

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
SAN PATRICIO DE IRLANDA DEL NORTE.**

LEY N° 3.739



**Tesina para obtener el Título de Magister en
Administración Hospitalaria.**

TÍTULO:

Perfil epidemiológico, necesidades y comportamiento de la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015.

Autora:

Lorena Alarcón.

Tutor Metodológico:

Mg. Fidel Fleitas.

**ÑEMBY - PARAGUAY
2.015**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
“SAN PATRICIO DE IRLANDA DEL NORTE”

LEY Nº 3.739



DEFENSA DE TESIS

HOJA DE EVALUACIÓN

Evaluadores

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Alumna:

1. Lorena Alarcón.

Calificación

“A veces creemos que lo que hemos logrado es sólo una gota en el océano, pero sin ella el océano estaría incompleto.”

- Madre Teresa de Calcuta.

DEDICATORIA.

A mis familiares y amigos.

AGRADECIMIENTOS.

- ***A Dios, a mi familia, mis profesores y mis amigos:***

- Por guiarme en todo momento y proveer sabiduría, por el apoyo incondicional y por la paciencia y comprensión durante este largo camino.

- Espero que en el futuro pueda seguir compartiendo con todos el camino de la vida.

Índice de contenidos.	
• Portada.	I
• Hoja de Evaluación.	II
• Pensamiento.	III
• Dedicatoria	IV
• Agradecimientos.	V
• Resumen	VIII
• Abstract	IX
1. Introducción.	1
1.1. Planteamiento del Problema.	3
1.2. Justificación de la Investigación.	5
2. Objetivos.	6
3. Marco Teórico.	7
3.1. Generalidades.	7
3.2. Marco conceptual.	8
3.3. Análisis de la situación de salud.	10
3.4. El análisis de los factores condicionantes.	11
3.5. El análisis del proceso salud enfermedad.	12
3.6. El análisis de la respuesta social a los problemas de salud.	13
3.7. Carga global de enfermedad.	15
3.8. Determinantes, factores de riesgo, factores protectores y daños a la salud.	17
3.9. La Epidemiología.	19
3.10. Historia de la Epidemiología.	23

3.11. Las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional. El contexto global y de América Latina y El Caribe.	29
3.12. Sistema de Salud de Paraguay.	32
3.13. La Población como fuente de datos.	35
3.14. Vigilancia Epidemiológica.	39
3.15. Los cuidados de salud no pertenecen a la medicina, sino a los derechos humanos.	40
3.16. Enfermedades de la sociedad moderna.	43
3.17. Principales riesgos sanitarios en Paraguay.	45
3.18. Vigilancia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Paraguay.	47
4. Diseño Metodológico de la Investigación.	51
4.1. Tipo de Estudio.	51
4.2. Universo de estudio.	51
4.3. Muestra.	51
4.4. Obtención y procesamiento de los datos.	51
4.5. Análisis y discusión de los datos.	51
4.6. Conclusión.	51
5. Análisis y discusión de los resultados.	52
6. Conclusiones.	63
7. Recomendaciones.	65
8. Referencias Bibliográficas.	66
9. Anexos.	68

RESUMEN.

El fomento de la salud debe dirigirse hacia dos vertientes fundamentalmente: una dirigida a controlar los factores determinantes y otra a identificar los individuos susceptibles de riesgo para ofrecerle protección individual. Los indicadores de nivel comunitario pueden ser útiles en las evaluaciones de la comunidad para varios propósitos. Con el presente trabajo se tiene el objetivo de analizar el perfil epidemiológico, las necesidades y el comportamiento de la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015. El estudio realizado es descriptivo, experimental, prospectivo, con metodología cualitativa y cuantitativa. Se tomó como muestra el 15% de la población enfocada, se realizó un muestreo aleatorio simple. Fueron incluidos los registros de 1781 consultas realizadas a la población de cobertura de la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015. Todas las consultas estudiadas comparativamente aumentaron su cobertura según el análisis de nuevos casos atendidos. Las adicciones que manifestaron los encuestados estuvieron por debajo del 50% de incidencia en todos los casos. Casi la mitad de los miembros de la comunidad de San Estanislao se automedican, de los que utilizan los servicios médicos, la gran mayoría asiste al centro de salud, otros al Hospital Regional y la minoría lo hace en IPS o servicio privado. Los motivos más frecuentes por los que las personas de la comunidad no asisten a las instituciones de salud son: falta de infraestructura y lejanía de las instalaciones; y falta de recursos propios para movilizarse hasta los lugares de atención. La minoría refirió una atención deficiente o ausente en algunos casos. Las escuelas y colegios son la mayor fuente de información sobre salud sexual y reproductiva, seguidos de la televisión y las charlas o talleres desarrollados en el entorno comunitario. Los adolescentes son el grupo que mayoritariamente se piensa deben asistir a las charlas y talleres desarrollados, seguidos de los padres de familias y los profesores de la comunidad. Entre los temas de más interés se encuentran la planificación familiar, la sexualidad y las adicciones. Se mencionan también como temas de interés las ITS-VIH/SIDA, la violencia doméstica y los agrotóxicos.

ABSTRACT.

The health promotion should be directed primarily towards two aspects: one aimed at controlling the determinants and identify other risk individuals susceptible to provide individual protection. The community-level indicators can be useful in the evaluation of the community for various purposes. With the present work aims to analyze the epidemiological profile, needs and behavior of the community of San Estanislao, Distrito de General Delgado, during the first half of 2015. The study is descriptive, experimental, prospective, qualitative and quantitative methodology. Was sampled 15% of the targeted population, simple random sampling was performed. We included 1781 records consultations with the population coverage of the community of St. Stanislaus, District General Delgado, during the first half of 2015. All inquiries studied comparatively increased their coverage under the analysis of new cases seen. Addictions respondents who reported were below the 50% incidence in all cases. Almost half of the members of the community of San Estanislao self-medicate, using the medical services, the vast majority attending the health center, the Regional Hospital and other minority does IPS or private service. The most common reasons why people in the community do not attend health institutions are: lack of infrastructure and remoteness of facilities; and lack of own resources to be mobilized to the point of care. The minority referred attention deficient or absent in some cases. Schools and colleges are the largest source of information on sexual and reproductive health, followed by television and lectures or workshops held in the community setting. Teenagers are the group mostly they think should attend lectures and workshops developed, followed by parents of families and teachers of the community. Among the topics of most interest are family planning, sexuality and addiction. Also they mentioned as topics of interest STI-HIV / AIDS, domestic violence and pesticides.

1. INTRODUCCIÓN.

El fomento de la salud debe dirigirse hacia dos vertientes fundamentalmente: una dirigida a controlar los factores determinantes y otra a identificar los individuos susceptibles de riesgo para ofrecerle protección individual.

El estado de Salud de las poblaciones y los factores que lo condicionan y determinan son factibles de conocer a través de los registros estadísticos establecidos, de las encuestas realizadas en las poblaciones, de investigaciones, de entrevistas a líderes formales e informales, revisiones documentales y por monitoreo del comportamiento de enfermedades, factores de riesgo y manifestaciones.

El Análisis de la Situación de Salud es tema imprescindible en la formación de los profesionales de la salud que tiene a su cargo la salud de un grupo de población y requiere de un instrumento para la identificación y solución de problemas y que debe utilizar parcial o total el personal encargado de mejorar el estado de salud de la población, pertenezca o no al sector salud.

Los fenómenos de salud especialmente considerados desde una perspectiva poblacional, resultan de la más alta complejidad porque en ellos operan e interactúan de manera simultánea, variables correspondientes a distintos órdenes de la realidad, desde los procesos biológicos hasta las complejas estructuras de la cultura y las relaciones sociales.

El concepto de “diagnóstico de salud” aparece en la literatura científica en la década del 50 para referirse al estudio del nivel de salud de una comunidad. La Organización Mundial de la Salud, en 1957, dio a conocer un informe de un estudio sobre la medición

del nivel de salud, recomendando el uso de determinados indicadores sanitarios para la comparación entre países.

En resumen, es un proceso en que se diagnostican problemas y se explican las causas que los producen conjuntamente con otros sectores y la comunidad, para darle solución a los mismos a través de estrategias de intervención y programas apropiados.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

En toda sociedad existen comunidades con familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Esta vulnerabilidad es el resultado de diferentes características que interactúan: biológicas, genéticas, psicológicas, ambientales, sociales, económicas, etc. y que le confieren un riesgo particular. Las mujeres embarazadas, los niños, las personas de edad avanzada, los migrantes y los grupos con pocos recursos son algunos ejemplos.

Los tiempos actuales se caracterizan por los efectos de muchos objetos resultantes de la vertiente tecnológica propiciada por la ciencia moderna, a partir de sus cánones de racionalidad. Sin embargo, somos testigos de que la racionalidad no aporta obligatoriamente certeza, consistencia, confianza, tranquilidad.

La disponibilidad de herramientas de modelado y simulación y el gran énfasis dado a las técnicas estadísticas prospectivas, parecen ser manifestaciones emblemáticas de ese estado de cosas, como resultado de la búsqueda de satisfacción de una necesidad o como síntoma del espíritu de una época vertiginosa.

El riesgo en epidemiología equivale a efecto, probabilidad de ocurrencia de una patología en una población determinada, expresado a través del indicador paradigmático de incidencia.

La evaluación e interpretación del impacto de los riesgos para la salud no resulta fácil, debido a la complejidad que revisten la obtención y la interpretación de datos

probatorios sobre los riesgos y sobre su relación causal con las enfermedades y discapacidades a nivel poblacional.

El marco de evaluación comparativa de riesgos usado en el informe Global health risks constituye el esfuerzo global más amplio e interdisciplinario realizado hasta ahora para abordar esos desafíos. Combinados con información sobre las intervenciones, su costo y su eficacia, los resultados del informe son una valiosa aportación para formular medidas de política.

1.2. JUSTIFICACIÓN.

El estudio de poblaciones permite obtener la probabilidad de que un evento o daño a la salud ocurra en un lugar y periodo determinado, por eso se dice que el riesgo se expresa frecuentemente como una tasa. Si el riesgo que tiene una mujer, de morir durante el embarazo, parto o puerperio fuese de 18 x 100,000 (tasa de mortalidad materna), en un lugar y período determinados, se estaría diciendo que 18 mujeres mueren por causa materna por cada 100,000 nacidos vivos en ese lugar y periodo.

Los indicadores de nivel comunitario pueden ser útiles en las evaluaciones de la comunidad para varios propósitos. Por ejemplo, una valoración para identificar los asuntos y los problemas de la comunidad, puede apoyarse en indicadores tales como las incidencias de una enfermedad o condición médica tanto en toda la comunidad como en un grupo particular étnico o geográfico.

Los indicadores de nivel comunitario también pueden proporcionar información sobre los efectos de los proyectos e iniciativas de la comunidad.

Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho. Pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente.

Los factores que influyen en la cobertura de los servicios de salud y que pueden ser modificados por el enfoque de riesgo son: la disponibilidad, el acceso y la aceptabilidad.

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Analizar el perfil epidemiológico, las necesidades y el comportamiento de la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la población de área de cobertura en la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015.
- Conocer las características del perfil epidemiológico de la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015.
- Identificar las necesidades actuales según las manifestaciones de la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015.
- Identificar los comportamientos de la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, según las manifestaciones de la población, durante el primer semestre del año 2015.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Generalidades.

