la profesión se va conformando en una lucha permanente contra el intrusismo profesional, lo que convoca y promueve el accionar de las incipientes organizaciones gremiales y científicas. Los odontólogos pelean por el reconocimiento de un espacio profesional propio, apelando incluso a la implementación de medidas represivas contra el intrusismo profesional. Este está representado, por un lado por barberos, sacamuelas, idóneos y más adelante, mecánicos.

Por otro, el debate con la medicina apuntaba dificultosamente a la definición de un campo propio y a la vez de modo ambivalente y contradictorio, la práctica médica era considerada en algunos aspectos un obstáculo para el reconocimiento de la práctica odontológica por parte de la población, creando condiciones poco claras para que la odontología pudiera tener una jurisdicción específica. El reclamo de formas regulatorias del ejercicio profesional al Estado es permanente hasta los años '40 aproximadamente, ya que fueron múltiples las dificultades para obtener una definitiva legitimidad formal y para consolidar un mercado «evasivo» por razones culturales y de accesibilidad económica.

La ética profesional, fue un tema permanentemente invocado, en la lucha contra el curanderismo y frente al accionar de los mecánicos, y se dirigía centralmente a la protección de los odontólogos.

Esta situación y la creación de la Escuela de

Odontología de Bs. As. movilizan un conjunto de actividades tendientes a afianzar la profesión. Atendiendo a esta necesidad aparecen las primeras publicaciones periódicas. De 1898 data la primera publicación editada por la Sociedad Odontológica del Río de la Plata, que con una línea de difusión científica perdura hasta 1928. Durante 1910-1912 se edita el Boletín de la Sociedad Odontológica Argentina, organización que impulsa la creación del Círculo Odontológico Argentino. El mismo edita en 1911 la «Revista Odontológica», que se continúa en la actualidad en la «Revista de la Asociación Odontológica Argentina», con objetivos docentes e informativos.

Revistas de trascendencia en el medio estudiantil y profesional fueron las del «Centro de Estudiantes de Odontología» y la de la «Asociación de Estudiantes de Odontología» (1914 a 1958).

«La Tribuna Odontológica», (1916-1978), fue una revista que marcó época en el periodismo odontológico ya que introdujo un estilo de gremialismo combativo junto a «Federación Odontológica Argentina», que asumen la protección de la jurisdicción profesional.

Otras publicaciones, como «Revista Dental» (1912), «Boletín Dental Argentino» (1919), «El Odontólogo» (1920), «El protésico Dental» (1920), «El Dentista», expresan fundamentalmente el interés por divulgar novedades científicas y técnicas.

La defensa de los odontólogos la asume con fuerza «La Tribuna Odontológica», que aparece en 1916 con un frecuencia mensual. De lenguaje y escritura sencilla, clara, casi coloquial, su tono es de denuncia permanente y comentarios críticos e irónicos que apuntan a proteger y reforzar los derechos de los odontólogos argentinos frente a todo lo que es considerado «intruso», (extranjeros, prácticos, mecánicos). Desde esta tribuna se apoya el accionar de la Sociedad Odontológica Argentina, denunciando el «Convenio sobre el ejercicio de las profesiones liberales» celebrado en el marco del Congreso de Derecho Internacional Privado» (Montevideo 1899), al cual Argentina adscribe. (\*)

La ética es esgrimida con insistencia, en tanto protege un campo para quien tiene credenciales legitimadas, no es la ética de los profesionales y su práctica la que se observa y se

constituye en objeto de comentarios por la prensa odontológica, sino la de los «otros»: «estudiantes inmorales» que «sacan enfermos de las clínicas públicas y mediante engaños los llevan a sus casas, para efectuar servicios odontológicos», entre los que se encuentran dentistas extranjeros, mecánicos y peluqueros.

La clientela que más se disputa está constituida por sectores adinerados: médicos, abogados, comerciantes, «gente chic» y hasta sociedades de socorros mutuos, la competencia se revela verdaderamente feroz y el Consejo de Higiene de la Pcia. de Sta. Fe es denunciado como inoperante y complaciente por la prensa odontológica y por las organizaciones gremiales frente a las irregularidades planteadas. La intención de instalar consultorios en el «barrio de casas alegres» (Pichincha) por parte de algunos odontólogos, es descalificado y desalentado moralmente. Esto encuentra alguna explicación en el hecho que los odontólogos se representan a sí mismos como una élite, aspirando a pertenecer al grupo que constituye la clientela «chic» por la que se compite.

La respuesta de algunos miembros pertenecientes al Círculo Odontológico de Rosario que nuclea a la mayoría de los dentistas (15 «legales»), frente a los «irregulares» cobra ribetes casi grotescos dado que utilizan los mismos recursos de aquellos a quienes recusan. Miembros de esta organización exhibían la siguiente publicidad cinematográfica «La gente chic, concurre al consultorio dental de la calle Salta n°... atendido por los doctores MKM y F.: Extracciones a dos pesos « .

La persecución al ejercicio ilegal tiene visos de verdadera cruzada nacional, editoriales y solicitadas lo anuncian como un combate que convoca al «Círculo Odontológico y la Asociación Dental Argentina» fusionados. Se denuncia que más de un 45 % de los que ejercen en la Capital están en condiciones ilegales, se reclama el cumplimiento de la ley en ejercicio y la represión y castigo para los que la violan. Estos insistentes reclamos, son a la vez llamado a la movilización del conjunto de los odontólogos que más de una vez son caracterizados como pasivos.

Tras cada avance obtenido en cuanto al reconocimiento y legitimación de la profesión, se abren nuevos flancos para los odontólogos

dado que la profesión médica mantiene poderes de legitimación, exclusión y control de ciertas prácticas más allá de que estas cuenten con la acreditación profesional correspondiente. Valga como ejemplo lo que es denunciado con ribetes de ironía «Los odontólogos que desean inscribirse en el Cuerpo Médico Escolar, deben presentar un certificado de buena salud, una comprobación de su título y un testimonio de buena conducta... todo ello certificado por un médico.

### Ensayando un cierre provisorio

Es posible establecer algún tipo de articulación entre los diversos aspectos que participan del proceso de profesionalización de la odontología, desde finales del siglo pasado hasta finales de la década del '20 aproximadamente. Si bien la legitimidad formal de esta práctica necesitó de un vínculo estrecho con la formación superior para el establecimiento de jurisdicciones y para la formación de una identidad profesional, esta formación no tuvo peso en sí misma en lo que hace a la obtención de reconocimiento social.

Una fuerte tradición artesanal por un lado y la continuidad de políticas clientelistas, por otro, fueron capaces de cohesionar un mercado que abarcaba prácticamente al conjunto de la población y de provocar la emergencia de un movimiento gremial, que tuvo hasta alrededor de 1920, mayor presencia en cierta prensa odontológica que en las propias asociaciones.

Durante la década del '30, en el proceso de consolidación académica, emerge el debate con la medicina y simultáneamente se instala un fuerte reclamo gremial y político para ordenar un mercado que vehiculizaba históricamente la resolución de sus problemas hacia un sector no profesional constituido por los «prácticos» de la profesión.

