

## El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local

The epidemiological approach to health inequalities at the local level

Marcio Alazraqui <sup>1</sup>  
Eduardo Mota <sup>2</sup>  
Hugo Spinelli <sup>1</sup>

### Abstract

*What are the advantages and limitations of epidemiology for decreasing health inequalities at the local level? To answer this question, the current article discusses the role of epidemiology. The hypothesis is that epidemiology produces useful knowledge for local management of interventions aimed at reducing health inequalities, expressed in spaces built by human communities through social and historical processes. Local production of epidemiological knowledge should support action by social actors in specific situations and contexts, thus renewing the appreciation for ecological designs and georeference studies. Such knowledge output and application are also an organizational phenomenon. Organizations can be seen as "conversational networks". In conclusion, strategic and communicative actions by health workers should provide the central thrust for defining new health care and management models committed to decreasing health inequalities, with epidemiology playing a key role.*

*Health Inequalities; Health Management; Public Policy*

<sup>1</sup> Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina.  
<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

#### Correspondencia

M. Alazraqui  
Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús.  
Maza 1966, Ciudad Autónoma de Buenos Aires C1240ADP, Argentina.  
marcioalazraqui@hotmail.com

### Introducción

En los últimos años encontramos en el mundo un aumento de publicaciones sobre desigualdades en salud. Aunque América Latina es considerada la región con las distribuciones de ingreso más desiguales del mundo <sup>1</sup>, se han desarrollado relativamente pocos estudios que muestren la fuerza y características de la relación entre desigualdades socioeconómicas y desigualdades en salud.

A partir de los siglos XVIII y XIX las investigaciones que estudian la relación entre desigualdades sociales y desigualdades en salud empiezan a ser sistemáticas y a subsidiar un soporte a la intervención <sup>2</sup>. Los resultados de estas investigaciones indican que peores condiciones de vida están relacionadas con peores indicadores de salud <sup>3,4</sup>. Más recientemente investigaciones epidemiológicas señalan que incluso en sociedades desarrolladas la mayor diferencia socioeconómica entre grupos poblacionales está relacionada con peores indicadores de salud <sup>5</sup>. La complejidad de estos procesos superó en parte la capacidad de ciertos esquemas explicativos históricos <sup>6</sup>.

Almeida-Filho <sup>7</sup> realizó una revisión de 304 informes de la literatura latinoamericana sobre desigualdades en salud según condiciones de vida y señala las siguientes limitaciones: (a) contienen poca información empírica que pueda orientar las intervenciones; (b) abarcan franjas de edad limitadas y hay una falta de estudios sobre salud de la población adulta en particular; (c)

presentan problemas de diseño, análisis y calidad de los datos; y (d) muy pocos de estos estudios se realizan en el nivel local, incluyendo recolección de datos primarios.

Las políticas económicas neoliberales desarrolladas en Argentina durante la década del 90, con alto nivel de recesión económica y consecuente desocupación, han producido cambios importantes en el perfil socioeconómico de la población. La creciente concentración de la riqueza en grupos reducidos produjo una importante brecha de desigualdades y exclusión social.

En el año 1983 la Organización Panamericana de la Salud organizó en Buenos Aires un *Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología*<sup>8</sup>, que tuvo como propósito: "... revisar la práctica epidemiológica actual en el control de las enfermedades, la evaluación de la salud y la planificación de los servicios, y analizar sus implicaciones para el progreso de la investigación, la capacitación en epidemiología y el desarrollo de los servicios" (p. 221).

En el informe final se presentó un diagnóstico de la situación actual, donde se identificaron problemas y se delinearon perspectivas de desarrollo de la epidemiología en servicios de salud, en investigación y en capacitación<sup>8</sup>. Pasados más de 20 años del seminario mencionado, la epidemiología en Argentina no presenta un desarrollo acorde con las necesidades sociales derivadas del gran deterioro de las condiciones de vida como señalamos.

La epidemiología puede ser útil en diferentes etapas del abordaje de problemas de salud como en el diagnóstico (o identificación de un problema), en la elección de intervenciones (acciones eficaces, efectivas y eficientes), en el seguimiento de la intervención y en su posterior evaluación. En los últimos años la epidemiología presentó avances conceptuales y metodológicos. Entre los avances conceptuales podemos citar las críticas al enfoque de riesgo, los esfuerzos en enfocar la salud no solamente centrada en la enfermedad, la utilización complementaria de métodos cuantitativos y cualitativos, el estudio de desigualdades por espacio social, el rol de los servicios y sistemas de salud, y sus modelos de atención y gestión, y el desarrollo de lo sociocultural. Entre los avances metodológicos se pueden destacar la revalorización de la epidemiología descriptiva y de los estudios ecológicos, el desarrollo de las series temporales, del análisis de niveles múltiples, y análisis georreferencial, así como el empleo cada vez más frecuente de modelos multivariados. Varios de estos avances metodológicos ocurrieron facilitados por el gran desarrollo informático en programas estadísticos y geográficos, como también por la necesidad de enfrentar obstácu-

los epistemológicos hallados en su desarrollo. Los avances conceptuales mencionados necesitan una mayor consolidación empírica a fines de confrontación y mejoría.