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, hay que palpar y visibilizar las condiciones sanitarias que definen a la población, para documentar las tendencias, los logros obtenidos, la agenda pendiente y los nuevos desafíos en el abordaje del tema de su salud.

Es importante identificar la magnitud de los problemas de salud integral, cómo han evolucionado en años recientes, cuáles son los nuevos grupos en riesgo, y cuál es su entorno socioeconómico, cultural y territorial.

En tal sentido, el perfil permitirá conocer las características del grupo en relación a otros grupos, y definir los parámetros y prioridades de la respuesta social organizada, tanto en términos de los lineamientos político-estratégicos, el compromiso financiero con ese marco y las decisiones técnicas y de organización que se deban tomar para lograr los cambios.

El estado de salud, habitualmente se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad. Es importante considerar, sin embargo, que un análisis integral del perfil de la morbilidad incluye no sólo a las enfermedades, sino también a otros

problemas de salud como aquellos que afectan la salud mental, los accidentes de tránsito, la violencia, la drogadicción, entre otros.

En el caso de los países subdesarrollados, el perfil de la morbilidad expresa además la condición de pobreza y los bajos niveles de desarrollo del país. Por lo tanto los problemas de salud que lo aquejan son propios de un país poco desarrollado y están relacionados con su evolución demográfica, las condiciones de vida de la población y el desarrollo de los servicios de salud.

3.2. Marco conceptual.

- **Epidemiología:** Parte de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

- **Epidemiología Analítica:** Parte de la Epidemiología que se ocupa del estudio de los determinantes de las enfermedades. Su principal característica radica en la utilización de un adecuado grupo de comparación o grupo control.
- **Perfil Epidemiológico:** El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción

requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

- **Salud:** La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia. Una definición más dinámica de salud podría añadir que es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.
- **Natalidad:** Número de personas que nacen en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.
- **Mortalidad:** Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.
- **Morbilidad:** Reporte de causas de consulta a los servicios de salud en puestos, centros de salud y Hospitales, permiten orientar las intervenciones y establecer prioridades. La calidad de los datos es una limitante para la utilización de la información, el sesgo de información es mayor que en la mortalidad.
- **Atención en Salud:** Se relaciona con el gerenciamiento de la asistencia (cuidados, tratamientos, promoción, vigilancia y rehabilitación a la salud con bases éticas, técnicas y humanísticas).
- **Enfermedad Infecciosa:** Es la que deriva de la presencia de un agente infeccioso sea transmisible (ejemplo: sarampión) o no (ejemplo: infección urinaria). Muchas veces se incluyen en este grupo las enfermedades ocasionadas por productos de los agentes infecciosos (toxinas), como por ejemplo, el botulismo o la diarrea por toxina estafilocócica.

- **Enfermedad Transmisible:** Enfermedades producidas por agentes infecciosos o sus toxinas que llegan a un individuo susceptible por transmisión desde otro individuo infectado, animal o reservorio.
- **Administración en salud:** La administración en salud o administración sanitaria es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud, medio ambiente, recursos naturales, saneamiento básico urbano y rural, innovación tecnológica, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos.

3.3. Análisis de la situación de salud.

El análisis de la situación de salud (ASIS), es un proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, con el fin de identificar necesidades y prioridades en salud, los cuales son de utilidad para la definición de intervenciones y estrategias.

La disponibilidad de datos válidos y confiables es condición indispensable para el análisis y evaluación objetiva de la realidad sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud.

La búsqueda de medidas objetivas que permitan la caracterización de la situación de salud ha ido variando conforme el concepto de salud lo ha hecho. Así desde los trabajos de William Farr en el siglo XIX era práctica común en la salud pública y

especialmente en la epidemiología, la medición de la mortalidad y supervivencia, para a partir de ellos realizar la descripción y el análisis de la situación de salud.

Posteriormente, el concepto de salud fue evolucionando y con ello se comenzó a reconocer la necesidad de considerar otras dimensiones del estado de salud. En consecuencia se ha hecho necesario medir además otros aspectos como la morbilidad, discapacidad y determinantes no biológicos de la salud como el acceso a los servicios, la calidad de atención, las condiciones de vida, factores ambientales, entre otros, que permitan un análisis objetivo de la situación de salud.

La nueva concepción de salud obliga a pensar que ésta es el resultado de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. Por ello el análisis de la situación de salud debe considerar tres componentes principales:

1. El análisis de los factores condicionantes.
2. El análisis del proceso salud-enfermedad.
3. El análisis de la respuesta social.

3.4. El análisis de los factores condicionantes.

Principalmente se basa en la descripción y análisis de la situación demográfica y socioeconómica de la población. Su fundamento se basa en lo que se conoce como “estilo de vida”, que viene a ser el comportamiento individual sostenido que está vinculado con los patrones sociales y culturales de residencia que explican un proceso de salud-enfermedad determinado. Comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. Asimismo, la interrelación de la población con el

medioambiente es especialmente evidente en el caso de las enfermedades transmisibles.

3.5. El análisis del proceso salud enfermedad.

El método más utilizado para la caracterización de los problemas de salud en la población es el de la estimación de los indicadores de morbilidad y mortalidad. El análisis del proceso salud-enfermedad se basa en la descripción y evaluación de estos dos indicadores principalmente.

Para la descripción de la morbilidad se utiliza la clasificación internacional de enfermedades, que es un sistema de categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con criterios establecidos. Actualmente se encuentra vigente la décima revisión (CIE-10).

La descripción se realiza a partir de los siguientes grupos de enfermedades:

- Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Tumores.
- Enfermedades del aparato circulatorio.
- Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
- Traumatismos y envenenamiento.
- Demás enfermedades.

Para la descripción de la mortalidad se utilizan las listas de agrupación de causas de mortalidad, que tienen como finalidad determinar el perfil epidemiológico del país o de determinados grupos poblacionales de manera resumida. Para el desarrollo de la lista

de mortalidad se recomienda el uso de la lista corta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de la CIE-10:

- Enfermedades transmisibles.
- Tumores.
- Enfermedades del aparato circulatorio.
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
- Causas externas de traumatismo y envenenamiento.
- Las demás enfermedades.

Las fuentes de información más importantes son: certificados de defunción, notificación de la DGE, egresos hospitalarios, estadísticas de los programas de salud.

3.6. El análisis de la respuesta social a los problemas de salud.

Esta parte hace énfasis en la descripción y análisis de la demanda y de la oferta de servicios de salud. La demanda se construye sobre la base de los resultados del análisis de los factores condicionantes y del proceso salud-enfermedad. A partir de ellos se estima la carga de demanda por atención individual y la carga de demanda por atención colectiva.

La oferta se describe y analiza en relación a la optimización de la oferta de servicios, es decir, cuánta producción de servicios se puede alcanzar con mayores niveles de eficiencia de los recursos disponibles. Finalmente, con estos insumos que incluyen información sobre la oferta necesaria para atender la demanda priorizada, y de otro

lado la oferta optimizada se puede realizar un balance y la búsqueda de brechas que ayuden a mejorar la gestión sanitaria.

Para caracterizar adecuadamente la oferta de servicios se debe abordar los siguientes temas:

- La descripción de la oferta: percepción de los usuarios, la conducción estratégica, la estructura de soporte, los recursos humanos, la organización de la complejidad, la producción.
- La evaluación de la oferta, que se orienta a elaborar juicios sobre el esfuerzo y los resultados logrados en el periodo de gestión.
- La optimización de la oferta, que se orienta al cálculo del rendimiento ideal de los recursos que constituyen la oferta.

La lógica del criterio de optimización se dirige a determinar la diferencia entre el rendimiento actual y el rendimiento óptimo (brecha de eficiencia). Determinar la diferencia entre la necesidad y rendimiento de los recursos proyectados desde la demanda y las necesidades de salud (resolutividad) en el sentido del balance de oferta y demanda.

3.7. Carga global de enfermedad.

Esta es una modalidad de análisis de los patrones de morbilidad y mortalidad de la población basada en los estudios realizados y/o promovidos por la Organización Mundial de la Salud a partir de 1990.

En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó su primer estudio de Carga Global de Enfermedad ('Global Burden of Disease', en inglés) con el objetivo de analizar y detallar los patrones de morbi-mortalidad por medio de un análisis de la situación de salud mundial.

La descripción y comparación de datos de la carga de enfermedades, lesiones y sus factores de riesgo, constituye una herramienta importante para apoyar la toma de decisiones en el campo de la salud pública. Debido a problemas técnicos, gerenciales y administrativos relacionados con la recolección y análisis de datos en instituciones públicas, la información sobre mortalidad y salud en el mundo es insuficiente e incompleta la mayoría de las veces, por lo que surge la necesidad de integrarla, validarla y analizarla para tener un diagnóstico comparativo de enfermedades, lesiones y factores de riesgo que causan muerte prematura en diferentes latitudes.

El primer estudio de Carga Global de Enfermedades realizado en 1990 cuantificó los efectos en salud de más de 100 enfermedades para ocho regiones del mundo, y generó estimaciones consistentes de mortalidad y morbilidad por edad, sexo y región. El estudio introdujo una nueva forma de medir estos efectos – los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) o DALYs, por sus siglas en inglés – como una medida única para cuantificar la carga de enfermedades, lesiones y riesgo, expresada como la suma de años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida experimentados con deficiencias a la salud.

El estudio fue actualizado en 2000-2002 e incluyó un análisis más amplio de la mortalidad y carga de enfermedades atribuibles a 26 factores de riesgo globales

utilizando un marco analítico denominado Diagnóstico Comparativo de Factores de Riesgo; estas estimaciones se actualizaron para el 2004, y el Instituto de Métrica y Evaluación en Salud y otros colaboraron en el desarrollo de un nuevo estudio de Carga Global de Enfermedades para 2010 que fue publicado en diciembre del 2012.

Esta serie de artículos incluye estimaciones regionales sobre muertes y AVAD, empleando un nuevo método de cálculo, para los años 1990, 2005 y 2010.

De acuerdo a la división clásica de las causas de muerte, y para propósitos de realizar un análisis para la región de América Latina y El Caribe en su conjunto, de acuerdo a las dinámicas epidemiológicas planteadas por Omran, se pueden identificar tres grupos de causas:

Grupo 1: Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales (identificadas como causas transmisibles o causas infecciosas y parasitarias): enfermedades infecciosas y parasitarias —diarrea, malaria, tuberculosis, enfermedades helmínticas—, infecciones respiratorias agudas, causas de muertes maternas, causas perinatales, carencias nutricionales.

Grupo 2: Enfermedades no transmisibles (identificadas como causas no transmisibles o crónico degenerativas): neoplasias, desórdenes endocrinos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades de la piel y subcutáneas, desórdenes del sistema nervioso, enfermedades músculo-esqueléticas, anomalías congénitas, enfermedades genito-urinarias, enfermedades y síntomas de senilidad.

Grupo 3: Causas accidentales y violentas (identificadas como causas accidentales y violentas o causas externas): accidentes intencionales (suicidios y homicidios) y no intencionales.

3.8. Determinantes, factores de riesgo, factores protectores y daños a la salud.

El enfoque de determinantes sociales de la salud y de sus desigualdades es un esquema para realizar Análisis de la Situación de Salud según niveles de causalidad.