Tanto la consolidación de un nuevo modelo acerca del cuerpo y de los procesos mórbidos que conllevó la apertura de una discusión sobre las relaciones con la medicina, el énfasis puesto en la lucha contra el intrusismo - incluidos los mecánicos dentistas - , como el debate alrededor de los honorarios mínimos y máximos, van dibujando un panorama que avanza en la configuración de una identidad profesional. Identidad, que ha tenido además entre sus obstáculos centra-

les para construirse como tal; tanto en niveles de mayor generalidad, como en el orden de lo singular; a la modalidad de construcción de la relación con el objeto/sujeto de su práctica.

## **Bibliografía general**

- Bagur, D.: "Historia de la Odontología. El siglo XVII", Rev. del Museo y Centro de Estudios Históricos de la Facultad de Odontología de Buenos Aires, Año 9, N° 17, Junio 1994.

- Bourdieu P. et al: "Respuestas, por una Antropología reflexiva", Grijalbo, México 1995.

- Friedson, E.: "Professionalism Reborn", University of Chicago Press, 1994.

- Cignoli, F.: "Precusores de la Odontología", en «Suplemento Odontológico de la Semana Médica» Año II, n° 80. , Bs. As., 1955.

- Cignoli, F.: "Dentistas ambulantes del pasado". Revista odontológica, Vol. 42. Setiembre, 1954.

- "El Nacional", diciembre 1840.

- "El Universal", Montevideo, julio 1832.

- "La Tribuna Odontológica", Año 1, N° 4, diciembre 1916.

- "La Tribuna Odontológica", Año 1, N° 7, Febrero de 1917.

- "La Tribuna Odontológica", Año 7, N° 5, Mayo 1923.

- "La Tribuna Odontológica", Año 7, N° 6, Junio 1923.

# De Ideología y Prácticas

Tróccoli, Silvia\*;Grande, Silvia \*\*;Bersanker, Graciela \*\*\*

## Introducción

El trabajo apunta a reflexionar acerca de las dificultades en la conceptualización de la «discapacidad».

Es un intento de abrirnos a una visión que posibilite despejar algunos mecanismos que dan lugar a una permanente segregación, a un recorte de población que luego se transformará en objeto de estudio e intervención para el saber médico, psicológico, pedagógico, jurídico. Tratamos de detenernos en ese «momento previo» a la constitución del los objetos disciplinarios (de la medicina, la psicología, la pedagogía, etc).

Para ello nos apoyamos en las conceptualizaciones de Michel Foucault que giran en torno a lo que él da en llamar el «biopoder» y de Robert Castell en relación a las categorías de peligrosidad y riesgo en la determinación de población.

La pregunta que nos guía gira en torno a qué lugar, qué espacio se le asigna a la discapacidad y cómo se produce su espacio.

## Historia de la Diferencia

La discapacidad es un tema anudado ideológica, cultural, política y económicamente a los

espacios que una sociedad da a los sujetos para vivir en ella.

La posibilidad de producción de esos espacios estará directamente ligada al margen que una sociedad tenga para convivir con lo diferente. Por lo tanto esto remite a una cuestión político-histórico-ideológica.

La discapacidad no es un concepto de orden científico, en todo caso como plantea Foucault, «cada sociedad genera sus mecanismos de percepción de lo diferente y su modo de tratarlo». Razón por la cual en las descripciones del débil, retrasado, deficiente, lisiado, mutilado, inválido, imbecil, etc., se puede descubrir a nivel del vocabulario y de las imágenes empleadas, la imaginaria social desde donde se la construye.

Luego la medicina, la pedagogía y la psiquiatría intentarán una respuesta distinta acerca de estas diferencias, conteniéndolas en categorías supuestamente científicas que muchas veces terminan reproduciendo este mismo imaginario social del que reniegan.

Estas series a las que hacíamos referencia al intentar caracterizar el problema lo describen y en el momento que lo hacen lo producen como tal, con un sesgo valorizante en términos negativos.

1 - A cargo de la Dirección Municipal para la Inclusión de las Personas con Discapacidad de la Secretaría de Salud Pública Municipal

2- Docente de la Universidad Nacional de Rosario

3- Coordinadora Equipo Técnico de la Dirección Municipal para la Inclusión de las Personas con Discapacidad de la Secretaría de Salud Pública Municipal.

La serie de palabras que categorizan a los discapacitados no solamente remiten a que en ellos hay algo diferente sino que en sí mismas son peyorativas: La diferencia se marca a priori, cualificada.

Si bien esto mismo lo podemos generalizar en relación a la enfermedad y la locura, en el sentido en que ambas pueden ser caracterizadas desde la negatividad, estas aparecen claramente como patrimonio de lo terapéutico. El loco puede ser genial, el deficiente está connotado desde la incapacidad y un conjunto de acciones prácticas se encargarán de él.

Interesante cuestión: la posibilidad de producir saber queda presa del mismo destino del objeto. El objeto es deficiente y el saber se juega en las acciones prácticas. Muy tardíamente intenta adquirir vía la pedagogía un carácter de corpus teórico.

Esto se deriva de una consideración del comportamiento desde el punto de vista de la eficacia, con una pretensión objetivista y una evaluación referida al orden de la naturaleza y la normalidad.

Lo que se oculta tras la deficiencia no es la aparición de lo patológico sino el reino de la desigualdad. Desigualdad que remite a «...una imagen de carrera de obstáculos siempre en términos de inferioridad...» dirá Castel.

En este sesgo valorizante negativo con que aparecen las personas con discapacidad lo que se repite es una caracterización de empobrecimiento, ya sea en lo que hace a las posibilidades en la lucha por la supervivencia o en el plano simbólico.

## **Pobreza y Discapacidad**

No se trata sólo de la coexistencia entre uno y otro «fenómeno» que tornará doblemente dificultosa la búsqueda de respuestas posibles sino de la «coalescencia» entre ambos.

Ya en el siglo XVI según Mollat, se plantea la existencia de umbrales de pobreza, uno de los cuales es el biológico que da paso a la discapacidad o minusvalía. Vives decía « no solamente son pobres los que carecen de dinero, sino cualesquiera que estén privados de fuerza, de salud, de ingenio, de juicio» (de Subventione Pauperum -1526).

Al plantearse la discapacidad como problema social aparece al horizonte el fantasma de la pobreza.

«La política de lucha contra la pobreza se considera como un capítulo de la gestión social de las deficiencias individuales.» planteará Tenti Fanfani.

Nuestra hipótesis es que esta coalescencia está en relación con la teoría que se construye respecto de un problema social, que deviene entonces objeto. Cada teoría devela y oculta algo: el modo en que crea su propio objeto. Este objeto es un producido y productor de discursos.

El campo que se genera al recortar un determinado problema social no es unívoco: confluyen y se excluyen al mismo tiempo diferentes paradigmas (como principios productores de representación). La dominancia de ciertos modos de construcción de problemas en lo discursivo constituye formas mediatizadas que expresan diferentes intereses sociales.

Retomando el planteo acerca de la coalescencia pobreza-discapacidad, intentamos marcar algunos puntos en donde ubiquemos lo común entre ellas:

- en relación al estatuto de sujeto
- en cuanto a la práctica que produce
- en la categoría que funda la comunidad de lo diverso

En primer lugar, en ambos términos el «menos» define el sujeto: es pobre, es discapacitado. Este «menos» se constituye de atributo en definición ontológica, de cualidad en sustancia. Se sustantiva el sujeto, lo cual como veremos más adelante no es sin consecuencias.