La pregunta central de la investigación es: "¿Cuáles son los usos y perspectivas de la epidemiología en la reducción de las desigualdades en el nivel local?". Nuestra hipótesis es que la epidemiología orientada a la identificación de desigualdades en salud en el nivel local produce, al menos, información útil para el desarrollo de intervenciones en la gestión dirigidas a su reducción. Pero si la información no se inscribe en un proceso articulado con el conocimiento, la comunicación y la acción, no hay "actos". La producción de actos debe indefectiblemente relacionar e incluir la problematización del modelo de cuidado, del modelo de gestión, de los sistemas de información en salud y de la concepción de lo social y por ende de las políticas.

A fin de abordar la pregunta de investigación desarrollaremos a seguir: la polisemia que existe en el uso de los conceptos de desigualdad, equidad e inequidad; el concepto de espacio en epidemiología; el interrogarnos acerca de cuál es la epidemiología a aplicar en el nivel local; la articulación entre epidemiología y gestión en el espacio local y una síntesis final que busca contextualizar todo este planteamiento, a la luz de cambios macro que redefinen las políticas sociales y donde lo local es convocado como central en el proceso de eliminación de las desigualdades e inclusión de los excluidos.

### ¿De qué hablamos cuando hablamos de desigualdades? Acerca de la polisemia

En las investigaciones sobre desigualdades se observa una amplia polisemia en torno a los términos utilizados. Diversidad, desigualdad, diferencia, inequidad, e iniquidad se definen de forma variada según el referencial teórico de los autores, y en algunos casos inclusive de forma poco precisa. Una definición muy difundida, y utilizada por organismos internacionales, es la de Whitehead<sup>9</sup> que define inequidad como desigualdades injustas, desnecesarias y evitables. Almeida-Filho<sup>7</sup> (p. 10) propone definir algunos de los términos mencionados de la siguiente forma: "... b) *Desigualdade: Diferenciação com dimensionalidade, na esfera coletiva ou populacional; enquanto 'evidência empírica da inequidade', pode ser expressa através de indicadores. Corresponde ao termo inglês 'inequality'. (...) d) Inequidade: Anglicismo por referência a 'inequity', implica diferenças ou variações sistemáticas, desnecessárias e evitáveis no seio de populações*

*ou agregados humanos. (...) e) Iniquidade: Refere-se a inequidades não só evitáveis mas também iníquas (desleais, vergonhosas e injustas) resultante de injustiça social perante diversidades, desigualdades ou diferenças<sup>8</sup>.*

En las definiciones presentadas se puede observar la semejanza entre el término inequidad de Whitehead<sup>9</sup> y el conjunto de las definiciones de inequidad e iniquidad de Almeida-Filho<sup>7</sup>.

En este trabajo se utiliza la definición de desigualdad de Almeida-Filho<sup>7</sup>. No se utilizó el término inequidad por la mayor polisemia asociada al mismo y por su inexistencia en los idiomas castellano y portugués<sup>7,10</sup>. Se destaca además que la definición de Almeida-Filho<sup>7</sup> considera el término desigualdad como una “evidencia empírica de inequidad” y esto permite una operacionalización del concepto acorde con los objetivos de este trabajo.

### **Espacio y proceso salud, enfermedad, cuidado**

Lugar es un concepto histórico en epidemiología, junto a los de tiempo y personas. El lugar es entendido como la situación geográfica de ocurrencia de enfermedad en las personas en un tiempo determinado<sup>11</sup>. En tanto, los grupos poblacionales a través de su accionar modifican el medio físico en interacción con otros grupos y construyen el espacio social donde habitan. Es decir, el espacio donde habitan las poblaciones es un espacio social construido a través de un proceso histórico. En este sentido el espacio es una expresión de las condiciones de vida de la población<sup>2,12</sup>. Los determinantes involucrados en este proceso de constitución del espacio social son los mismos determinantes presentes en el Proceso Salud, Enfermedad, Cuidado (PSEC)<sup>2</sup>. Estos determinantes se distribuyen de forma diferencial en el espacio, de tal forma que las condiciones de vida y condiciones de salud también tendrán una distribución diferencial que expresan desigualdades sociales y desigualdades en salud.

Existen diferentes concepciones de espacio en la geografía. La geografía tradicional considera el espacio geográfico de forma estática, donde el relieve adquiere la mayor importancia. Por otro lado, Milton Santos<sup>13</sup>, geógrafo brasileño, concibe el espacio en forma dinámica, porque considera la geografía dentro de las ciencias humanas. Este autor considera a la naturaleza de forma “natural” solamente en su origen, mientras el proceso histórico la transforma en “social”.

Santos<sup>14</sup> (p. 51-2) concibe el espacio como: “... *um conjunto indissociável, solidário e também*

*contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá. (...) Sistemas de objetos e sistemas de ações interagem. De um lado, os sistemas de objetos condicionam a forma como se dão as ações e, de outro lado, o sistema de ações leva à criação de objetos novos ou se realiza sobre objetos preexistentes. É assim que o espaço encontra sua dinâmica e se transforma”.*

Esta concepción de espacio es pertinente en la epidemiología, porque aglutina múltiples determinantes del proceso salud enfermedad, cuidado de tal forma que preserva su complejidad<sup>12,15</sup>.