Para la Organización Mundial de la Salud, la mayor parte de enfermedades y muertes son resultado de las condiciones materiales que rodean a las personas. A estas condiciones se les ha denominado determinantes sociales de la salud, un término resumido para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud. Los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación en la sociedad: son los llamados determinantes estructurales. “Estos mecanismos estructurales o determinantes que afectan e influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud. Las diferencias que son producidas por estos determinantes configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo, operando sobre determinantes intermedios como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud”.

Un factor de riesgo es una variable que eleva la probabilidad de sufrir un daño, como por ejemplo la alimentación deficiente. A continuación se presentan algunos factores de riesgo que son de naturaleza universal:

- Tabaquismo.

- Abuso del alcohol.
- Alimentación deficiente.
- Insuficiente ejercicio físico.
- Relaciones sexuales desprotegidas por falta de acceso a anticoncepción y educación sexual.

Por el contrario, un factor protector es una variable que eleva la probabilidad de permanecer sano, como por ejemplo la actividad física; se presentan a continuación algunos factores protectores:

- Autoeficacia.
- Autoestima.
- Familia contenedora.
- Proyecto de vida.
- Capacidad de autocontrol.
- Escolaridad.
- Inserción social.
- Red social.

3.9. La Epidemiología.

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

El término "Epidemiología" proviene del griego, donde "epi" significa arriba, "demos": pueblo y "logos": estudio o tratado. Esto implica que la Epidemiología es el estudio que se efectúa sobre el pueblo o la comunidad, en lo referente a los procesos de Salud y Enfermedad.

La noción de Salud como un concepto positivo, significa algo más que la mera ausencia de Enfermedad. Salud, tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud, es el estado de bienestar físico, psíquico y social, determinado por factores y/o marcadores (sexo, edad, nivel educacional, empleo, ingreso económico, etc.) que se consideran determinantes del estado de Salud o de Enfermedad.

Tal vez, la función más importante de la Epidemiología es determinar la frecuencia y las tendencias de exposición a factores o marcadores que se asocian con daño o enfermedad. Se denominan marcadores de riesgo a aquellos atributos que se asocian con un riesgo mayor de ocurrencia de una determinada enfermedad y que no pueden ser modificados (pues la exposición a los marcadores no puede ser evitada). En cambio, la presencia de los factores de riesgo puede ser controlada y prevenida antes del desarrollo de la enfermedad.

Cuando una persona estuvo en contacto con un factor de riesgo y se enferma, decimos que estuvo expuesta a dicho factor. Así, por ejemplo, en la exposición al cigarrillo, el grupo de fumadores tiene un riesgo mayor de padecer cáncer de pulmón que los no fumadores; es decir, que el cigarrillo es un factor de riesgo para desarrollar cáncer de pulmón.

Algunos autores consideran que un grupo expuesto a un determinado factor constituye un grupo de riesgo o población de riesgo. Sin embargo, otros consideran que además de importar la exposición al factor, se debe tener en cuenta también la susceptibilidad propia de cada individuo para el desarrollo de la enfermedad, por lo que prefieren definir la población de riesgo como aquella que posee un riesgo mayor de presentar una determinada enfermedad o evento, ya sea por una mayor susceptibilidad a la enfermedad o por la presencia de un determinado factor, o bien, ambas condiciones.

Así, en el ejemplo de la exposición al cigarrillo, el grupo de fumadores tiene un riesgo mayor de padecer cáncer de pulmón que los no fumadores. Sin embargo, no todos los fumadores lo desarrollarán.

En resumen, tres son los determinantes principales de los procesos de Salud-Enfermedad: persona, lugar y tiempo. Sus atributos o características pueden ser factores o marcadores de riesgo que "determinan" la aparición de un evento, enfermedad o el estado de Salud.

Por eso cada vez que enfrentamos un hecho de naturaleza desconocida nos preguntamos quién, dónde y cuándo sucede el evento de Salud o Enfermedad.

A modo de ejemplo, los atributos que pueden comportarse como marcador o factor de riesgo son en el determinante "persona": sexo, edad, raza, estado de nutrición, nivel educacional, ingreso económico; en el determinante "lugar": ubicación geográfica, latitud, clima; y en el determinante "tiempo": estacionalidad, tiempo de evolución o momento de aparición de un evento.

En síntesis, conocer y comprender los eventos de Salud o Enfermedad que ocurren en cierta población requiere describir y analizar el contexto en el que éstos se producen. Ello permite analizar las causas de las enfermedades y actuar para su prevención y control.

Clásicamente, la Epidemiología se ocupó del estudio de los factores que causan o están asociados con la enfermedad, así como también del estudio de la prevalencia, incidencia y distribución de las enfermedades que afectan a poblaciones humanas con el objetivo de determinar las formas de prevención y control de estas enfermedades.

Una vez identificados los factores determinantes de la generación y desarrollo de la enfermedad o de la conservación del estado de Salud, la Epidemiología puede evaluar las necesidades de atención y recursos para satisfacer dichas necesidades y medir la eficacia de las medidas implementadas.

Si se concibe a la Salud, tal como lo expresa la OMS, "como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social (y no sólo como la ausencia de enfermedad o de deterioro) [...] que permite al organismo adaptarse y funcionar adecuadamente, habida cuenta de las condiciones endógenas y de los factores ambientales a los que está sometido" resulta evidente que la elaboración de un conocimiento sistemático de los procesos de Salud y Enfermedad que afectan a la población requerirá del aporte de diversas disciplinas (ecología, sociología, medicina, biología, antropología, etc.).

El carácter interdisciplinario de la Epidemiología está ligado a su intención de construir un conocimiento de todo el entorno o contexto en el que se desenvuelven los problemas de Salud (no sólo de Enfermedad) para poder comprenderlos y proporcionar

Servicios de Salud más eficaces, eficientes y equitativos a la población de un determinado lugar.

La Epidemiología, más allá de sus aportes de investigación, es una disciplina que tiene aplicaciones muy significativas para la prevención de los daños a la Salud de la población y para la planificación, ejecución y evaluación de los Servicios de Salud. Sus estudios permiten:

- Identificar grupos humanos que requieran ser atendidos prioritariamente y relevar sus necesidades y tendencias en la utilización de los Servicios de Salud para tomar medidas correctivas.
- Estimar la situación de Salud de la población y sus tendencias a través de tasas de morbi-mortalidad según sexo, edad, área geográfica y características socioeconómicas (persona, lugar y tiempo).
- Analizar los niveles y las tendencias de exposición de la población a los factores biológicos, sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales.
- Facilitar la planificación y programación de acciones de Salud.
- Medir el impacto de los Servicios de Salud y de las intervenciones, así como la eficiencia y eficacia de las decisiones adoptadas.
- Identificar opciones tecnológicas efectivas y seguras que se adapten a la realidad de cada país.

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

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

3.10. Historia de la Epidemiología.

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

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

Este escrito permite abrir camino a las investigaciones epidemiológicas actuales, en tanto define la distribución de las enfermedades en términos de persona (población afectada), tiempo y lugar. Conceptualización que, muchos años después, llevaría a definir el término de triada epidemiológica.

A lo largo de la historia de la humanidad, el hombre se ha visto inmerso en la necesidad de observar poblaciones humanas y su comportamiento. Un espíritu

observador lo llevó a hacer minuciosas descripciones de síntomas, desarrollo, evolución y pronóstico de las enfermedades que asolaban -muchas veces en forma de epidemia- a las poblaciones.

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

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

Cuando en el año 1854 el médico patólogo John Snow describe una epidemia de cólera en la ciudad de Londres, todavía faltaban 30 años para que Luis Pasteur demostrara la teoría de los gérmenes. Sin embargo, Snow observando el comportamiento de la enfermedad en la población, las características de los que enfermaban y/o morían por la enfermedad, y los caminos que seguían las rutas de la enfermedad, pudo establecer el modo de transmisión del cólera y algunas reglas generales que aún están vigentes en cuanto a la transmisión de esta enfermedad.

Snow observó que los excrementos de los enfermos de cólera se mezclaban con el agua que usaban para beber y para el consumo doméstico, ya sea atravesando el

terreno que rodeaba los pozos o cisternas, o bien, corriendo por canales que desaguaban en ríos de donde, algunas veces, poblaciones enteras se abastecían de agua.

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

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

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

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

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

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

Los avances en la prevención de las enfermedades infectocontagiosas permitieron, entre otras cosas, un considerable aumento de la esperanza de vida en la población, sobre todo en los países desarrollados. Pero este aumento de la esperanza de vida vino acompañado del aumento de la frecuencia de un conjunto de enfermedades no infectocontagiosas, que actualmente son las mayores responsables del daño a la salud.

Nos referimos a las enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer, la enfermedad cardiovascular o las enfermedades reumáticas.

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

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

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

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

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

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

La Epidemiología Comunitaria tiene sus raíces en las situaciones de vida marginales, desfavorecidas, periféricas con respecto a los distintos estratos sociales, económicos y

los recursos sanitarios. Esto no significa que la Epidemiología Comunitaria se interesa exclusivamente en lo que sucede en las periferias y en las realidades más cercanas o locales.

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

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

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

Por todo ello, la Epidemiología Comunitaria tiene como prioridad aplicar las técnicas de la Epidemiología en condiciones locales que permitan una micro planificación, una micro evaluación.

En cambio, la Epidemiología clásica mira y mide lo que pasa en las comunidades como si las comunidades fueran un objeto de observación.

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

3.11. Las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional. El contexto global y de América Latina y El Caribe.

Para el período 2005-2010 se definieron en la literatura cuatro grandes grupos o etapas de la transición demográfica: moderada, plena, avanzada y muy avanzada, de acuerdo con la terminología ya acuñada en la CEPAL. Para ubicar a los países en cada etapa, dada la diversidad de situaciones existentes, se decidió considerar la 'relativa coherencia' entre los avances respecto de las variables de fecundidad y esperanza de vida al nacer.

Según los análisis, Cuba y Barbados son los países que se encuentran en etapa de transición demográfica muy avanzada. En el caso de Cuba, su tasa de fecundidad ya era baja en 1950-1955, según los estándares del momento - alrededor de cinco hijos por mujer -, pero la tasa global de fecundidad alcanzó el nivel de reemplazo entre fines de los setenta y comienzos de los ochenta, situándose por abajo del nivel de reemplazo de la población (1.5 hijos por mujer en 2005-2010), con un crecimiento demográfico natural de 0.29%. En cuanto a su nivel de mortalidad, Cuba ha sido el país que ha hecho mayores esfuerzos en términos del aumento de la esperanza de vida de su población, la cual actualmente se ubica en 78.3 años.

Entre los países en etapa de transición avanzada se aprecia más de una situación específica por los actuales niveles de fecundidad y mortalidad. Un primer subgrupo está integrado por Argentina y Uruguay, con descenso temprano de las tasas vitales, ya que se registraron transiciones de la fecundidad y de la mortalidad en la primera

mitad del siglo pasado, con niveles de fecundidad de alrededor de tres hijos por mujer en 1950.

En segundo lugar está Chile, que en 1950-1955 mostraba una tasa de fecundidad similar a la de Cuba, sin que luego se tuviera un descenso tan acentuado. Aunque su tasa no es tan baja como la de Cuba, es el segundo país que ya se encuentra por debajo del nivel de reemplazo de su población. Argentina, Uruguay y Chile tienen tasas de crecimiento demográfico inferiores a 1%.