En segundo lugar, quien define este lugar de objeto minusválido, generará estrategias de protección con lo cual se otorga el derecho de «hacer algo con el otro» en función de lo que le falta a este otro. Brillante estrategia que confirma lo ya sabido. El otro necesita ser «tutelado», transluciéndose un sesgo moralizante que autoriza la oblatividad tanto en la forma de la caridad privada como de la beneficencia pública.

En tercer lugar, pareciera que esta coalescencia aboga por la primacía de un cierto orden natural. ¿No será precisamente el orden natural la categoría que atraviesa ambos discursos, los

mantiene unidos y cómplices en un encubrimiento mutuo?

Esto es lo que se devela y se oculta al mismo tiempo. Es la teoría que se hace acerca de un problema (como decíamos más arriba). Este orden natural cuando se lo refiere a la pobreza encubre el carácter estructural de ésta, ya sea por ponerlo a cuenta de una responsabilidad individual o de la debilidad moral. Es un fenómeno que afecta a ciertos individuos que no están en condiciones de integrarse al mercado por lo tanto es un objeto que se define a sí mismo y no integra la estructura, justamente encubre su carácter de producto de esa estructura.

Pensar la sociedad desde este orden natural (naturalización) implica excluir estos fenómenos del campo del poder. Retomando Foucault: «la vida misma no es un fenómeno natural, en todo caso significa que la vida y la muerte no forman parte de esos fenómenos naturales, inmediatos, de algún modo originarios o radicales, que parecen ser extraños al campo del poder político...» Que la vida se reduzca a una manifestación biológica es un ejercicio del poder que permite manipularla».

Podemos preguntarnos entonces ¿cómo se ha producido esta gestión de la vida, de lo social, qué los hace aparecer en una dimensión biológica?. Para Foucault la respuesta está en el campo de la biopolítica como tecnología reguladora. Dirá: «...es verdad que el fin es potenciar la vida (prolongar su duración, multiplicar su probabilidad, evitar los accidentes, compensar los déficits), pero, un poder que consiste en hacer vivir ¿cómo puede dejar morir? ...Este ámbito de la vida que el poder tomó bajo su gestión se produce como un continuum biológico que se fragmenta vía el racismo ...El racismo es un modo de establecer una sesura en un ámbito que se presenta como biológico. La función del racismo es fragmentar, introducir sesura en ese continuum biológico que el biopoder inviste.»

Este mecanismo podrá funcionar porque los enemigos que se quiere suprimir no son los adversarios en el sentido político del término, sino «peligros internos y externos para la población» como eliminación de un peligro biológico.

Eso nos retorna al punto de partida, cuando definíamos el lugar de la discapacidad en una sociedad como el margen que esta tenga para

convivir con lo diferente. Si una sociedad maneja las diferencias biologizándolas, genera mecanismos de exclusión que justifican la desigualdad.

El mecanismo del biopoder ha efectivamente prolongado la duración de la vida y multiplicado su probabilidad. Los costos del triunfo de este dispositivo se denuncian en otro lugar. No resuelve el problema de la mortalidad infantil y ha producido nuevas problemáticas que lindan el campo de lo ético. Ya que si bien sobreviven, (con toda la carga que esta palabra tiene) ¿en qué punto esta sobrevivida se trasunta en vida?; ¿qué ocurre con un niño con muy bajo peso, sin control durante el embarazo, que transita por la sala de neonatología con toda la tecnología posible cuando es externado y este dispositivo que le permitió sobrevivir en el mejor de los casos, no abre una nueva estrategia que le permita ser algo más que un sobreviviente?.

La discapacidad muestra el punto de contradicción en este dispositivo, es decir materializa cierta falla. Esto lleva a que sea cada vez más dificultoso definir qué se entiende por discapacidad y qué población comprende. Cada vez más aparece el «discapacitado social» del llamado perfil epidemiológico post-industrial: el Sida, las enfermedades crónicas, degenerativas, como por otro lado los efectos de la desnutrición, el abandono, la violencia...

Retomando la coalescencia pobreza-discapacidad, vía la naturalización, también la discapacidad alude a esta categoría del orden natural, aparece como los que quedan en el camino de la lucha por la supervivencia y adquiere tal peso ese factor de orden natural, esta falla en la naturaleza, que se construye como lo único que explica lo que ocurre.

Esta «falla en la naturaleza» deviene un real. En otros casos, cuando queda ubicada en el lugar de la causa, empobrece y socava la entrada en el orden de la cultura. Con el «exceso» de orden natural se empobrece el sujeto.

Porque en todo caso lo que la discapacidad interroga es la naturaleza misma del orden de lo humano. Interrogación que es objeto de rechazo en la sociedad. El discapacitado pregunta acerca de la constitución del orden humano, de lo no natural. De ahí que naturalizarlo, calma.

La dificultad en la conceptualización de la discapacidad tendrá que ver con la tensión con

lo que se denomina la «naturaleza humana», términos en sí mismo contradictorios.

La discapacidad (como concepto) se convierte en un analizador de esta misma contradicción. Lo que se juega es la pregunta por la esencia propia de lo humano. ¿Qué es ser humano?. Quizá pasar por el otro (otro de la cultura) que lo constituye y lo sanciona como humano. Pero en ese paso que lo hace ser lo aliena, lo condena a ser en relación a otros.

Esta falta de ser del hombre, hace que la pregunta por su esencia sea tan vieja como la humanidad. La pregunta ¿quién soy? no la puedo responder sino en el lenguaje y referida a una serie de blasones, estigmas, identificaciones, que me vienen de otro lugar y de los que me apropio.

¿Por qué hablamos de esto para dar cuenta del concepto de discapacidad?. Porque la discapacidad justamente pondrá sobre el tapete la falta de garantías en las que se constituye el sujeto. Que esa garantía se busque en el orden biológico producirá una duplicación del debilitamiento al excluir al sujeto del orden de la cultura.

La discapacidad anuda un imposible del ser humano, éste al que Freud hace referencia en el Malestar en la Cultura, herida abierta y fuente del sufrimiento: la caducidad, la precariedad de nuestro propio cuerpo condenado a la decadencia y a la aniquilación. Es la pregunta por la vida y la muerte. Incógnita peligrosa, insoportable, a la que la discapacidad nos enfrenta.

Responder a esta pregunta naturalizando la vida le quita el valor de enigma pero nos enfrenta a otro problema, ya que al quedar por definición fuera del orden de la cultura, entonces habrá que «integrarlo», «socializarlo», etc.

## Bibliografía

- Castell, R. «La gestión de los riesgos», Anagrama, Barcelona, 1984.

- Castell, R. y otros. «Materiales de sociología crítica», La Piqueta, Madrid, 1984.

- Foucault, M. «Historia de la locura en la época clásica», Fondo de cultura Económica, Mexico, 1986.

- Foucault, M. «Historia de la sexualidad» Tomo I, Siglo XXI, Mexico, 1987.

- Foucault, M. «La vida de los hombres infames», Nordan, Montevideo, 1992

- Foucault, M. «Genealogía del racismo», Altamira, Argentina, 1992.

- Freud, S. «El malestar en la cultura», Amorrortu, 1979.