Esta concepción de lo local tiene en cuenta las definiciones de Matus<sup>16</sup> de actor social, escenario y poder. Matus<sup>16</sup> define “actor social” y “situación” de la siguiente forma: “[actor social] *Es una personalidad, una organización o una agrupación humana que en forma estable o transitoria tiene capacidad de acumular fuerza, desarrollar intereses y necesidades y actuar produciendo hechos en la situación*” (p. 744); “[situación] *Es la realidad explicada por un actor que vive en ella en función de su acción*” (p. 764).

“Paisaje” es lo que está fuera de la situación del actor o sujeto y al que sólo se puede contemplar sin intervenir<sup>16</sup>, hasta que se constituya en actor social de esa situación, para lo cual deberá acumular poder<sup>17</sup>. Local se define según el actor, su escenario y recursos de poder, para cada situación específica, lo que queda por fuera es paisaje, y por lo tanto el actor no podrá influir en él, ya que deja de ser actor para pasar a ser mero espectador.

El conocimiento local es un subsidio a la decisión del gestor en relación a las acciones a implementar, y también como sustrato para la evaluación de los resultados. La información del contexto sobre la relación entre salud y desigualdades sociales tiene una utilidad parcial en la gestión local, porque para realizar acciones operativas en ese nivel es necesario conocer el espacio de intervención en sentido estricto. Denominamos información “del contexto” a la información que permite de forma limitada su incorporación al trabajo cotidiano del trabajador de salud<sup>10</sup>. Es decir, esta información tiene una utilidad limitada en la definición de prioridades de intervención, tipo de acciones a implementar (eficaces, efectivas y eficientes), y evaluación posterior de la intervención. Lo que sucede en un espacio local es el resultado de una serie de procesos de ese espacio local, y no de otro, en sus aspectos particulares. La globalización, por ejemplo, adquiere aspectos particulares en lo local y este conocimiento es relevante para la implementación de acciones, o intervenciones,

viables y operativas. Denominamos información útil a toda información que permite de forma directa o indirecta crear un conjunto de acciones estratégicas en el nivel local que enfrenten un problema, en este caso la reducción y/o eliminación de desigualdades en salud. Incorporar conocimiento útil al cotidiano del trabajador de salud tiene como finalidad su utilización en la transformación de la realidad local. El dispositivo propuesto se orienta también a “actuar local y pensar global”. Es decir, no perder lo global sin dejar de pensar en la acción necesaria en mi espacio de lo cotidiano.

Los conceptos de global y local tienen relevancia dentro de la constitución del espacio y por lo tanto resulta necesario superar la dicotomía, es decir, utilizar los términos local y global de forma más dinámica, integrados y opuestos simultáneamente, y no solamente como términos antagónicos. Esta relación entre local y global es lo que algunos autores denominan “glocalidad”. En palabras de Santos <sup>14</sup> (p. 273) “*Cada lugar é, ao mesmo tempo, objeto de uma razão global e de uma razão local, convivendo dialeticamente*”.

También se debe tener en cuenta la relación entre los conceptos “local” y “cotidiano” <sup>4,14,18</sup>, ya que en lo local se expresan las particularidades de la vida cotidiana de los grupos poblacionales. En palabras de Santos <sup>14</sup> (p. 272): “*A ordem local funda a escala do cotidiano, e seus parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contigüidade*”.

¿Qué es el espacio local finalmente? Local no tiene una definición constante, a saber, lo que es local para un actor puede ser global para otro por ejemplo. Esta cierta imprecisión del término “local” tiene como finalidad no perder de vista lo fundamental, que es la producción de conocimiento para la acción en ese nivel. Empleamos el término local referido básicamente a la potencialidad de un conjunto de acciones que tienen un objetivo estratégico y/o comunicacional, y generalmente no a acciones aisladas. Las acciones para que sean viables deben constituirse en un espacio y tiempo definidos. Es decir, pensamos en el gestor como un actor social que al conocer un problema del proceso salud, enfermedad, cuidado y su espacialización tiene la potencialidad de intervenir para evitarlo, reducirlo o resolverlo, ya sea en lo local, en lo global o en lo glocal. Estas intervenciones son colectivas en términos conceptuales, y no intervenciones puntuales. Esto es, no deben tener en cuenta solamente el caso, sino que deben ser acciones orientadas al colectivo.

## ¿Qué epidemiología en el nivel local?

En Argentina, en el nivel local encontramos varios usos de la epidemiología expresados de diferentes formas. Uno de ellos, y predominante, es la vigilancia de enfermedades infectocontagiosas, principalmente las de notificación obligatoria, con datos de validez incierta, sobre todo en cuanto a tendencias históricas. Existen actualmente algunos desarrollos iniciales de vigilancia epidemiológica ampliada donde se incluyen enfermedades crónicas degenerativas, como enfermedades cardiovasculares y tumores, y las muertes por violencias. No se encuentra actualmente en el país experiencias de vigilancia a la salud. La vigilancia epidemiológica relacionada a la salud del trabajador registra y realiza el seguimiento de accidentes de trabajo y enfermedades denominadas “profesionales”, aunque está muy influenciada por una lógica administrativa, principalmente de aseguradoras privadas, y tiene un fuerte subregistro.