El tercer subgrupo lo integran Brasil, Colombia, Costa Rica y México, los cuales, a diferencia de los anteriores en este grupo, en 1960-1965 tenían tasas globales de fecundidad entre seis y ocho hijos por mujer, reduciéndose éstas a la mitad o menos a fines de los ochenta y comienzos de los noventa. En la actualidad sus tasas de crecimiento natural oscilan entre 1.3% y 1.4%. Brasil y Colombia tienen una menor esperanza de vida (72.4 y 72.8 años, respectivamente), mientras que en los otros países del grupo se supera los 75 años.

En esta fase coinciden dos grupos de países con distintas trayectorias: los que ya habían logrado descensos de la fecundidad a comienzos de los años ochenta (Ecuador, El Salvador, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela) y, por otro, los que la redujeron significativamente en los últimos años (Honduras, Nicaragua y Paraguay). En la actualidad, ambos grupos de países se han equiparado en un nivel de fecundidad caracterizado como “intermedio”, con tasas de crecimiento heterogéneas que van de 1.5% en Perú a 2.3% en Honduras.

En esta fase de la transición se encuentran Bolivia, Haití y Guatemala. En estos países la fecundidad ha bajado, pero no suficiente, de tal cuenta que Guatemala tiene la tasa global de fecundidad (3.6 hijos) y la de crecimiento demográfico (2.5%) más elevadas de la región de América Latina y El Caribe. Por otra parte, las tasas de mortalidad de Haití y Bolivia son las más altas de la región, con esperanzas de vida al nacer para ambos sexos de 60.6 y 65.5 años en 2005-2010, que representaba una diferencia de 12.7 y 7.8 años, respectivamente, con respecto a los promedios de la región.

En América Latina y El Caribe se habla de un “modelo epidemiológico polarizado prolongado”, con alta incidencia de enfermedades transmisibles (ET) y enfermedades no transmisibles (ENT), una ruptura del principio unidireccional transicional, una transición prolongada y una heterogeneidad entre grupos sociales, según área geográfica de cada país y entre los diferentes países.

Existe muy alta heterogeneidad entre los países: la distribución de las muertes en relación a los tres grupos de causas muestra cómo a países como el Uruguay, Costa Rica y Cuba, con proporciones de defunciones por enfermedades transmisibles inferiores o cercanas al 10%, se contraponen países con una proporción superior al 30%, como Guatemala (con casi 40% de defunciones por enfermedades transmisibles).

Adicionalmente, se observan algunos países del área centroamericana con carga alta por ET que ya presentan una proporción considerable en ENT, como es el caso de Honduras, Nicaragua, Panamá y Belice.

3.12. Sistema de Salud de Paraguay.

El Sistema de Salud del Paraguay comprende los sub sectores, público y el privado. El subsector público está representado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la Universidad Nacional de Asunción y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas Itaipú e Yacyretá.

El Sistema de Salud del Paraguay (Ley 1032/96), mantiene un modelo fragmentado y segmentado, por sus características desde su origen será difícil lograr un sistema único, pero si ha sido reorientado desde la década de los noventa hacia un modelo mas funcional y desde 2008, hacia un “Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud”, incorporando ejes estratégicos basados en la creación e implementación de Unidades de Salud de la Familia, en territorios sociales definidos, a cargo de equipos multidisciplinarios integrados por médicos generalistas o especialistas en medicina familiar, una enfermera, auxiliares de enfermería, y agentes comunitarios, así como equipos odontológicos trabajando de cerca con las comunidades con enfoque de derechos, eficiencia y equidad en un contexto social que respeta la interculturalidad, y promueve políticas integradas, para mejorar los determinantes y condicionantes vinculados a la calidad de vida y salud, para lo cual se articula con otras instancias gubernamentales, a través del Gabinete Social y otras instituciones.

El desempeño del Sistema de Salud del Paraguay, se refleja en sus indicadores, y las tendencias demuestran cambios alentadores.

El perfil epidemiológico de transición en Paraguay, posiciona como primeras causas de

enfermedad y muerte a las enfermedades crónicas no transmisibles y causas externas, desplazándose también hacia grupos de mayor edad.

La mortalidad infantil en Paraguay disminuyó de 34 por 1000 nacidos vivos en 1990 a 15,5 en 2009, mientras que la mortalidad en menores de 5 años descendió de 42 a 23 en ese mismo periodo. La prematuridad (25 %) y anomalías congénitas (10 %), diarreas (9 %) e infecciones de vías respiratorias (17 %) constituyen las principales causas.

El Ministerio de Salud se financia con recursos provenientes del Tesoro Público, no tiene separación de funciones, y ejerce los roles de rectoría, financiamiento y prestación de servicios.

Esta última se realiza a través de una red integrada de servicios, distribuidas en las 18 Regiones Sanitarias que corresponden a cada uno de los departamentos y la capital, Asunción. Atiende de preferencia al 78 % de la población que carece de seguro social y privado.

El IPS cubre a una pequeña proporción de la población (15,2% en 2008) vinculada al empleo dentro de la economía formal, su financiamiento proviene de los aportes de los trabajadores asalariados, la contribución patronal y la contribución del estado. Cuenta con su propia red de prestadores de servicios.

La Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad Policial cubren, respectivamente, a los militares y policías en activo o retirados y sus familiares, además de atender a la población civil en los lugares en donde no existen otros prestadores. Sus recursos provienen del Presupuesto General de Gastos de la Nación a través del Ministerio del

Interior, la Policía Nacional y el Ministerio de Defensa. Estas instituciones cuentan con sus propias redes de servicios organizadas en tres niveles de complejidad.

La Universidad Nacional de Asunción, cuenta con un hospital/escuela afiliado a la Facultad de Medicina, y financiado fundamentalmente con recursos del Presupuesto General de la Nación y cubre principalmente a población no asegurada de escasos recursos.

Las empresas hidroeléctricas descentralizadas Itaipú y Yacyretá, construidas sobre el río Paraná, limítrofes con Brasil y Argentina se financian con recursos del Estado.

Ofrecen atención ambulatoria en sus propias instalaciones y un seguro médico a sus funcionarios, ex funcionarios y familiares. También ofrecen programas de medicina preventiva y asistencia médica a la población que reside dentro de la zona donde operan.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas lucrativas se financian con las primas de seguros privados y con pagos de bolsillo, mientras que las instituciones prestadoras de servicios de salud no lucrativas se financian con donaciones y recursos propios.

Las instituciones mixtas se financian con una combinación de estos dos tipos de recursos. La Cruz Roja Paraguaya, por ejemplo, además de las donaciones hechas por una fundación privada, cuenta con el apoyo del MSPyBS, que paga los salarios de su personal. Se calcula que el sector privado cubre de manera regular a 10% de la población paraguaya.

Según los resultados de la última Medición de Exclusión Social en Salud, hecha en 2006, alrededor de 35% de los paraguayos no cuentan con acceso regular a servicios de salud.

3.13. La Población como fuente de datos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Además de los instrumentos descritos, otros instrumentos muy utilizados son: formularios, entrevistas, observación y encuestas.

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

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

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

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

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

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

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

Las encuestas suelen tener la forma de un cuestionario, en el cual las preguntas se plantean siempre en el mismo orden y se formulan en los mismos términos, sobre la

base de un formulario o cuestionario previamente preparado y con un instructivo detallado.

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

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

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

3.14. Vigilancia Epidemiológica.

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

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

La vigilancia epidemiológica está constituida por una serie de acciones realizadas para detectar la aparición de enfermedades nuevas o no, o el crecimiento inesperado de una

determinada enfermedad. Sirve para evaluar por ejemplo riesgo de epidemia o existencia de enfermedades endémicas. Esta vigilancia está destinada a poder intervenir oportunamente a fin de evitar el aumento de casos. Así podemos decir que no existe vigilancia sin información, y tampoco sin acciones de control.

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

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

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

3.15. Los cuidados de salud no pertenecen a la medicina, sino a los derechos humanos.

La concepción actual de la salud y de los cuidados de salud debe ubicarse, más que en una revolución médico científica, en la formulación del carácter universal y vinculante de los derechos humanos, de los cuales la vida, en todas sus expresiones esenciales, es por definición el indicador. Sin embargo, es absolutamente importante para una lógica subrayar el hecho de que la salud y los cuidados de salud no pueden ser

considerados como entidades autónomas o independientes, sino sólo como "indicadores" del derecho a la vida.

En cuanto vinculante, este derecho debe ser disfrutado por todos: la salud como objetivo general y genérico, debe traducirse en "cuidados de salud" es decir en modalidades operativas institucionales concretas. El derecho a la vida no puede ser violado "activamente" (con hechos que van desde el homicidio a los tratamientos inhumanos y degradantes) y/o por omisión, negando el acceso a lo que garantiza una vida digna, (desde la libertad a la cultura y los bienes esenciales que la permiten, desde el agua a los recursos sanitarios).

En todo esto la epidemiología se perfila cada vez menos como una disciplina-metodología que busca calificar y cuantificar las enfermedades (y sus causas), y cada vez más como cultura-herramienta-estrategia para narrar la relación que existe entre los derechos de vida de las personas y las poblaciones, con sus condiciones y contextos concretos de salud-cuidados de salud-enfermedad.

Es interesante ver que los principios arriba expuestos se traducen en derechos concretamente exigibles en el Servicio Sanitario Inglés de 1948 y en la Constitución Italiana del mismo año. En la misma lógica y en el mismo año, un "descubrimiento" tan trascendental como la estreptomycinina para el tratamiento de la tuberculosis fue objeto de investigación pública y se convirtió en algo exigible por todos apenas se comprobó que era eficaz. Lo mismo sucedió, pocos años después, con la vacuna contra la poliomielitis en un contexto totalmente diferente como es el de los Estados Unidos.

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

La "globalización" es reconocida cada vez más (no sólo por parte de sus críticos) como un proceso que no es únicamente económico-comercial, sino especialmente cultural y de imaginación. Sin disponer de pruebas a priori o a posteriori, se imponen decisiones tomadas a nivel central, por parte de "decisionistas" que no representan para nada a las poblaciones reales.

Las Estrategias de Alianzas Público-Privadas que deberían ser garantía de fondos, en la práctica son cada vez más la expresión de iniciativas de "beneficencia", que no prevén (de hecho se oponen y descalifican como ineficientes-imposibles) modificaciones estructurales a nivel político-económico (Ej.: promoción-implementación de sistemas de salud pública).

Una epidemiología que describe para no hacerse cargo de la realidad: el lenguaje de la epidemiología (datos, tablas, estimaciones) entra a ser parte de la política, de la economía. Las personas-poblaciones que "viven" en aquellas tablas, son de hecho invisibles en su calidad de seres humanos, son números que entran en las

proyecciones "globales"; son parte de un proceso perfectamente conocido, pero que, a priori, ha sido declarado como no-modificable, ni evitable con los únicos cambios (estructurales) que serían necesarios. De esta manera, la epidemiología se encuentra en la condición de cuantificar el carácter de genocidio de las desigualdades que han sido perfectamente programadas y documentadas; y de hacer más visible el carácter de "tratamiento inhumano o degradante" (y por ende de tortura) a que se ven sometidos los que mueren de hambre, sed, degradación, heridas no curables, sin dar una respuesta.

3.16. Enfermedades de la sociedad moderna.

La anorexia nerviosa consiste en una alteración grave de la percepción de la propia imagen, con un gran temor hacia la obesidad.