# Transmisión Nosocomial de *Acinetobacter baumannii* caracterizada por Métodos Fenotípicos y Genotípicos

Guardati, María Cristina ; Limansky, Adriana ; Sutich, Emma \*; Garcia, M. \*\*; Lesnaberes, P.; Bermejo, Joaquín \*\*\* y Viale, Alejandro\*\*\*\*

## Resumen

*Acinetobacter baumannii* está frecuentemente asociado a infecciones nosocomiales. La investigación epidemiológica producidas por este agente, requiere de metodologías simples, discriminatorias y reproducibles. Si bien técnicas fenotípicas como biotipificación y antibiotipo son comúnmente usadas, la expresión de caracteres fenotípicos, en contraposición a los genotípicos, es afectada por diversos factores. Se caracterizaron 20 aislamientos de *A. baumannii* provenientes de pacientes internados en el Hospital Clemente Alvarez de Rosario entre 1994 y 1996 mediante métodos fenotípicos (biotipificación y antibiograma) y genotípicos [reacción de amplificación al azar del ADN (RAPD, Limansky et. al. Medicina, 55:681-684, 1995)]. Se analizaron los resultados antes y después de varios subcultivos con la finalidad de comparar la estabilidad y sensibilidad de ambos métodos. Se obtuvieron

10 biotipos, 4 antibiotipos y 4 perfiles RAPD antes de los subcultivos. Sólo una cepa conservó el biotipo original luego de los subcultivos. El antibiotipo varió en 3 cepas respecto a los 4 iniciales. Los patrones RAPD no sufrieron modificaciones con posterioridad a los subcultivos, resultando así la metodología más estable. Por otra parte, 15 aislamientos presentaron antibiotipo I con patrón RAPD A, 1 cepa antibiotipo II y patrón RAPD B y otra cepa antibiotipo III y patrón RAPD C, observándose correlación para 17 aislamientos entre ambas metodologías. Sin embargo, un aislamiento presentó perfil RAPD D y antibiotipo I, otorgando mayor poder discriminatorio al método genotípico. Concluimos que la aplicación de dicho método nos permite inferir con mayor confiabilidad la existencia de una probable relación clonal entre los aislamientos obtenidos de 17 pacientes infectados intranosocomialmente.

\* Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario. Suipacha 531. Rosario. Tel. / Fax: (0341) 4350661 Fax: 4390465.

\*\* Departamento Bioquímico. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. Rioja 2051 P.B. Tel.: (0341)- 4802200 int. 134. Rueda 1100. Rosario. Tel.: / Fax: (0341) - 4852599.

\*\*\* Área Infectología del Hospital Clemente Alvarez. Rueda 1100. Rosario. Tel.: (0341) 4802111. Fax: (0341) 4852599.

\*\*\*\* Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario. Suipacha 531. Rosario. Tel. / Fax: (0341) 4350661 Fax: 4390465. Correspondencia: Dr. Alejandro Viale. Tel/Fax: (0341) 4350661 Fax: 4390465 - Email.: amviale@unromb.edu.ar

## Palabras clave

*Acinetobacter baumannii* - transmisión nosocomial - RAPD- métodos genotípicos

## Summary

*Acinetobacter baumannii* is frequently associated to nosocomial infections. Epidemiological studies of this agent require the use of simple, discriminatory and reproducible techniques. Phenotypic methods such as biotyping and antibiogram are commonly used for the characterization of this organism. However, the expression of phenotypic, contrary to genotypic characters, is affected by a number of environmental factors. We characterized twenty *A. baumannii* strains, collected between 1994 and 1996 from patients of Hospital Clemente Alvarez, by biotyping, antimicrobial susceptibility tests and a random amplified DNA assay (RAPD, Limansky et al. *Medicina* 55: 681-684, 1995). The stability and sensibility of these methods were analyzed before and after subculturing the strains.

We observed 10 biotypes, 4 antimicrobial profiles and 4 RAPD patterns before subculturing the strains. After 10 successive cultures, only one strain remained with an identical biotype. Different antimicrobial susceptibility profiles were also encountered in 3 strains. On the other hand, genotyping was more stable since the RAPD patterns were identical after subculturing. Concerning sensibility, 15 isolates presented antibiotype I and RAPD profile A, one strain had antibiotype II and RAPD profile B, and

another strain showed antibiotype III and RAPD profile C, revealing a good correlation between both methods among 17 isolates. However, an isolate showed RAPD profile D and antibiotype I, revealing that genotyping poses a higher discriminatory power.

Thus, the inclusion of the genotyping method allowed us to infer with more reliability a probable clonal relationship among isolates recovered from 17 patients presenting nosocomial acquired infections.

## Key words

*Acinetobacter baumannii* - nosocomial transmission - RAPD - genotypic methods

## Introducción

*Acinetobacter baumannii* es reconocido en la actualidad como un importante patógeno nosocomial, asociado habitualmente a neumonías, meningitis, septicemias e infecciones del tracto urinario (1). Este microorganismo, ampliamente distribuido en el ambiente hospitalario, coloniza la piel del personal y/o pacientes como así también materiales hospitalarios, incluyendo sondas, catéteres, equipos de ventilación, etc. Así, estos se constituyen en probables fuentes de transmisión del mencionado agente (1)(2).

La investigación de brotes de infecciones nosocomiales producidos por *A. baumannii*, la prevalencia de un clon en el hospital o en un sector determinado, el comportamiento del mismo en el tiempo, la identificación de las fuentes,

(1) Bergogne-Bérézin, E. and Towner, K. J. *Acinetobacter* spp. as nosocomial pathogens: microbiological, clinical and epidemiological features. 1996. *Clin. Microbiol. Rev.* 9: 148-165.

(2) Emori, G. T. and Gaynes, R. P. An overview of nosocomial infections, including the role of the microbiology laboratory. 1993. *Clin. Microbiol. Rev.* 6:428-442.

(3) Limansky, A. S., Guardati, M. C., Sutich, E. G., Toresani, I. E., Bogado, I., Joannas, G. y Viale, A. Characterization of clinical isolates of *Streptococcus agalactiae* by random amplified polymorphic DNA using degenerate oligonucleotides. 1995. *Medicina* (Buenos Aires) 55: 681-684.

(4) Maslow, J. N., Mulligan, M. E., Arbeit, R. D. Molecular epidemiology: Application of contemporary techniques to the typing of microorganisms. 1993. *Clin. Infect. Dis.* 17:153-164.

(5) Swaminathan, B and Barret, T. J. Amplification methods for epidemiologic investigations of infectious diseases. 1995. *J. Microb. Methods.* 23:129-139.

(6) Van Belkum, A. DNA fingerprinting of medically-important microorganisms by use of PCR. 1994. *Clin. Microbiol. Rev.* 7:174-184.

permitirían orientar los esfuerzos y recursos destinados a controlar la extensión del brote y establecer normativas más acordes para el control de infecciones (1)(2). Esto requiere de metodologías discriminatorias y reproducibles (3)(4)(5)(6). Técnicas fenotípicas como biotipificación y antibiograma han sido comúnmente usadas para comparar aislamientos de *A. baumannii* (1). Sin embargo, la expresión de los caracteres fenotípicos es afectada por varios factores, entre ellos condiciones ambientales, del cultivo y presión selectiva. En contraposición, métodos basados en marcadores genotípicos, más estables, presentan mayor reproducibilidad y elevado poder discriminatorio (4)(5)(6). El análisis del polimorfismo genómico mediante electroforesis en gel de agarosa (convencional como de campo pulsante) del ADN digerido con enzimas de restricción, así como la ribotipificación, han sido de utilidad para el análisis de aislamientos de *A. baumannii* (1)(2)(3)(4)(6). Sin embargo, la complejidad y el elevado tiempo para la obtención de los resultados limitan el uso masivo de estas metodologías (3)(4)(5)(6).