En los servicios de salud encontramos, cuando existe, una epidemiología ligada fundamentalmente a la denominada “epidemiología clínica” y la “medicina basada en evidencias”. Los trabajadores de salud utilizan este conocimiento epidemiológico a través de artículos, publicaciones, e informes producidos mayoritariamente fuera del país. Todos los ejemplos mencionados se reducen conceptualmente al marco referencial del riesgo, aunque posiblemente algunos a la teoría del germen. Debido a la importancia que adquieren estos enfoques dentro de los servicios de salud, mencionaremos con más detalle algunas de sus características, ya que consideramos tienen relevancia en el nivel local. En la epidemiología clínica predomina una orientación al nivel individual, y no hacia el colectivo, presentando una serie de limitaciones señaladas por varios autores <sup>4,19,20,21</sup>. Una de las limitaciones de la epidemiología clínica y la medicina basada en evidencias es básicamente que los problemas del PSEC del nivel local no se reducen a problemas clínicos, ni se resuelven solamente apuntando al nivel individual. Por ejemplo, Rose en relación al nivel individual o poblacional, mencionaba la importancia de tener en cuenta la diferencia entre las causas de los casos y las causas de la incidencia <sup>3</sup>.

Barata <sup>19</sup> realiza una crítica a la epidemiología clínica, evidenciando su carácter ideológico y señala la presencia de algunos “mitos” presentes en ella: (a) objetividad – “... o conhecimento científico baseia-se no estudo de fenômenos e fatos objetivos regidos por leis naturais e independentes da vontade e da ação humana” <sup>19</sup> (p. 558); (b) cuantificación – “medir quando for possível medir e

*contar quando não for possível medir*" (p. 558); (c) el desarrollo de la técnica siempre es positivo; y (d) neutralidad de la ciencia (separación entre sujeto y objeto).

Almeida-Filho <sup>4</sup> señala el carácter ideológico de la denominada epidemiología clínica, señalando que toma elementos ya existentes de la epidemiología. El enfoque orientado al individuo genera una contradicción severa con la lógica epidemiológica, cuyo objeto de estudio, de forma simplificada, es el PSEC en el colectivo humano. La epidemiología clínica usa un conjunto de individuos solamente para validar con métodos estadísticos el conocimiento producido. Almeida-Filho <sup>4</sup> destaca también las limitaciones en el enfoque metodológico utilizado por la epidemiología clínica y la medicina basada en evidencias que privilegian determinados tipos de diseños epidemiológicos, como los ensayos clínicos aleatorizados y el metaanálisis, por ejemplo.

Es de destacar la relevancia colocada en el metaanálisis, que implica en términos prácticos a un grupo de "revisores", o "expertos", en un tema que aplican una técnica sobre un conjunto de investigaciones ya realizadas. No realizan ninguna investigación con datos primarios del tema abordado, y "no tienen los costos" derivados de investigaciones que utilizan datos primarios. Es cierto que su función tiene un objetivo de selección ante la proliferación de un volumen de información inabarcable en algunos casos para la actividad clínica, pero no por eso dejan de erigirse como *élite* que decide qué es evidencia y qué no según determinados criterios de validación. Además existe una comercialización en torno a esta producción, donde el acceso es restrictivo debido a factores económicos.

Castiel & Vasconcellos-Silva <sup>21</sup> en este sentido señalan la autocrítica realizada por David Sackett, uno de los principales referentes de la epidemiología clínica y la medicina basada en evidencias, donde éste critica por ejemplo el gran número de expertos...; según Sackett <sup>22</sup> existen más *experts* disponibles de lo que sería saludable.

Dicho de otra forma, algunas orientaciones (teóricas y además hegemónicas) no favorecen la producción de conocimiento fuera de su lógica, limitando las potencialidades del arsenal metodológico de la epidemiología. Esta fragmentación de la realidad no sólo se explica por cuestiones metodológicas, sino también por cuestiones ideológicas como en la elección de un objeto modelo. Esto se expresa además en el nivel local, donde no encontramos estudios a fin de actuar en el nivel poblacional, sino en el nivel individual.

La epidemiología posee un arsenal metodológico amplio y sólido que ha tenido un impor-

tante desarrollo en los últimos años. Los diseños de estudios epidemiológicos se eligen en función de los objetivos de la investigación en cuestión. Consideramos que existen diseños de estudio más adecuados al abordaje de las desigualdades en salud como, por ejemplo, los estudios descriptivos <sup>23,24</sup>, los ecológicos <sup>2,12,25,26,27,28,29</sup>, los de análisis de niveles múltiples <sup>30,31,32</sup>, y los análisis georreferenciales <sup>33,34,35</sup>.

Se destaca que una discusión subyacente en los métodos de abordaje de desigualdades en salud es la oposición frecuente entre métodos cualitativos y cuantitativos. Los métodos cuantitativos y cualitativos son complementarios; son formas de estudio del objeto modelo y su utilización adecuada depende fundamentalmente de la estrategia elegida por el investigador para abordar la pregunta de investigación. Según Minayo <sup>36</sup> (p. 22) "*O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia*". La utilización de métodos cuantitativos, cualitativos y la triangulación metodológica son cada vez más utilizadas en Salud Colectiva <sup>15,37</sup>, así como el surgimiento de dificultades en la articulación entre estas estrategias <sup>38</sup>. Existen nuevas líneas de trabajo orientadas hacia una epidemiología de la salud <sup>4,37</sup> y también a modelos epidemiológicos "causales" más complejos <sup>4</sup>.