Tiene como principales características el rechazo a mantener un peso corporal mínimo, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción del cuerpo. Las mujeres afectadas por este trastorno sufren, además, amenorrea (falta de regla) aunque hayan pasado la menarquía (primera regla).

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos. Aunque los anoréxicos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso, como la utilización de purgas, vómitos provocados o ejercicio físico excesivo.

La depresión en cualquiera de sus formas o variantes, es una de las mayores epidemias que afecta a la humanidad en los últimos decenios. Una pandemia que, sin

embargo, tiende a ser invisible, dado que los deprimidos disimulan y se retraen. Es, además, un problema que crece y se extiende en nuestro actual estilo de vida y cultura, sobre todo en los países desarrollados y urbanizados.

En estos países crece mucho más deprisa en niños y adolescentes y la edad de inicio del primer episodio depresivo tiende a ser cada vez más temprana. En los pacientes afectados (y también en sus amigos y familiares) la depresión merma la cantidad y, sobre todo, la calidad de la vida. Aumenta el pesimismo, la hipocondría, la desesperanza; y disminuye el flujo de pensamientos y acciones, la autoestima, el cuidado e higiene personal, el impulso al reto, a la aventura y a las relaciones sociales.

Además del sufrimiento, aislamiento e incapacitación que produce, acarrea un importante riesgo vital: muchas enfermedades, accidentes, deterioros familiares, fracasos escolares y despidos laborales pueden atribuirse directa o indirectamente a la depresión.

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años, aunque ello puede variar mucho de un paciente a otro.

Los síntomas más comunes de la enfermedad son alteraciones del estado de ánimo y de la conducta, pérdida de memoria, dificultades de orientación, problemas del lenguaje y alteraciones cognitivas. La pérdida de memoria llega hasta el no reconocimiento de

familiares o el olvido de habilidades normales para el individuo. Otros síntomas son cambios en el comportamiento como arrebatos de violencia en gente que no tiene un historial de estas características. En las fases finales se deteriora la musculatura y la movilidad, pudiendo presentarse incontinencia de esfínteres (incontinencia urinaria y/o incontinencia fecal).

En la actualidad no existe cura para la enfermedad, pero sí tratamientos que intentan reducir el grado de progresión de la enfermedad y sus síntomas.

Las personas con autismo y con otros trastornos generalizados del desarrollo, o del espectro autista, muestran distintos tipos de síntomas: interacción social limitada, problemas con la comunicación verbal y no verbal, con la imaginación y actividades e intereses limitados, intensos o poco usuales.

Las características del autismo aparecen durante los primeros tres años de la niñez (con frecuencia sin notarse antes de los 18-24 meses de edad) y continúan a lo largo de toda la vida. Aunque no existe una "cura", la atención adecuada a sus necesidades pueden promover un desarrollo relativamente normal y reducir los comportamientos considerados inapropiados. Las personas con autismo tienen una esperanza de vida como cualquier otra persona.

Se estima que el autismo, y los demás trastornos del espectro autista, pueden afectar a una de cada 500 personas, aunque su incidencia depende a veces de los criterios que utilizemos para el diagnóstico. Se cree que la incidencia está en aumento, pero no está claro si eso se debe a un aumento real de casos o simplemente a un mayor número de diagnósticos. El autismo se da cuatro veces más en los hombres que en las mujeres, y

se puede encontrar en todo el mundo, en personas de todas las razas y niveles sociales.

3.17. Principales riesgos sanitarios en Paraguay.

Enfermedades transmitidas por insectos o animales. La malaria es endémica en el país, y existe riesgo en el Alto Parana, Caaguazu, Canindeyu, Amambay, Itapua y Guaira, al este de Paraguay. No se requiere profilaxis química, pero se recomienda el protegerse de los mosquitos.

El dengue se manifiesta en forma de epidemias regulares. Entre el 1 de enero y el 18 de octubre del 2012, 29 605 casos han sido registrados por las autoridades sanitarias (67 muertes). Durante el 2011, 42 264 casos fueron registrados. El dengue, que se transmite a través de la picadura del mosquito, se manifiesta por la fiebre, los dolores de cabeza, una erupción cutánea, dolores musculares y de las articulaciones, náuseas. En los casos más severos, síntomas hemorrágicos pueden presentarse.

Las zonas fronterizas (con Bolivia y Brasil) son consideradas por la OMS como zonas endémicas de fiebre amarilla. Un primer caso de ésta fiebre fue detectado en enero del 2009, y según las autoridades, el paciente parecía haber sido infectado en el norte de Argentina.

La tripanosomiasis (enfermedad del sueño) es endémica en el norte del país. La enfermedad se transmite por la picadura de la mosca tse-tsé. Los síntomas empiezan con fiebre y dolores de cabeza, y continua con confusión mental, insomnio durante la noche, y sueño durante el día. Si no es tratada, la enfermedad puede ser mortal.

Hay casos de rabia animal en el país.

Las enfermedades diarreicas son comunes entre los turistas que no toman precauciones. Debido al riesgo de esquistomosis, se recomienda a los viajeros el no bañarse en agua fresca (lagos, ríos) ni andar descalzos.

3.18. Vigilancia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Paraguay.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son las principales causas de morbilidad y discapacidad, y constituyen el 60% de todas las defunciones en el mundo y el 30% de las muertes prematura.

La carga de morbilidad causada por las enfermedades crónicas está aumentando rápidamente, es uno de los grandes desafíos para el desarrollo en el siglo XXI.

Son en gran medida prevenibles y las muertes pueden ser reducidas si se adoptan medidas oportunas y eficaces. Las principales enfermedades crónicas son:

- Las enfermedades cardiovasculares.
- La diabetes.
- El cáncer.
- Las enfermedades respiratorias crónicas.

“El número total de muertes a consecuencia de enfermedades crónicas en el mundo es dos veces mayor que el causado por enfermedades transmisibles (incluyendo VIH/SIDA, tuberculosis y malaria), mortalidad materna y perinatal, y deficiencias nutricionales juntas.”

La vigilancia de los factores de riesgo y las enfermedades no transmisibles ha permitido evidenciar la gran carga que éstos representan.

La información recabada muestra una alta mortalidad, elevada frecuencia y en aumento progresivo de los factores de riesgo. Todo ello nos pone en la obligación de fortalecer los programas de acción a fin de lograr reducir la carga en los próximos años.

La mayor carga de la enfermedad se reporta en zona del Chaco. Ministerio refiere que tos persistente amerita consulta médica. Diagnóstico y tratamiento de Tb se ofrecen gratuitamente en 132 laboratorios del sistema público.

Las afecciones cardiovasculares y respiratorias, el cáncer y la diabetes representan más del 60% del total de muertes por enfermedades en el país, según el reporte. Igualmente, este tipo de males es responsable del 26% de los fallecimientos prematuros, lo que no solo impacta en el sector de la SALUD, sino también constituye una carga económica, según resalta el ministerio.

La aparición de estas enfermedades obedece a hábitos arraigados, como la alimentación inadecuada, la inactividad física, el tabaquismo y el consumo nocivo el alcohol. Asimismo, existen otros factores de riesgo, como el sobrepeso y la obesidad.

Las autoridades sanitarias apuntan a revertir esta situación, mediante una campaña tendiente a promover la VIDA sana, con nuevos hábitos que incluyan evitar la comida chatarra, el sedentarismo y los vicios.

Dentro de esta línea, la cartera recomienda consumir más frutas y verduras, además de alimentos con fibra. Igualmente, se insta a reducir el consumo de sal y moderar el consumo de azúcar. Entre los consejos también reiteran la necesidad de realizar actividad física moderada y evitar el consumo de alcohol y tabaco.

Según la OMS: Las enfermedades no transmisibles (enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria crónica) son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la Región de las Américas.

En Paraguay, ocupan las 4 primeras causas generales de muerte desde hace varios años. Por ejemplo, para el año 2011 (IBS 2013), las Enfermedades del Aparato Circulatorio fueron la principal causa de muerte (TM 109,1 por 100.000 hbtes) seguidas de los tumores (TM 57,1 por 100.000 hbtes). Además su morbilidad va en aumento.

Según datos de la 1era Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles 2011, la Diabetes Mellitus mostró un aumento significativo, de 6,5% a 9,7% en un intervalo de 10 años, la Hipertensión arterial mostró una prevalencia del 45,8% de los adultos mayores de 15 años y la hipercolesterolemia se incrementó de 16 a 23% población mayor de 15 años.

En el año 2009, se publicó el Plan de Acción 2009-2013 para las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Paraguay. Ante el vencimiento del plan y la necesidad de incorporar un enfoque multisectorial para abordar eficazmente la prevención y el control de las ENT a más largo plazo, en consonancia con la Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se está preparando un nuevo Plan Nacional que

tenga en cuenta las iniciativas, los contextos y los logros nacionales, alineado con el marco mundial de vigilancia y el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se trata de un plan a 10 años que incluirá acciones con múltiples actores para abordar el problema de la hipertensión, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas. Se prevén acciones de prevención, tratamiento, información en salud e incidencia política que afronten los principales factores de riesgo: falta de actividad física, alimentación poco saludable, la obesidad, consumo abusivo de alcohol y uso de tabaco.

El sector de la salud no puede, por sí solo, hacer frente a estos desafíos que implican un abordaje sobre las desigualdades sociales y los determinantes sociales de la salud. Por ello, el plan incluirá no solo acciones para la detección precoz y el tratamiento de estos pacientes, sino acciones en las áreas de la planificación urbana, oferta de alimentos. Por ejemplo, se tienen previsto aplicar medidas para reducir la sal de los alimentos comercializados, apoyar a las municipalidades para la construcción de bicisendas y promocionar pausas activas en los lugares de trabajo.

El 80% de las Enfermedades No Transmisibles se podrían evitar mediante la prevención primaria, a través del cambio de comportamientos relacionados al consumo de tabaco y el consumo de grasas, alcohol y sal, la prevención de la obesidad y la promoción de la actividad física, además de algunas mejoras en las condiciones ambientales como la calidad del aire y la planificación urbana.

Dentro de las principales amenazas para el desarrollo de enfermedades no transmisibles se pueden mencionar: Hipertensión arterial, tabaquismo, consumo de alcohol, hipercolesterolemia, sobrepeso y obesidad, factores de riesgo que guardan relación directa con las enfermedades no transmisibles.

Según datos de la Primera Encuesta de Factores de Riesgo realizada en el 2011, en Paraguay, más de la mitad de la población adulta (57%) es obesa o presenta sobrepeso; el 75% es sedentaria, es decir, no realiza actividad física; el 84% consume pocas frutas y verduras; el 51% consume bebidas alcohólicas y el 14% tabaco.

Afortunadamente estas enfermedades pueden prevenirse en gran medida con el control de factores de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables, en las que se enfatiza: alimentación sana y práctica de actividad física periódica.