Recientemente, técnicas basadas en la reacción de amplificación del ADN al azar (RAPD), han sido ampliamente utilizadas por su simplici-

dad y rapidez para la caracterización de distintos aislamientos de un mismo microorganismo (3)(4)(5)(6). En este estudio evaluamos la utilidad y el poder discriminatorio de métodos fenotípicos (biotipo y antibiograma) y genotípicos [una modificación de la metodología de RAPD (3)] para investigar la posible relación clonal de los aislamientos intrahospitalarios de *A. baumannii*. Asimismo, analizamos la estabilidad de marcadores fenotípicos y genotípicos mediante la comparación de los resultados obtenidos con anterioridad y posterioridad a efectuar varios subcultivos de los aislamientos.

## Materiales y métodos

### Cepas bacterianas

Se analizaron 20 aislamientos de *A. baumannii* de pacientes internados en el Hospital Clemente Alvarez de Rosario en el período comprendido desde noviembre de 1994 a noviembre de 1996. Seis de estos eran provenientes de líquido cefalorraquídeo (LCR), 2 de orina, 4 de sangre, 2 de líquido pleural (LP), 2 de herida quirúrgica (HER), 1 de hueso, 1 de lavado bronquioalveolar (BAL) y 2 punta de catéter (PCA).

**Cuadro 1**  
**Caracterización de los 20 aislamientos de *Acinetobacter baumannii***

Nº de aislamiento (a)	Fecha	Código	Origen (b)	Sala(c)
1	nov-94	8265	LCR	4
2	dic-94	8795	Orina	1A
3	dic-94	8808	Orina	4
4	dic-94	8822	LCR	1A
5	mar-95	2339	Sangre	Q
6	abr-95	2390	LCR	1A
7	jun-95	1206	HER	1A
8	jun-95	1259	LP	1A
9	jul-95	2371	LCR	1A
10	ago-95	3289	PCA	1A
11	sep-95	3851	Sangre	1A
12	oct-95	5005	HER	1A
13	nov-95	5922	PCA	1A
14	ene-96	7233	Sangre	1A
15	jun-96	11604	BAL	UTI
16	jun-96	11638	LP	1A
17	jul-96	11959	Sangre	UTI
18	ago-96	12690	Hueso	3
19	oct-96	15034	LCR	UTI
20	nov-96	15971	LCR	UTI

(a) Correspondientes a las líneas 1-8 de fig.1 y líneas 9-20 de fig.3

(b) LCR: líquido cefalorraquídeo; HER: herida quirúrgica; L.P: líquido pleural; PCA: punta catéter; BAL lavado bronquioalveolar.

(c) Q: Sala de Quemados; 1A: Sector 1A; 3: sector 3; UTI: Unidad de Terapia Intensiva.

## Pruebas bioquímicas

Los 20 aislamientos fueron identificados mediante 28 caracteres bioquímicos empleando un sistema automatizado para identificación de bacilos Gram-negativos no fermentadores EM-Ident NF (Diagnóstica Merck). Dichas determinaciones fueron efectuadas antes y después de subcultivar cada aislamiento 10 veces en caldo cerebro-corazón sin el agregado de antibióticos.

## Ensayos de susceptibilidad antimicrobiana

Se analizaron los perfiles de sensibilidad a ocho antimicrobianos por 2 métodos:

1) concentración inhibitoria mínima (CIM) con el sistema automatizado EM-Sens MIC GPN (Diagnóstica Merck)

2) Kirby-Bauer.

Los antimicrobianos ensayados fueron: piperacilina (PIP), aminopenicilinas sulbactam (AMS), cefotaxima (CTX), ceftazidima (CAZ), imipenem (IMP), ampicilina (AKN), gentamicina (GEN), ciprofloxacina (CIP).

Ambos métodos fueron realizados antes y después de subcultivar 10 veces las cepas en caldo cerebro-corazón sin el agregado de antibióticos.

## Preparación de ADN cromosomal

Los aislamientos de *A. baumannii* fueron cultivados a 37°C en caldo LB (7) durante toda la noche. El ADN fue extraído con lisozima y proteinasa K, seguido de tratamiento con fenol (3). Posteriormente la concentración fue cuantificada espectrofotométricamente a 260 nm. La extracción de ADN genómico fue efectuada antes y después de subcultivar 10 veces las cepas en caldo cerebro-corazón sin el agregado de antibióticos.

## Condiciones de la reacción de amplificación del ADN al azar (RAPD)

La reacción fue efectuada en 50 microlitros de volumen final, conteniendo 50 ng de template, 2,5 U de Taq polimerasa (Promega, Madison, EE.UU.), 2 microlitros de cebador, 200 mM de

dATP, dCTP, dGTP, dTTP, 1,5 mM MgCl<sub>2</sub>, 10 mM Tris-HCl (pH 8,4) y 50 mM KCl. La reacción fue efectuada en un termociclador Perkin-Elmer/Cetus 480 empleando los siguientes protocolos:

1) De alta astringencia: después de denaturalizar las muestras a 95°C durante 5 min, se efectuaron tres ciclos de 95°C durante 1 min, 37°C durante 1 min y 72°C durante 30 s, seguidos de 32 ciclos de 95°C durante 1 min, 55°C durante 1 min y 72°C durante 30 s. Posteriormente se efectuó un ciclo de 72°C durante 10 min.

2) De baja astringencia: después de denaturalizar las muestras a 95°C durante 5 min, se efectuaron cuarenta ciclos de 94°C durante 1 min, 36°C durante 1 min 30 s y 72°C durante 2 min; seguidos de 72°C durante 10 min.

Luego de efectuada la reacción, los productos amplificados fueron resueltos mediante electroforesis en gel de agarosa al 1,2 % con 0,5 mg/ml de bromuro de etidio, observados mediante luz U.V. y fotografiados. Los perfiles de amplificación utilizados en este trabajo fueron realizados con el protocolo de baja astringencia, ya que el mismo presentó mejor perfil superior en la identificación de bandas de amplificación.

## Cebadores empleados en la PCR

La secuencia, longitud y número teórico de secuencias totales de los seis cebadores parcialmente degenerados empleados para los ocho primeros aislamientos se detallan en el Cuadro 2. Los cebadores 19 y 5314 se eligieron para el análisis de los 12 aislamientos posteriores.

## Resultados y discusión

Los 20 aislamientos fueron identificados como *A. baumannii* con una confiabilidad del 90-100 % mediante el sistema EM-Ident NF. Los diferentes biocódigos obtenidos se indican en el Cuadro 4. Como se observa en dicho cuadro, se obtuvieron 10 biotipos diferentes antes de los subcultivos. Con posterioridad a los 10 pasajes, si bien todos las cepas fueron confirmadas como *A. baumannii*, solamente uno de ellas conservó el biocódigo original, presentando las 19 restantes cambios o nuevos códigos.