La epidemiología es una disciplina única, donde se han identificado en su desarrollo diferentes orientaciones con distintos enfoques teóricos predominantes <sup>4,39,40</sup>. Estos enfoques tienen particularidades en cuanto a paradigmas, teorías, objetos, métodos y usos.

### **Epidemiología y gestión en el espacio local: problemas y caminos**

Entendemos que lo local tiene la mayoría de las veces los problemas y conflictos de los espacios macros, donde a lo sumo, las diferencias son niveles de escala. ¿Por qué entonces la insistencia en lo local? Por lo que ya señalamos, la cuestión de actores y escenarios. Es desde allí donde abordaremos la articulación entre epidemiología y gestión en este apartado, y partimos de la siguiente afirmación: las dificultades que surgen en la aplicación del conocimiento epidemiológico en la gestión se deben buscar también en el interior de las organizaciones.

¿Qué características comunes tienen esas organizaciones responsables de tomar decisiones en salud? Las organizaciones tienen una serie de características que se deben tener en cuenta a



fin de comprender la lógica en que toma decisiones el gestor. Las características más relevantes relacionadas con el tema de la investigación son las siguientes: (a) espacio no exclusivamente racional; (b) espacio de decisión; (c) espacio de acción; (d) espacio de interacción con otros actores; (e) espacio de poder compartido; (f) espacio de resolución de problemas concretos y en el corto plazo; (g) necesidad de capacitación teórica y empírica de los gestores; (h) necesidad de tolerancia estricta a la incertidumbre en el momento de la toma de decisiones; y (i) espacio social donde intervienen las categorías poder y comunicación <sup>41</sup>.

Un concepto fundamental es entender a las organizaciones como estructuras de alta complejidad y con componentes tanto racionales como irracionales <sup>41</sup>. La concepción tradicional que concibe a las organizaciones como estructuras exclusivamente racionales es una de las explicaciones principales del fracaso de la gestión, fundamentalmente por entenderlas como estructuras normativas. En otras palabras, no existe una fórmula única que explique qué hay que hacer, sino que “el qué hacer” se define en cada situación. Esto indica también que no se debe limitar el problema de la articulación entre epidemiología y gestión a aspectos relacionados con la adecuación del conocimiento epidemiológico solamente.

Las decisiones del gestor se establecen y están delimitadas por el juego de fuerzas entre los distintos actores sociales, por la intencionalidad política del gestor, por la modalidad en la toma de decisiones, por la estrategia de comunicación, y por los recursos siempre limitados con que cuenta la gestión (entre ellos el tiempo y la comunicación) <sup>42,43,44,45</sup>. Esta característica de tener que decidir qué acciones desarrollar a fin de resolver problemas concretos, habitualmente en el corto plazo, obliga al gestor a la necesidad de tolerar la incertidumbre en el momento de decidir, y además a priorizar algunas racionalidades sobre otras.

En las organizaciones se presentan problemas relacionados con el poder y con la comunicación <sup>41</sup>. La relación entre poder y comunicación presente en las organizaciones se puede comprender a través del esquema teórico propuesto por Habermas <sup>46</sup> (Tabla 1). Este autor divide la orientación de las acciones en situaciones sociales en dos tipos: estratégicas y comunicativas. Según palabras de Habermas <sup>46</sup> (p. 367-8): “... son las acciones sociales concretas las que pueden distinguirse según los participantes adopten, o bien una actitud orientada al éxito, o bien una actitud orientada al entendimiento; (...) hablo, en cambio, de acciones comunicativas cuando los planes de acción de los actores implicados no se coordinan a través de un cálculo egocéntrico de resultados, sino mediante actos de entendimiento”.

Este esquema de Habermas <sup>46</sup> podemos aplicarlo para identificar problemas en la interfaz entre conocimiento epidemiológico y gestión en términos de poder y/o comunicación. En otras palabras, todos los problemas en las organizaciones no están relacionados solamente con la cuestión del poder. Existen problemas, ¡y cuántos!, relacionados con la comunicación. En todo este planteamiento no pretendemos desconocer el conflicto y el poder como elementos constitutivos de muchos problemas, sino la de negar su exclusividad como conceptos explicativos de las múltiples situaciones que se enfrentan durante el cotidiano en una organización. Así como para la resolución de conflictos no podemos tener como técnica solo la guerra, sino enriquecer nuestra caja de herramientas con otras técnicas como: mediación, negociación, cooptación, etc. <sup>16</sup>, nuestras acciones no pueden estar limitadas exclusivamente al éxito mediante acciones estratégicas. La gestión y la planificación estuvieron centradas fundamentalmente en cuestiones de poder, y muy poco en cuestiones comunicativas. Consideramos necesario y positivo incorporar la dimensión comunicativa sobre todo a nivel local, porque sino el conflicto lleva a una atomización que vuelve casi imposible cualquier acción.

Tabla 1

Tipos de acción en situaciones sociales.