Para el efecto, el Ministerio de Salud Pública estableció un Plan Nacional de Acción para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles 2014-2024, en el marco de las Políticas Públicas implementadas por esta cartera ministerial.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

- 4.1. Tipo de estudio:** El estudio realizado es descriptivo, experimental, prospectivo, con metodología cualitativa y cuantitativa.
- 4.2. Universo de estudio:** El universo de estudio lo constituyó la comunidad del área de cobertura de San Estanislao, Distrito de General Delgado.
- 4.3. Muestra:** Se tomó como muestra el 15% de la población enfocada, se realizó un muestreo aleatorio simple.
- 4.4. Obtención y procesamiento de los datos:** Se recurrió a los servicios prestados para verificar el perfil epidemiológico durante el primer semestre del año 2015. Los datos obtenidos a partir de la revisión se procesaron mediante tablas estadísticas y se graficaron en el programa Excel 2010.
- 4.5. Análisis y discusión de los datos:** Los datos obtenidos se analizaron utilizando la metodología estadística descriptiva y se resumieron en las tablas y gráficos correspondientes a esta instancia, teniendo en cuenta los objetivos planteados al inicio de la investigación.
- 4.6. Conclusión:** El trabajo se concluye pretendiendo responder al objetivo general y los objetivos específicos según los resultados obtenidos.

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Para el desarrollo de la investigación fueron incluidos los registros de 1781 consultas realizadas a la población de cobertura de la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015.

Las consultas estudiadas fueron las siguientes: Pediatría, Pre-natal, Medicina general, Papanicolaou, Exámenes de mama y Cirugía menor.

En la Tabla 1 se resumen los datos obtenidos mediante la revisión de las consultas, agrupadas por tipos y según los meses de estudio. Se incluyen los valores de frecuencias absolutas y relativas (%).

Consultas	Enero (%)		Febrero (%)		Marzo (%)		Abril (%)		Mayo (%)		Junio (%)		Total
Pediatría	117	32,14	113	48,50	113	33,83	126	35,80	70	23,81	113	55,94	652
Pre-natal	4	1,10	5	2,15	8	2,40	9	2,56	5	1,70	8	3,96	39
General	206	56,59	100	42,92	185	55,39	195	55,40	195	66,33	62	30,69	943
Papanicolaou	14	3,85	4	1,72	8	2,40	6	1,70	5	1,70	8	3,96	45
Exámenes de mama	22	6,04	10	4,29	17	5,09	14	3,98	16	5,44	11	5,45	91
Cirugía menor	1	0,27	1	0,43	3	0,90	2	0,57	3	1,02	0	0,00	10
Total	364	100	233	100	334	100	355	100	294	100	202	100	1781

Tabla 1: Datos obtenidos mediante la revisión de las consultas, agrupadas por tipos y según los meses de estudio. N=1781.

5.1. Resultados según las variables relacionadas con la cobertura de salud.

Se determinaron las nuevas consultas realizadas durante el periodo de estudio, con el propósito de obtener una referencia de cómo va modificándose la estructura poblacional dentro de la cobertura del área de estudio. A continuación se muestran los gráficos relacionados con las variables estudiadas y se describen los principales resultados comparándolos con la tabla de consultas totales de referencia.

El Gráfico 1 muestra la distribución de la muestra según las consultas nuevas de niños menores de 5 años que se realizaron durante el periodo de estudio.

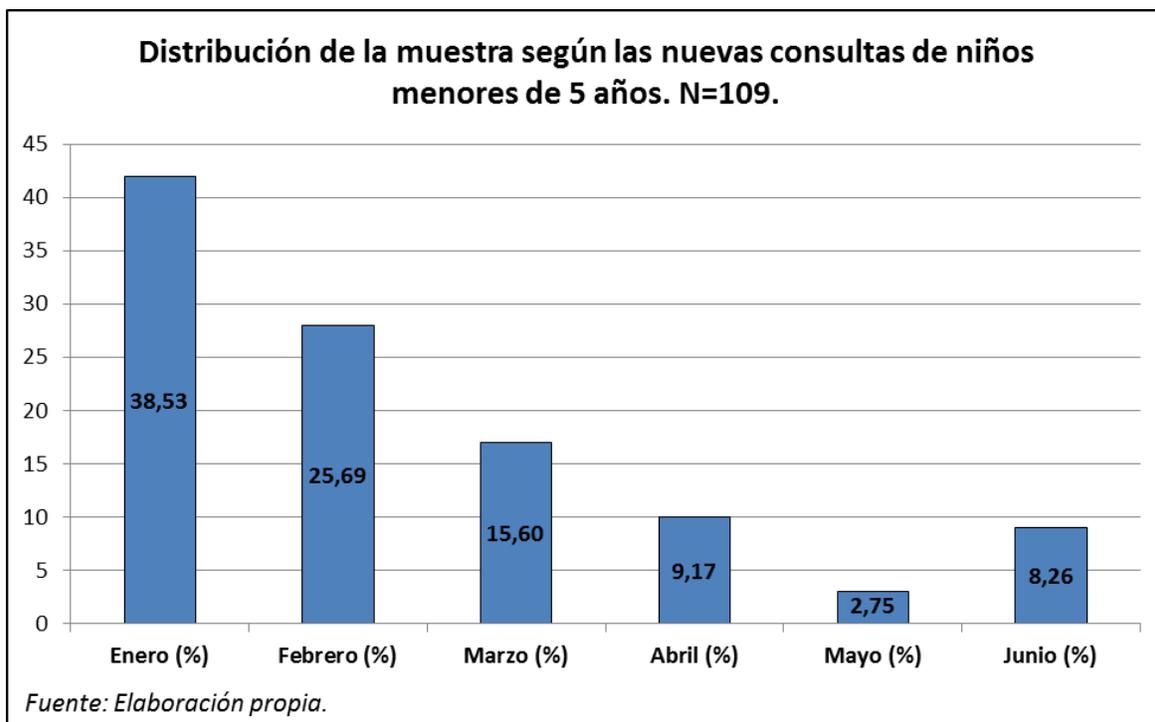


Gráfico 1: Distribución de la muestra según las consultas nuevas de niños menores de 5 años que acudieron a la consulta de pediatría en la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015. N=109.

De un total de 652 consultas de pediatría, en la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015; 109 fueron nuevos infantes menores de 5 años que no se habían consultado antes, lo que resulta en un aumento del 16,72% de la cobertura pediátrica con relación al total de consultas realizadas.

El Gráfico 2 muestra la distribución de la muestra según las consultas nuevas pre-natales que se realizaron durante el periodo de estudio.

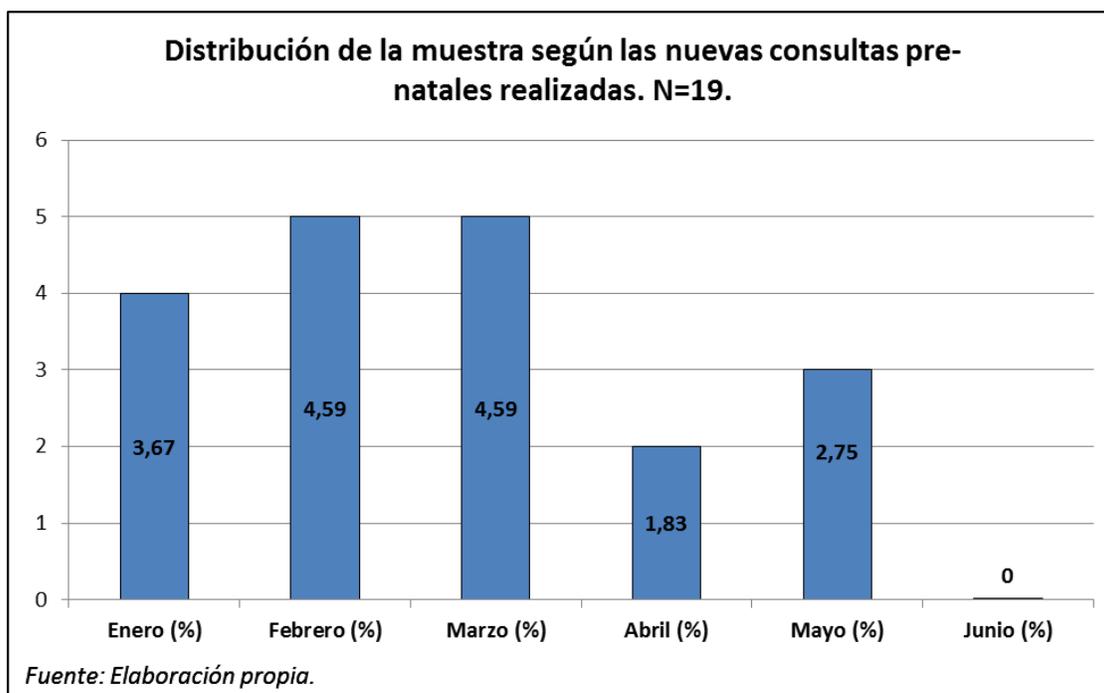


Gráfico 2: Distribución de la muestra según las nuevas consultas pre-natales en la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015. N=19.

De un total de 39 consultas pre-natales, en la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015; 19 fueron nuevas embarazadas que acudieron a realizarse los controles establecidos, lo que resulta en

un aumento del 48,72% de la cobertura pre-natal con relación al total de consultas realizadas.

El Gráfico 3 muestra la distribución de la muestra según las nuevas consultas de medicina general se realizaron en la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015.

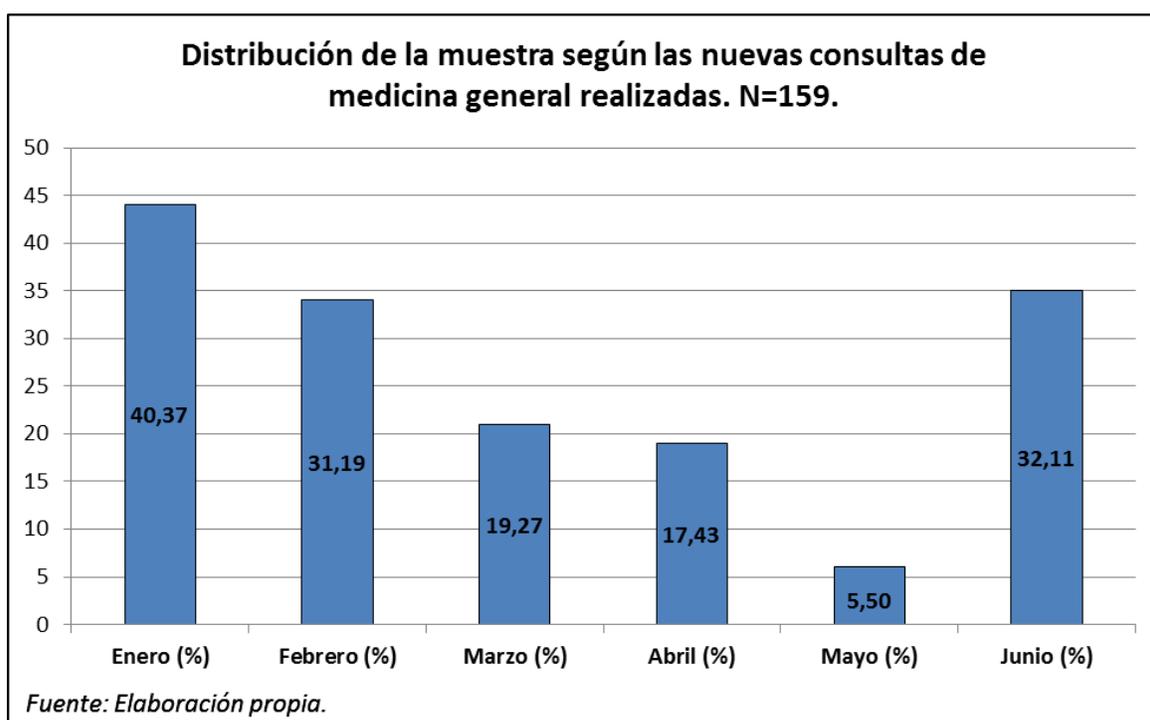


Gráfico 3: Distribución de la muestra según las nuevas consultas de medicina general realizadas en la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015. N=159.