Estos resultados muestran la escasa estabi-

**Cuadro 2**  
**Características de los cebadores parcialmente degenerados utilizados.**

Denominación del cebador	secuencia (1)	longitud (bases)	Número de secuencias posibles
24-mer	GGTCGACYTTN GGRTCAYNA	24	4096
19-mer	GGTCGACYTTN GYNGGRTC	19	128
2N19-mer	GNTCNACYTTN GYNGGRTC	19	2048
5N19-mer	NNNNNACYTTN GYNGGRTC	19	131072
14-mer	GGTCGACYTTN GYN	14	64
5314-mer	GGTCGACYNGG RTC	14	16
(1)N: A,T,C,G;Y:C,T;R:A,G			

**Cuadro 3**  
**Perfil de susceptibilidad antimicrobiana de los aislamientos de Acinetobacter baumannii analizados en este estudio.**

Antimicrobianos ensayados (1)								
Antibiótico	IMP	AMS	AKN	PIP	GEN	CIP	CAZ	CTX
I	S	S	R	R	R	R	R	R
Ia	S	I	R	R	R	R	R	R
II	R	S	R	R	R	R	R	R
III	S	S	S	R	S	S	R	R
IV	S	S	S	R	R	R	R	R

(1) IMP: imipenem; AMS: ampicilina sulbactam; AKN: amicacina; PIP: piperacilina; GEN: gentamicina; CIP: ciprofloxacina; CAZ: ceftazidima; CTX: cefotaxima.

S: sensible; I: intermedio; R: resistente

alidad del biotipo como marcador epidemiológico, si bien el mismo permitió diagnosticar correctamente la especie bacteriana.

El ensayo de susceptibilidad antibiótica efectuado por los métodos EM-Sens MIC GPN y Kirby-Bauer con ocho antimicrobianos distinguió, antes de los subcultivos, cuatro anti-

biotipos (Cuadros 3 y 4), siendo mayoritario el antibiograma I (16/20 casos). Cabe aclarar que el antibiograma IV difiere del I sólo en la sensibilidad a amicacina, sugiriendo la pérdida de plásmidos conteniendo genes de resistencia a este antibiótico. El perfil de sensibilidad posterior a los subcultivos arrojó un patrón de antibióticos lige-

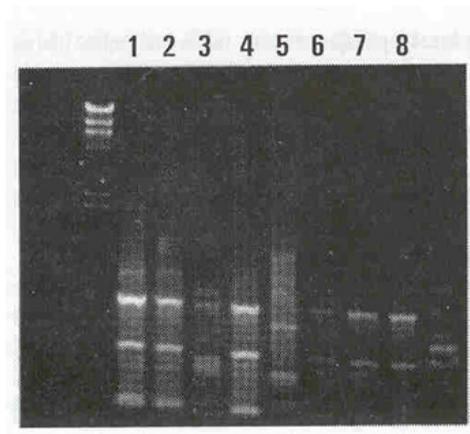
ramente diferente (la) en tres de los aislamientos estudiados, manifestándose en una mayor resistencia a AMS (Cuadro 3). Ambos resultados indican también inestabilidad del antibiótico como marcador epidemiológico.

El ensayo de RAPD fue realizado inicialmente sobre los aislamientos 1 al 8 (Cuadro 1) empleando los seis cebadores mostrados en el Cuadro 2, con el fin de seleccionar el o los cebadores que provean el mayor poder discriminatorio. El uso de cinco oligonucleótidos parcialmente de-

generados de 14- o 19-mer (Cuadro 2) indicó la presencia de tres patrones de amplificación (A, B y C, Cuadro 4) en estos. En la Fig. 1 se muestran los perfiles de bandas obtenidos con el cebador 19-mer. Se observan los mismos perfiles de amplificación para los aislamientos 1, 2, 4, 6, 7 y 8 (correspondientes a las calles respectivas en la misma figura). Como se observa en la Fig. 1, otros dos patrones diferentes presentaron los aislamientos 3 y 5.

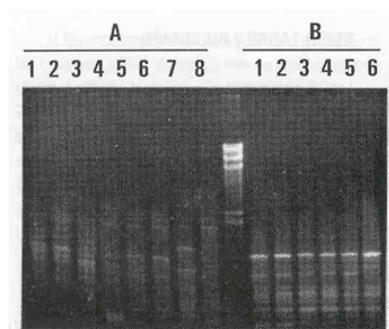
**Figura 1**

**Perfiles de amplificación generados a partir del cebador 19. En las calles 1-8 se observan los fragmentos de ADN (amplicones) correspondientes a los aislamientos 1-8 de *A. baumannii*. En calle de la izquierda se observa el marcador de tamaños moleculares (ADN del fago digerido con HindIII).**



**Figura 2**

**(A) Perfiles de amplificación generados a partir de los cebadores 2N19 (calles 1-4) y 5N19 (calles 5-8) para los aislamientos 3, 5, 6 y 8, respectivamente, de *A. baumannii*. (B) ídem para el cebador 5314 de los aislamientos 1, 2, 4, 6, 7 y 8, respectivamente, de *A. baumannii* (calles 1-6). En la calle central se observa el marcador de tamaños moleculares (ADN del fago digerido con HindIII).**



La Figura 2 A muestra los perfiles de amplificación correspondientes a los aislamientos 3, 5, 6 y 8 obtenidos con los cebadores 2N19 (líneas 1 a 4) y 5N19 (líneas 5 a 8), respectivamente. Como se observa en la figura, los resultados coinciden con los obtenidos con el cebador 19-mer para estas mismas cepas. Para ambos cebadores se observan claramente tres patrones de amplificación diferentes, siendo las cepas 6 y 8 indistinguibles en ambos casos.

La figura 2B muestra idénticos patrones de amplificación para las cepas 1, 2, 4, 6, 7 y 8 con el cebador 5314. Estos resultados coinciden con los obtenidos anteriormente con el cebador 19-mer (Fig. 1).

Es interesante notar que el cebador de 24-mer generó solo dos patrones de amplificación para los 8 aislamientos anteriores, mostrando por ende menor poder discriminatorio. Esto indica la necesidad de ensayar una serie de cebadores diferentes con la finalidad de seleccionar aquellos que brinden una mayor discriminación y perfiles conteniendo un número significativo de

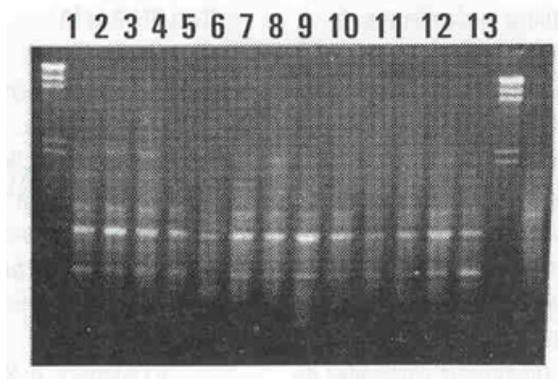
bandas nítidas.