Situación de la acción	Orientación de la acción	
	Acción orientada al éxito	Acción orientada al entendimiento
No-social	Acción instrumental	—
Social	Acción estratégica	Acción comunicativa

Fuente: Habermas <sup>46</sup>.

Para Flores <sup>47</sup>, las organizaciones son “redes de conversaciones” y tiene como referente la teoría de actos de habla que plantearon John Austin y John Searle. Para estos referentes de la filosofía del lenguaje, todo lenguaje es ejecutivo y está constituido en actos de habla que es el módulo básico de las significaciones en un discurso, donde muchas elocuciones no sólo describen la realidad, sino que también tienen un efecto sobre la misma; son la realización de un acto en vez de ser tan sólo un informe de su realización <sup>47,48</sup>. Según Flores <sup>47</sup> (p. 44): “... lo que la gente hace en las organizaciones es hablar y escuchar, por lo tanto si pretendemos comprender la actividad organizacional, debemos comprender los actos de habla y escucha que tienen lugar en las organizaciones”.

Las organizaciones son redes de conversaciones, redes de compromisos lingüísticos, redes de actos de habla. Por lo tanto las organizaciones son fenómenos “políticos”, son el producto de conversaciones <sup>47</sup>.

Los trabajadores de salud en los diálogos dentro de su trabajo cotidiano en una determinada organización, de forma conciente o no, construyen el tipo de organización de la que forman parte, dentro de determinados límites. El incorporar la dimensión comunicación para entender las organizaciones y a su vez proponer una dimensión de entendimiento y no de éxito como lógica política permite dar una línea propositiva en el sentido de lo que este artículo viene desarrollando. Por ejemplo: la epidemiología, como disciplina científica, tiene como productos construcciones lógicas que se expresan en palabras que obedecen a las normas del discurso científico. Entonces podríamos preguntarnos ¿qué dificultades encuentra este “acto de habla” que es el conocimiento epidemiológico dentro de la gestión?, y también ¿cómo se viabiliza la escucha de este acto de habla que es el conocimiento epidemiológico dentro de la gestión? Por otro lado, los productos del conocimiento epidemiológico sobre el PSEC no dejan de ser “elocuciones” y las mismas tienen un efecto de informe, pero también de acto.

El tema de la comunicación lo vemos como necesario no sólo en el campo de la gestión y/o de la epidemiología, sino también en el campo del desarrollo de un Sistema de Información en Salud (SIS). Donde la tradicional secuencia: “dato, información y conocimiento” (DIC) debiera ser reemplazada por la secuencia: “dato, información, conocimiento, comunicación y acción” (DICCA). En la lógica procesual DICCA la construcción de un sistema de información en salud es un proceso dialéctico en el cual se debe tener presente su epigénesis. Esto permitiría construir un marco de trabajo de mayor soporte para la gestión y en cier-

ta manera buscar superar los viejos problemas de los sistemas de información en salud.

La articulación entre epidemiología y gestión también depende de su forma de incorporación en el proceso de trabajo cotidiano de los trabajadores de salud en el nivel local. Entendemos el trabajo cotidiano como determinado en un proceso socio-histórico, potencialmente creativo y socialmente comprometido <sup>49,50</sup>. Hanna Arendt <sup>51</sup> diferencia las formas de vida activa en: labor, trabajo y acción. La labor corresponde a la actividad ligada a las necesidades vitales del cuerpo humano, produce bienes de consumo y puede realizarse sin la presencia del otro; el trabajo se caracteriza porque produce bienes artificiales de uso; y la acción sería la actividad propiamente política. El término acción propuesto por esta autora está muy relacionado con nuestra posición de constitución del sujeto a partir de la recuperación del sentido del trabajo <sup>17</sup>.

Merhy <sup>52</sup>, siguiendo trabajos de Paulo Roberto Mota, afirma que las organizaciones tienen por delante el desafío de desarrollar diseños organizacionales y modelos de gestión cada vez menos burocráticos que le den una plasticidad de tal manera que se constituyan en organizaciones inteligentes capaces de dar no solamente respuestas normativas, sino también creativas. De esta manera, la gestión aparece como campo tecnológico responsable de dicha plasticidad <sup>52</sup> y donde la epidemiología – en tanto productora de información y conocimiento a través de una estrategia de comunicación – debiera ser el principal soporte para la toma de decisiones de un gestor, desplazando de ese lugar a la economía con la finalidad de mantener el criterio de la salud como derecho y no como mercancía.

Según Merhy et al. <sup>53</sup> (p. 121) las tecnologías presentes en el trabajo en salud se clasifican en blandas, blandas-duras y duras, de la siguiente forma: “... leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais)”.

En la redefinición de los modelos juega un rol muy relevante lo que Merhy <sup>50</sup> denomina la micro-política del trabajo vivo en acto en salud, donde intervienen fundamentalmente las tecnologías blandas. Por otra parte, la importancia de las tecnologías blandas en este proceso está muy relacionada con el trabajo cotidiano de los trabajadores de salud.

Debido a la crisis de los modelos de cuidado y gestión vigentes, encarnados predominantemente en el modelo médico hegemónico <sup>54</sup> y en los clásicos planteos de la teoría general de la administración, resulta necesario trabajar sobre dichos modelos también desde lo local, redefiniendo diseños organizacionales, objetivos y procesos de trabajo consecuentes con la capacidad de articulación con una epidemiología útil a la gestión local enfocada hacia concepciones positivas de salud y empeñada en la eliminación de las desigualdades y la exclusión social.