De un total de 943 consultas de medicina general, en la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015; se realizaron 159 consultas nuevas de medicina general, lo que representa un aumento del 16,86% de la cobertura general con relación al total de consultas realizadas durante el periodo estudiado.

Para el resto de las consultas realizadas durante la investigación no se obtuvieron datos comparativos.

5.2. Resultados según las variables relacionadas con el perfil epidemiológico y los grupos de riesgo.

Se analizaron los principales hábitos adictivos que se manifiestan dentro de la comunidad y que representan factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades y por ende para el aumento de la carga de enfermedad dentro del área de estudio.

- Del total de pacientes entrevistados el 30% manifestó consumir alcohol periódicamente (dos veces al mes como mínimo y semanalmente como máximo).
- Del total de pacientes entrevistados el 45% manifestó consumir cigarrillos periódicamente, al menos un cigarrillo semanalmente.
- Del total de pacientes entrevistados no se pudieron obtener datos relacionados con el uso de drogas, esto se debe al temor de los encuestados en responder esta variable debido a que es una actividad prohibida, y puede ser penada por la ley.

5.3. Resultados relacionados con los comportamientos relacionados a los servicios de salud.

El Gráfico 4 muestra la distribución de la muestra según la utilización de los servicios de salud en la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015.

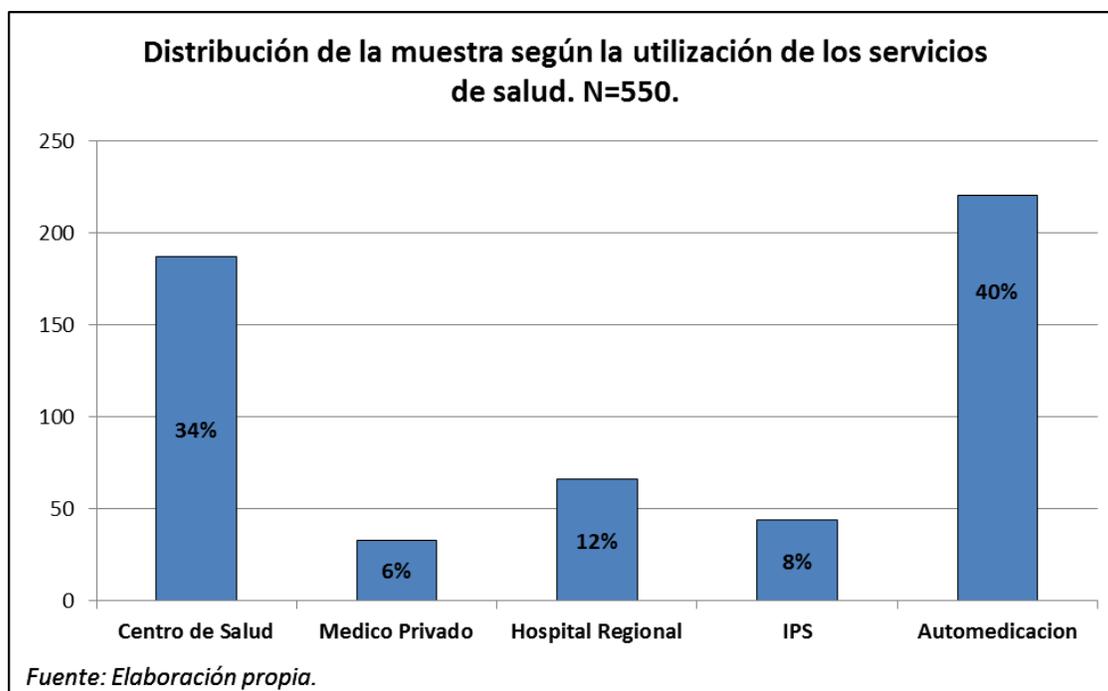


Gráfico 4: Distribución de la muestra según la utilización de los servicios de salud en la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, durante el primer semestre del año 2015. N = 550.

La mayoría de las personas de la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, en lugar de asistir a consulta médica cuando se sienten enfermos, se automedican de manera individual, sin hacer uso de los servicios de salud (40%), el 34% asiste al Centro de salud de la comunidad, un 12% se dirige al Hospital Regional de Encarnación, 8% tiene cobertura IPS y apenas un 6% recibe atención de un medico privado.

De los 220 entrevistados que manifestaron que practican la automedicación, y por tanto no asisten a recibir servicios de salud, las causas manifestadas fueron varias, las mismas se resumen en el Gráfico 5.

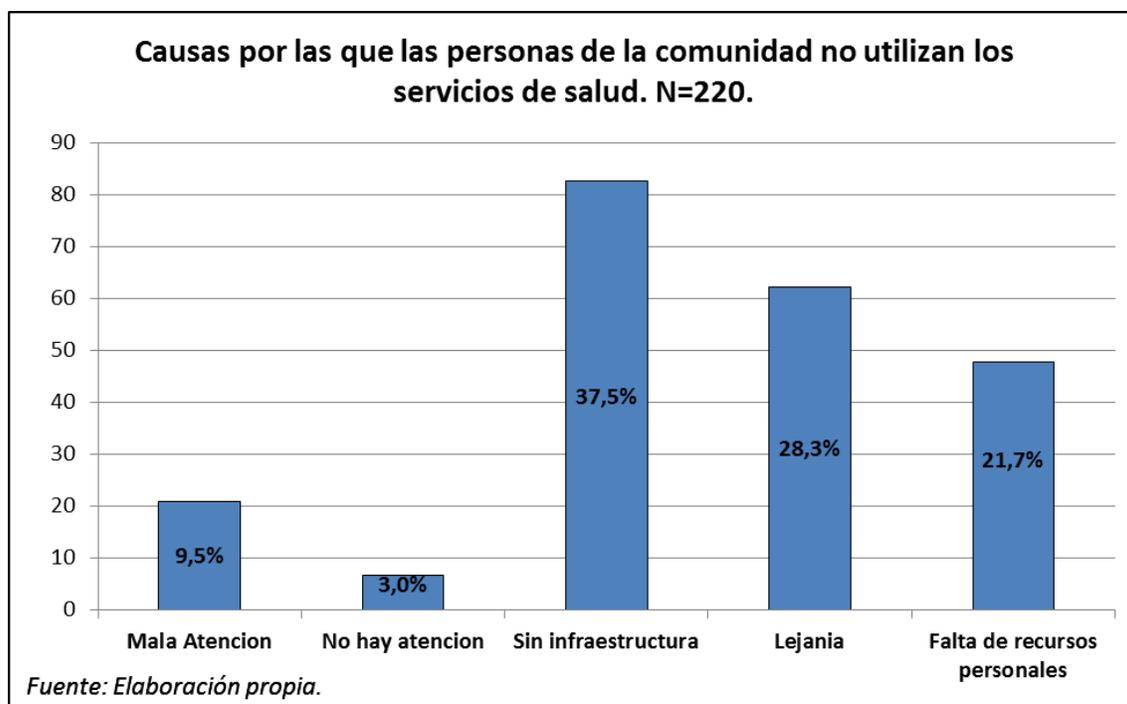


Gráfico 5: Causas por las que las personas de la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, no utilizan los servicios de salud. N=220.

La mayoría de las personas (37,5%) manifestaron no asistir a recibir atención médica debido a la falta de infraestructura en las instalaciones de salud, 28,3% no lo hacen por vivir muy lejos de los centros asistenciales, lo que dificulta su desplazamiento, al igual que el 21,7% que no concurre por falta de recursos personales para trasladarse hacia los centros de salud. Un 9,5% manifestó que la atención es de mala calidad y el 3% cree que no hay atención médica alguna, a pesar de existir la instalación para dichos servicios.

5.4. Resultados relacionados con los conocimientos y necesidades que tiene la comunidad acerca de temas relacionados a los servicios de salud.

Uno de los problemas que afectan el desarrollo y bienestar de las comunidades es la natalidad, y en relación a esta, los conocimientos y actitudes referentes a la salud sexual y reproductiva.

Se le preguntó a los encuestados si alguna vez habían escuchado hablar de salud sexual y reproductiva y donde lo habían escuchado. Los resultados se exponen en el Gráfico 6.

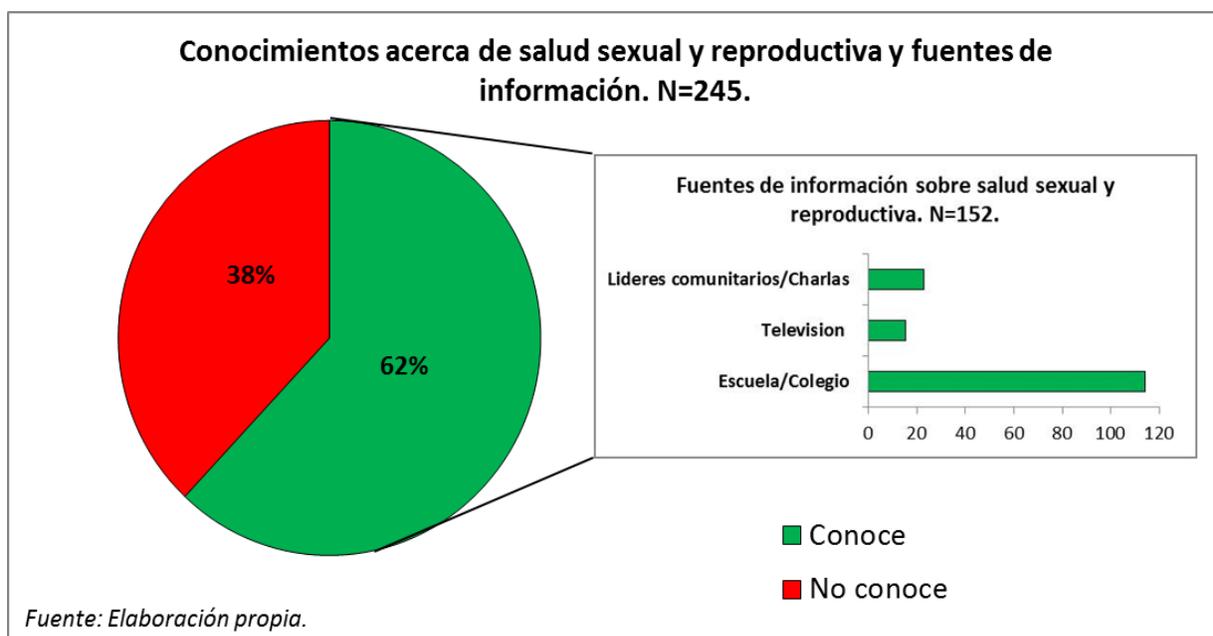


Gráfico 6: Conocimientos de la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado, acerca de salud sexual y reproductiva y fuentes de información. N=245.

La mayoría de las personas (62%) conocen o han escuchado sobre la salud sexual y reproductiva, mientras que el 38% nunca escuchó hablar sobre el tema. Del total de 152 personas que conocen acerca del tema salud sexual y reproductiva, el 15% se

enteró en charlas a través de líderes comunitarios, el 10% conoció el tema a través de la televisión (programas educativos, etc); mientras que las tres cuartas partes de los entrevistados (75%) conocieron sobre el tema en las escuelas o colegios donde asistieron.