En función de lo expresado anteriormente, seleccionamos el cebador 19-mer (Cuadro 2) para el análisis posterior mediante RAPD de los aislamientos de *A. baumannii* 9 al 20 (Cuadro 1). La Fig. 3 muestra para los aislamientos 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 un perfil de bandas idéntico e indistinguible del observado en la Fig. 1 correspondiente al patrón A. Ello indica la persistencia de un clon determinado de *A. baumannii* durante el período analizado. El aislamiento 13, por otro lado, mostró un patrón claramente distinto (D, Cuadro 4), indicando una fuente diferente de contagio de los anteriores.

En las calles 12 y 13 de la Fig. 3 se muestran los perfiles de amplificación obtenidos para el aislamiento 20, antes y después de los subcultivos respectivos. Como se observa en la figura, los patrones de amplificación fueron idénticos. El mismo resultado se obtuvo para todos los aislamientos luego de los subcultivos (Cuadro 4), demostrando una marcada estabilidad en los marcadores genotípicos.

**Figura 3**

**Perfiles de amplificación generados por el cebador 19. En las calles 1-13 se observan los perfiles correspondientes a los aislamientos 9-20 de *A. baumannii*. La calle 13 corresponde al patrón de amplificación correspondiente al aislamiento 20 posterior a los subcultivos. Las calles laterales corresponden a los marcadores de tamaños moleculares.**



**Cuadro 4**  
**Marcadores epidemiológicos fenotípicos y genotípicos en cepas de Acinetobacter baumannii de origen nosocomial.**

epa	Protocolo	Origen	Biocódigo*	EM-Ident NF	Biotipo*	Antibiótico* (EM-Sens BP y K. Bauer)	Genotipo* (RAPD)
1	8265	LCR	100372400	120776400	1 11	I Ia	A A
2	8795	orina	120376400	100376400	2 5	II	A A
3	8808	orina	120772400	100372400	3 1	II II	B B
4	8822	LCR	100372400	100772400	1 4	I Ia	A A
5	2339	sangre	100372400	100772400	1 4	III III	C C
6	2390	LCR	100772400	100772400	4 4	II	A A
7	1206	herida	100376400	100776400	5 6	II	A A
8	1259	LP	100776400	100772400	6 4	II	A A
9	2371	LCR	100376400	100376400	1 5	II	A A
10	3289	PCA	100776400	120776400	6 11	II	A A
11	3851	sangre	100376400	100776400	5 6	II	A A
12	5005	herida	20376400	100776400	7 6	II	A A
13	5922	PCA	130376000	300376400	8 12	I Ia	D D
14	7233	sangre	100376400	101376400	5 13	II	A A
15	11604	BAL	100776400	100772400	6 4	II	A A
16	11638	LP	120376400	100372400	2 1	II	A A
17	11959	sangre	100366400	100376400	10 5	II	A A
18	12690	hueso	100772400	100376400	4 5	II	A A
19	15034	LCR	100377400	100376400	9 5	IV IV	A A
20	15871	LCR	100372400	100376400	1 5	IV IV	A A

\* La línea superior corresponde al resultado del aislamiento primario. La línea inferior corresponde al resultado obtenido luego de los subcultivos.

Concluimos que: i) sobre un total de 20 cepas analizadas de *A. baumannii*, 15 presentaron antibiotipo I con patrón RAPD A, una cepa mostró antibiotipo II y patrón RAPD B y un aislamiento presentó antibiotipo III y patrón RAPD C, observándose una buena correlación para 17 aislamientos entre ambas metodologías; ii) dos perfiles RAPD claramente distinguibles (A y D) fueron obtenidos en aislamientos correspondientes a un mismo antibiotipo (I), indicando el mayor poder discriminatorio de la metodología genotípica; iii) los dos últimos aislamientos de *A. baumannii*, recuperados de episodios de meningitis entre octubre y noviembre de 1996, presentaron un perfil RAPD A y antibiotipo IV, el cual difiere del I en cuanto a la sensibilidad a la amicacina. Este resultado indica la falta de estabilidad del antibiotipo como marcador epidemiológico; iv) la inestabilidad de los dos marcadores fenotípicos analizados, sumada a la elevada estabilidad y mayor sensibilidad del método genotípico empleado, indica la necesidad de incorporar esta última a los métodos fenotípicos empleados de rutina para estudios epidemiológicos de infecciones nosocomiales. Así, el método genotípico

propuesto nos permitió inferir la existencia de una probable fuente común de *A. baumannii* en 17 pacientes infectados intrahospitalariamente.

## Agradecimientos

Agradecemos a la Dirección del Departamento Bioquímico de la Secretaría de Salud Pública de Municipalidad de Rosario (Dres. Hugo Rozin y Lelio Mangiaterra) por autorizarnos a realizar de este trabajo.

Este trabajo recibió el segundo premio al mejor trabajo científico interdisciplinario 1997 otorgado por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Clemente Alvarez de Rosario.

# Página Literaria

Para nombrar las cosas, las terribles y las otras; las historias pequeñas y las grandes historias...

Para pararse al borde de los ojos y tener otra mirada...

Para revelar las claves que habitan los sueños de los hombres, y que los deshabitan; sus fantasmas, sus miedos y sus dignidades...

Para poder hacer metáfora del dolor, de la muerte y de todo aquello que la Ciencia clasifica, numera o excluye en su discurso...

Para poder trazar estos caminos que son los de todos, es que la poesía toma cuerpo, se hace lugar, pone palabras allí donde hay silencio o enigma. Extiende sus razones mas allá de la razón y la vuelve humana entonces. Devuelve al hombre su condición de hombre y así lo dignifica. Particulariza aquello que solo puede ser generalidad para la Ciencia.

Por eso la importancia de estas páginas en una revista científica, que es casi como decir: la importancia de la estética en la vida de los hombres, en su calidad de vida.

Dra. Adriana Huerta

# Una Mirada al Complejo Demencia del SIDA Borges y el Olvido

Plasenzotti, Leandro (\*)

Pedí una caña de naranja; en el vuelto me dieron el Zahir...

Recorrí, con creciente velocidad, las calles y las plazas desiertas. El cansancio me dejó en una esquina. Vi una sufrida verja de fierro; detrás vi baldosas negras y blancas del atrio de la concepción. Había errado en círculo; ahora estaba a una cuadra del almacén donde me dieron el Zahir.

Noches hubo en que me creí tan seguro de poder olvidarla que voluntariamente la recordaba. Lo cierto es que abusé de esos ratos; darles principio resultaba más fácil que darles fin. En vano repetí que ese abominable disco de níquel no difería de los otros que pasan de una mano a otra mano, iguales, infinitos e inofensivos. Impulsado por esa reflexión, procuré pensar en otra moneda, pero no pude.

Zahir, en árabe, quiere decir notorio, visible; en tal sentido, es uno de los noventa y nueve nombres de Dios; la plebe, en tierras musulmanas, lo dice de "los seres o cosas que tienen la terrible virtud de ser inolvidables y cuya imagen acaba por enloquecer a la gente" [...] En un colegio de Shiraz hubo un astrolabio de cobre, "construido de tal suerte que quien lo miraba una vez no pensaba en otra cosa, y así el rey ordenó que

lo arrojaran a lo más profundo del mar, para que los hombres no se olvidaran del universo"

.... la referencia era a un tigre mágico, que fue la perdición de cuantos lo vieron, aún de muy lejos, pues todos continuaron pensando en él hasta el fin de sus días

.... recuerdo la desesperación cuando comprendí que ya nada me salvaría

...Antes yo me figuraba el anverso y después el reverso; ahora, veo simultáneamente los dos.