Entendemos que se puede plantear un eje conceptual a partir de los desarrollos teóricos de Habermas, Testa, Matus, Flores, Arendt y Merhy que fundamenta nuestra propuesta de identificación de problemas y caminos en la articulación entre epidemiología y gestión en el espacio local.

### **A modo de cierre y para continuar pensando**

El cotidiano de los trabajadores de salud se caracteriza cada vez más por enfrentar problemas mal estructurados donde lo social aparece como dominante, poniendo en crisis saberes y sus prácticas tradicionales.

El concepto de ciudadanía adquiere relevancia central. El concepto de equidad, desarrollado en países centrales como efecto compensador de la salida de las políticas universalistas de los modelos de Estado benefactor, resulta insuficiente para abordar la situación social de nuestros países, donde no únicamente la desigualdad tiene valores extremos, sino que importantes sectores de la población a veces cercanos a una cuarta parte, está excluida <sup>55</sup>.

Las estadísticas tradicionales y el propio concepto de clasificación quedaron inadaptados, ya que parten del presupuesto de la existencia de diferencias estables entre los individuos y/o grupos. Las singularidades “construidas” por la desigualdad y la exclusión, ya no se adaptan a la lógica tradicional de abordaje de los problemas. Los espacios con sus flujos y los excluidos con su heterogeneidad se presentan como opacidades para las antiguas lógicas. Las palabras y las categorías de uso habitual se presentan como insuficientes para el abordaje de la realidad. Las identidades colectivas por momentos son superadas por cuestiones biográficas. Las Ciencias Sociales acostumbradas a contar y clasificar como forma de dar cuenta de lo social están en crisis frente a las situaciones que se plantean. Para Rosanvallón <sup>6</sup>, la posibilidad de captar lo social está ligada a la posibilidad de despedirse del hombre

medio de Quetelet y del hecho sociológico de Durkheim. Se abren las puertas a nuevos desarrollos y aplicaciones de la epidemiología de lo sociocultural <sup>4</sup>.

En esa línea de pensamiento creemos que se puede resolver el viejo y falso dilema entre políticas de focalización versus políticas de universalización, como dos alternativas excluyentes, falso dilema que se resuelve con el concepto de acción en el espacio. A fin de reducir y eliminar desigualdades y exclusión social deben primar criterios solidarios que definan políticas públicas dirigidas a espacios sociales específicos, basadas en una lógica transversal donde cuente lo social, lo local y lo biográfico <sup>6</sup>.

La propuesta realizada es que a través de la acción local es posible encadenar una lógica procesual DICCA que puede ser sustancial en la reducción de desigualdades en salud. Esto puede derivar en algunos problemas conceptuales teórico-prácticos. Por ejemplo, en la siguiente cuestión, ¿se propone reducir desigualdades sin modificar la estructura social? Está claro que este tipo de desigualdades son producidas a través de procesos histórico-sociales en una sociedad con profundas desigualdades en su interior. Es decir, una sociedad que gesta desigualdades injustas, desnecesarias y evitables; y además no tiene soluciones eficaces para combatir las desigualdades que mantiene y produce. No proponemos terminar con la desigualdad en salud solamente a través de la acción local. Nuestra posición es que las acciones locales en salud están relacionadas con la construcción de ciudadanía, de lucha por los derechos, y que además de intervenir en cuestiones puntuales relacionadas con el proceso salud-enfermedad-cuidado, promueven la participación y el protagonismo social en general. No compartimos la idea de que todo está sobredeterminado macroestructuralmente, de forma tal que los actores sociales no puedan ser protagonistas, aun dentro de su ámbito de trabajo. Nuestra posición es que lo micro refleja la complejidad de lo macro en un nivel de abordaje posible para los trabajadores de la salud <sup>10</sup>. El mayor desafío es la constitución de sujetos sociales que a través de su proceso de trabajo, en un marco democrático, busquen acumulación de poder para introducir cambios en el sector, y a su vez el cambio dentro del sector permita modificar el poder fuera del sector <sup>44</sup>, de tal manera que permita introducir cambios que contribuyan a la disminución de las inequidades en salud. La propuesta está dirigida a desencadenar procesos sociales que modifiquen la situación actual avanzando en la disminución de las desigualdades en nivel local.



## Resumen

*Para responder la pregunta ¿cuáles son los usos y limitaciones de la epidemiología en la reducción de las desigualdades en el nivel local? se problematiza el "papel" de la epidemiología. La hipótesis es que la epidemiología produce conocimiento útil a la gestión en el nivel local para el desarrollo de intervenciones dirigidas a la reducción de desigualdades en salud. Estas desigualdades se expresan en un espacio construido por colectivos humanos en procesos sociales e históricos. La producción de conocimiento epidemiológico en el nivel local debe estar orientada a dar soporte a las acciones de un actor social en situación y en un determinado escenario. Por eso se revalorizan los estudios ecológicos y la georreferencia. Esta producción y aplicación de conocimiento es también un fenómeno organizacional. Se entienden las organizaciones como "redes de conversaciones". Se concluye que las acciones estratégicas y las acciones comunicativas de los trabajadores de salud deben constituirse como eje central en la definición de nuevos modelos de cuidado y de gestión comprometidos con la reducción de desigualdades en salud, donde la epidemiología cumple un rol relevante.*