Se preguntó acerca de quienes pensaban los miembros de la comunidad que deberían participar en las charlas relacionadas con temas de salud. Los resultados se observan en el gráfico 7.

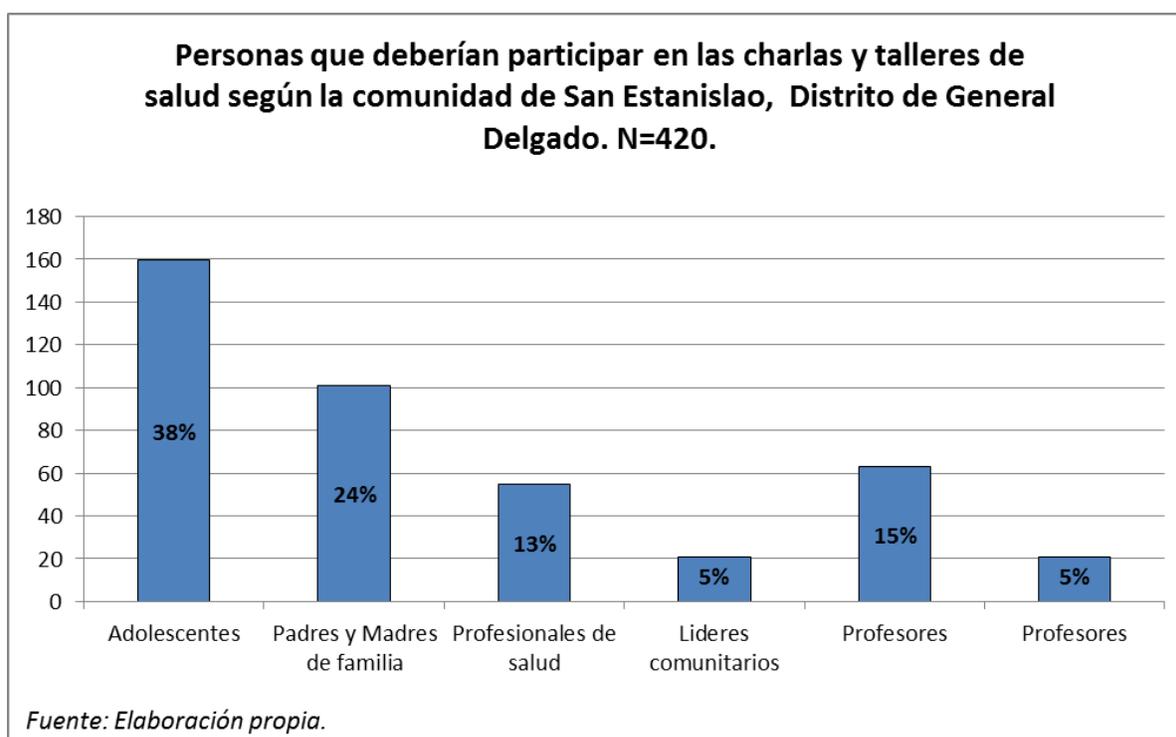


Gráfico 7: Personas que deberían participar en las charlas y talleres de salud según la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado. N=420.

Finalmente se exploró acerca de los temas que le interesan a la comunidad se traten en las charlas comunitarias. Los resultados se observan en el gráfico 8.

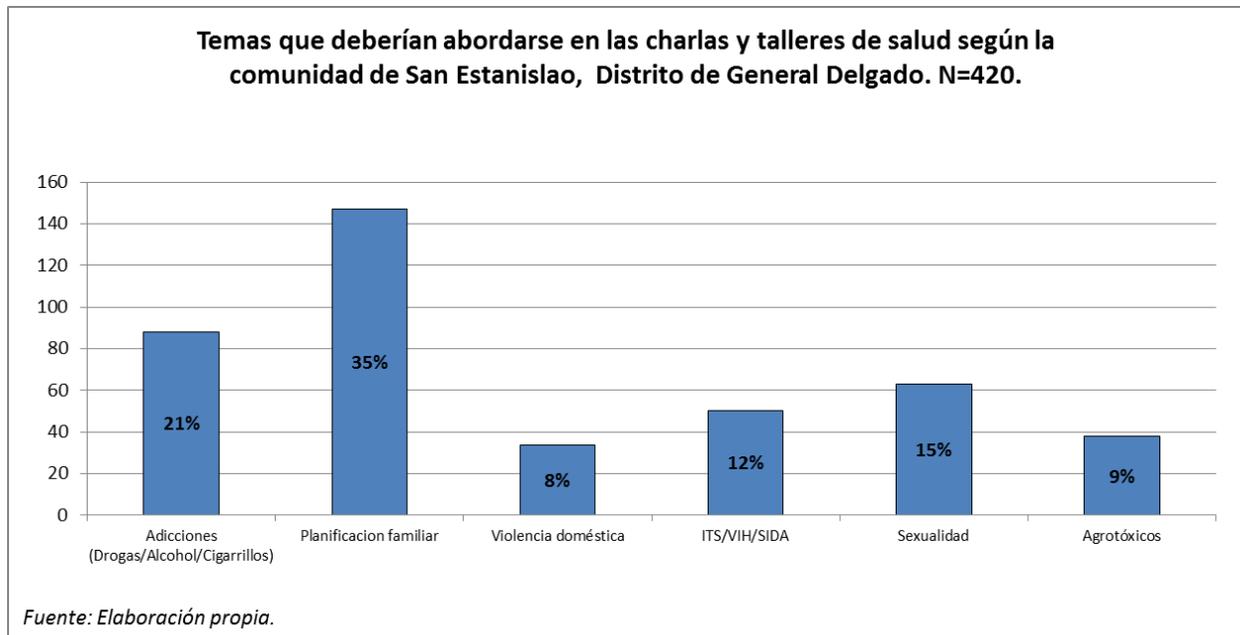


Gráfico 7: Temas que se deberían abordar en las charlas y talleres de salud según la comunidad de San Estanislao, Distrito de General Delgado. N=420.

La mayoría de las personas (35%) están interesadas en temas de planificación familiar y el 21% en las adicciones (drogas, alcohol y cigarrillos), mientras que el 15% quieren abordar temas relacionados con la sexualidad, el 12% se interesaron en las ITS y el VIH/SIDA; el 9% desearía que se abordaran temas relacionados con los agrotóxicos y el 8% de los entrevistados expresaron interés por la violencia doméstica.

6. CONCLUSIONES.

Teniendo en cuenta los resultados analizados en el capítulo anterior y los objetivos propuestos para el trabajo de investigación, se concluye que los mismos fueron logrados según lo siguiente:

- ✓ Todas las consultas estudiadas comparativamente (pediatría, pre-natal y medicina general) aumentaron su cobertura según el análisis de nuevos casos atendidos.
- ✓ Las adicciones que manifestaron los encuestados estuvieron por debajo del 50% de incidencia en todos los casos.
- ✓ Casi la mitad de los miembros de la comunidad de San Estanislao se automedican, de los que utilizan los servicios médicos, la gran mayoría asiste al centro de salud, otros al Hospital Regional y la minoría lo hace en IPS o servicio privado.
- ✓ Los motivos más frecuentes por los que las personas de la comunidad no asisten a las instituciones de salud son: falta de infraestructura y lejanía de las instalaciones; y falta de recursos propios para movilizarse hasta los lugares de atención. La minoría refirió una atención deficiente o ausente en algunos casos.
- ✓ Las escuelas y colegios son la mayor fuente de información sobre salud sexual y reproductiva, seguidos de la televisión y las charlas o talleres desarrollados en el entorno comunitario.

- ✓ Los adolescentes son el grupo que mayoritariamente se piensa deben asistir a las charlas y talleres desarrollados, seguidos de los padres de familias y los profesores de la comunidad.

- ✓ Entre los temas de más interés se encuentran la planificación familiar, la sexualidad y las adicciones. Se mencionan también como temas de interés las ITS-VIH/SIDA, la violencia doméstica y los agrotóxicos.

7. RECOMENDACIONES.

- ✓ Se recomienda al Centro de Salud de San Estanislao, Distrito de General Delgado trabajar con los miembros de la comunidad para elevar la asistencia de estos a los centros de salud disponibles en su entorno, y minimizar los hábitos de automedicación tanto individuales como colectivos.

- ✓ Se recomienda a las autoridades de salud local y regional realizar talleres participativos, charlas y encuentros con la comunidad con el objetivo de fomentar un mejor conocimiento en materia de salud y elevar la cobertura de atención.

- ✓ Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social mejorar la infraestructura y funcionamiento de los centros de salud del área, así como la construcción de nuevas instituciones para facilitar el acceso de la comunidad a dichos servicios.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Barradas Barata R: Epidemiología Social. Presentado en Mesa-Redonda en el VI Congreso Brasileño de Epidemiología. Recife, PE, Brasil. 19-23 de junio de 2004. Departamento de Medicina Social, Facultad de Ciencias Médicas, Santa Casa de San Pablo (FCMSCSP).
- Bonita, R. y otros: Epidemiología Básica. Segunda Edición. OPS. Washington, D. C. 2008.
- Breilh, J.: Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e interculturalidad. Ed. Lugar. Bs. As. 2007.
- Buck, C; Llopis, A; Najera, E; Terris, M.: El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. OPS/OMS Washington, D. C. 1988.
- Castellanos, PL.: Epidemiología y Organización de los servicios. La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 88. 1987.
- Comisión-Determinantes-Sociales-de-la-Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final. Buenos Aires: Ediciones Journal SA; 2008.
- Dirección General de Salud Pública/Consejería de Sanidad Gobierno de Cantabria, Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio, 2007.
- González Chévez, L. y Hersch, P.: Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una población rural en Salud Publica de México, 1994:V.35. N 4, pp. 393-402.

- MSP y BS-Paraguay, Manejo de Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la Atención Primaria de Salud, 2009.
- ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU 1948.
- Ortiz, Z. y otros: Epidemiología Básica y Vigilancia en Salud. Módulo No. 3: Cuantificación de los problemas de salud. Segunda Edición. OPS/OMS. Bs As. 2004.
- Tognoni, G.: Manual de Epidemiología Comunitaria. Edición CECOMET. s/d.

9. ANEXOS.

9.1. Perfil epidemiológico en Paraguay.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - PARAGUAY
DE TRANSICIÓN SANITARIA CON

<u>ENFERMEDADES DEL SUBDESARROLLO:</u>	<u>ENFERMEDADES DEL DESARROLLO:</u>
•PREVENIBLES POR VACUNAS	◆ CARDIOPATÍAS
•PARASITOSIS	◆ ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES
•DESNUTRICIÓN	◆ TUMORES
•DIARREAS	◆ VIOLENCIAS Y CAUSAS EXTERNAS
•NEUMONÍAS	◆ DIABETES
	◆ HIPERTENSIÓN ARTERIAL
	◆ DISLIPIDEMIAS

GRUPO DE TRABAJO PAIS: PARAGUAY

PROYECTO DE DESARROLLO Y REDIMENSIONAMIENTO DE SERVICIO DE SALUD MANAGUA NICARAGUA_2.007

8

9.2. Ubicación de la comunidad San Estanislao dentro del Distrito de General Delgado.