Tendrán que alimentarme y vestirme, no sabré si es de tarde o de mañana, no sabré quién fue Borges [...] Ya no percibiré el universo, sólo percibiré el Zahir. Según la doctrina idealista, los verbos vivir y soñar son rigurosamente sinónimos; de miles de apariencias pasaré a una; de un sueño muy complejo a un sueño muy simple. Otros soñarán que yo estoy loco, y yo con el Zahir. (1)

## **Borges, el Zahir, y la imposibilidad de olvidar**

"Pedí una caña de naranja; en el vuelto me dieron el Zahir..."

Pedir una caña de naranja en un almacén:

(\*) Estudiante de la Carrera de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario.

(1) Borges, Jorge Luis, El Zahir, "Borges. Cuentos", editorial Kapelusz, págs. 114, 116, 117, 118, 120, 121.

un gesto cotidiano, sin nada más allá del deseo del vaso de caña. No lleva consigo nada de otro mundo, cualquier día nos encontrará ese vaso de caña en un almacén, rodeado de otros tantos gestos cotidianos: miradas a las mesas contiguas, tarde calurosa, música saliendo de una radio, pagarle al mozo, un teléfono, máquina de café, almanaque colgado, baldosas gastadas \_ sólo que una vez, una sola vez, en ese momento, el vuelto, el Zahir.

Ya no podemos decir que estamos a salvo del riesgo de contraer el SIDA.

No son situaciones extraordinarias las que lo transmiten. Hacer el amor \_ya sea una relación homo o heterosexual-, consumir drogas por vía endovenosa, tener un accidente grave que requiera transfusión de sangre, actos cotidianos, tan comunes como pedir una caña de naranja \_ sólo que una vez, una sola vez, en ese momento, el vuelto, el SIDA. Llevaremos un recuerdo, un resto de ese instante, un zumbido que se transformará en agujero negro.

Ya no se puede hablar de "grupos" de homosexuales, "grupos" de drogadictos. "Grupos": denominación que intenta crear un englobamiento, encerrar bajo la fórmula de la etiqueta a diferentes personas siguiendo una característica.

Los grupos ya están abiertos.

No hace falta "ser drogadicto" para consumir o haber consumido drogas. No hace falta "ser homosexual" para tener o haber tenido relaciones con personas del mismo sexo. R., de 54 años, casado, con tres hijos, contador público nacional, puede ir por las noches en busca de un Taxi-boy, y seguirá siendo R., de 54 años, casado, con tres hijos, contador público nacional. J., 21 años, estudiante de derecho, hija del dueño de una prestigiosa empresa, gusta de salir con sus amigas y probar lo que le vendan, ya sea con humo, polvo o agujas, y seguirá siendo J., 21 años, estudiante de derecho, hija del dueño de una prestigiosa empresa.

El porcentaje de personas que han tenido relaciones homosexuales ocasionales \_o estables, aún teniendo familia- es cada vez mayor. Esto destruye la separación homosexual-heterosexual, ya que un hombre, en una relación ocasional puede contagiarse, y así pasará la enfermedad a su pareja heterosexual, la que puede contagiar a su vez a otro hombre...

Cada vez son más las personas que han tenido experiencias con las drogas, que no son drogadictos y que tienen sus parejas. Una sola vez puede contagiar, y así se rompe la separación drogadicto-no drogadicto.

Los accidentes graves son cada vez más frecuentes, por descuidos, alta velocidad de conducción de automóviles, desinterés...

"Había errado en círculo, ahora estaba a una cuadra del almacén donde me dieron el Zahir."

El paciente comienza a volver a pensar una y otra vez en esa droga, en ese hombre o mujer; vuelve otra vez, y cada vez, a ese sitio, se encuentra sorprendido llegando siempre al mismo lugar. Es el zumbido de una mosca dándole vueltas dentro de su cerebro, ocupando sus pensamientos. Un mensaje que se repite, se repite, se repite: "Soy HIV positivo".

Este es sólo el comienzo, es sólo una molestia; algo extraño que el paciente no sabe de dónde viene, no lo llega a comprender.

"Procuré pensar en otra moneda, pero no pude."

El paciente comienza a notar que no puede olvidar ese mensaje. Trata de ocupar su cabeza con otra cosa, pero resulta siempre imposible.

¿Qué enfermedad puede desplazar al SIDA?  
¿Cuál puede ser peor?

Si bien todos sabemos que algún día vamos a morir, nadie tiene la certeza absoluta, a nadie lo visitó la muerte en persona para decirte que próximamente estaría a su lado.

El zumbido de la mosca ya es insoportable, ya no es una mosca, son mil moscas, dando vueltas, apareciendo en el rostro de los amigos, en el trabajo, en la televisión.

La discriminación sufrida por parte del enfermo de SIDA ayuda a que no logre olvidar su mensaje: "Estoy apartado, tengo una marca: soy HIV positivo". Las moscas ahora son una piedra.

"...Los seres o cosas que tienen la terrible virtud de ser inolvidables y cuya imagen acaba por enloquecer a la gente"

"...recuerdo la desesperación cuando com-

prendí que ya nada me salvaría..."

El paciente ya es totalmente incapaz de olvidar, puede inclusive tener los signos en su piel.

El ya sólo es "un HIV positivo", no más el infectado.

Todo ha desaparecido para él. Sólo existe la certeza de su muerte.

El síndrome demencial ya se ha desarrollado por completo.

La piedra ya es un agujero negro que ha absorbido todo a su alrededor, ha borrado toda su vida, para convertirla en una sola palabra: SIDA.

"Numerosas evidencias sugieren que el sistema nervioso central experimenta modificaciones estructurales y funcionales como consecuencia de las experiencias conductuales." (2)

¿Cómo no desarrollar un síndrome demencial si pensamos todo el tiempo sólo en una cosa, si sólo un rostro se nos aparece, si sólo un sabor sentimos, si siempre hace la misma temperatura, el sol está en el mismo lugar, estamos en la misma habitación \_por años?

De ahí surge la necesidad del olvido. Sólo éste nos podrá salvar de la devastadora acción de la estaticidad.

¿Cómo lograr un olvido creador, un olvido que no actúe como suplente (ya que en ese caso estaríamos en el caso de la enfermedad: olvidarlo todo para recordar el SIDA), un olvido que le permita al paciente crearse una historia, ir la renovando, destruyendo, re-creando, recreando?

El arte aparece en este punto.

El arte como forma de olvido de lo que se es, como forma de ser esa obra que se está erigiendo, como forma de levantar un mundo, (3) como posibilidad de alterarse, ser otro (alter: otro). El arte como forma de alteridad.

Liberarse

Salir de sí

Yo de mí. (4)

Sólo mediante la creación artística el pacien-

te podrá burlarse de su mensaje, podrá olvidar el Zahir. La obra de arte misma será la historia del paciente.

(2) Heidegger, Martin, Caminos de Bosque, Alianza editorial, pág. 37.

(3) Villegas, May, Retorno a la patria, Curso sobre Heidegger, 3-11-97.

(4) Mandell, Enfermedades infecciosas.