*Desigualdades en la Salud; Gestión en Salud; Política Social*

## Colaboradores

Todos los autores participaron de la idea central del artículo. M. Alazraqui escribió la primera versión, la cual recibió contribuciones originales de los otros autores, E. Mota y H. Spinelli. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

## Referencias

- Alleyne GAO. En busca de la equidad. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
- Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 7-30.
- Organización Panamericana de la Salud. El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1991.
- Almeida-Filho N. La ciencia tímida – ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2000.
- Wilkinson R. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London: Routledge; 1998.
- Rosánvallón P. La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia. Buenos Aires: Ediciones Manantial; 1995.
- Almeida-Filho N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografía anotada. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999. (Serie Documentos Técnicos).
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Usos y perspectivas de la epidemiología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1984. (Publicación PNSP 84-47).
- Whitehead M. The health divide. In: Townsend P, Davidson N, Whitehead M, editors. Inequalities in health. London: Penguin; 1988. p. 215-356.
- Spinelli H, Urquía M, Bargalló ML, Alazraqui M. Equidad en salud: teoría y praxis. In: Spinelli H, organizador. Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 247-77.
- Czeresnia D, Ribeiro AM. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. Cad Saúde Pública 2000; 16:595-605.
- Costa MCN, Teixeira MGLC. A concepção de "espaço" na investigação epidemiológica. Cad Saúde Pública 1999; 15:271-9.
- Santos M. Território e sociedade. 2ª Ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2001.
- Santos M. A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
- Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 31-75.
- Matus C. Política, planificación y gobierno. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1987.
- Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.
- Testa M. Saber en salud: la construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
- Barata RB. Epidemiologia clínica: nova ideologia médica? Cad Saúde Pública 1996; 12:555-60.
- Almeida-Filho N. A clínica e a epidemiologia. 2ª Ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.

21. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR. Precariedades del exceso: información y comunicación en salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
22. Sackett DL. The sins of expertness and a proposal for redemption. *BMJ* 2000; 320:1283.
23. Barata RB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Rev Saúde Pública* 1997; 31:531-7.
24. Rouquayrol MZ, Barreto ML. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N, organizadores. *Epidemiologia & saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora; 2003. p. 83-121.
25. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *Am J Public Health* 1996; 86:668-73.
26. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996; 86:674-7.
27. Morgenstern H. Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods. *Annu Rev Public Health* 1995; 16:61-81.
28. Piantadosi S. Invited commentary: ecologic biases. *Am J Epidemiol* 1994; 139:761-4.
29. Universidad Nacional de Lanús/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación/Organización Panamericana de la Salud. Atlas de mortalidad de Argentina: trienios 1990-1992/1999-2001 [CD-ROM]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
30. Diez Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health* 2000; 21:171-92.
31. Diez Roux AV. A glossary for multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:588-94.
32. Diez Roux AV. Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel. In: Spinelli H, organizador. *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 83-100.
33. Carvalho MS, Cruz OG. Análise espacial por microáreas: métodos e experiências. In: Veras RP, Barreto ML, Almeida-Filho N, Barata RB, organizadores. *Epidemiologia: contextos e pluralidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO; 1998. p. 79-89.
34. Spinelli H, Alazraqui M, Calvelo L, Arakaki J. Mortalidad infantil un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos Aires en 1998. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2000.
35. Spinelli H, Alazraqui M, Macías G, Zunino G, Nadalich JC. Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: una mirada desde el sector salud. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
36. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 1994.
37. Samaja J. Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
38. Minayo MCS. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:97-107.
39. Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
40. Susser M. Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en las ciencias de la salud. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1991.
41. Motta PRM. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Record; 2002.
42. Mota E. Algumas reflexões sobre o papel da informação da comunicação social em saúde no processo decisório. Novos passos para a informação e comunicação em saúde. In: Rede IDA-Brasil, organizador. *Informação e comunicação social em saúde*. Brasília: Fundação Kellogg/Organização Pan-Americana da Saúde; 1995. p. 59-60. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 15).
43. Mota E. Informações em saúde para a gestão do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7: 637-9.
44. Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud). 2ª Ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
45. Teixeira CE. O futuro da prevenção. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
46. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa: I. Racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Taurus Humanidades; 1999.
47. Flores F. Creando organizaciones para el futuro. 5ª Ed. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones; 1997.
48. Searle JR. Actos de habla: ensayo de filosofía del lenguaje. 3ª Ed. Madrid: Ediciones Cátedra; 1990.
49. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. O método da roda. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.
50. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
51. Arendt H. A condição humana. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
52. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 71-112.
53. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 113-50.
54. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. In: Basaglia FEA, organizador. *La salud de los trabajadores: aportes para una política de la salud*. México DF: Nueva Imagen; 1978. p. 11-53.
55. Spinelli H. Condiciones de salud y desigualdades sociales: historias de iguales, desiguales y distintos. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 315-32.

---

Recibido el 10/Ene/2006

Aprobado el 02/Jun/2006