



Elaboración de indicadores complejos: Un proyecto de trabajo colectivo en el Distrito Noroeste

Introducción:

El espacio de gestión distrital, se ha constituido en un proceso social que mediante la participación, el debate y el consenso, ha acumulado progresivamente legitimidad. Es un espacio formal, de participación colectiva de la gestión, con un ideario compartido: la construcción de un modo saludable de producir la vida. En este espacio acuden: el coordinador del distrito, los jefes de los Centros de Atención Primaria, y los trabajadores de salud que desean participar.

A partir de acuerdos, se tomó la decisión de incorporarnos - Epidemiología - a las reuniones de “gestión distrital” del Distrito Noroeste, con el objetivo, de construir un conocimiento epidemiológico que ayude a gestionar localmente. Es decir, construir una epidemiología para la “acción” y especialmente una epidemiología para la “salud colectiva”.

La **equidad** se colocó como uno de los desafíos colectivos prioritarios en esta construcción.

El enfrentamiento con la problemática social, compleja y determinada históricamente,

exige la búsqueda de soluciones que puedan ser viables y sostenidas en el tiempo. Por lo tanto, es en este espacio interdisciplinario de construcción donde instituidos en gestores de cambio, un pensamiento crítico adquiere un poder decisivo para reconocer y transformar los problemas.

La gestión colectiva puede canalizarse básicamente a través de tres mecanismos: la planificación estratégica, el monitoreo estratégico y la génesis de un instrumento contextualizado y humanizado de información que fortalezca la capacidad de negociación de la comunidad y la contraloría social.

Entendemos la **planificación estratégica**, como el proceso de construcción de un proyecto colectivo con claridad de objetivos, en un escenario de inequidad social y bajo una estructura de poder (de clase, de género, etnocultural). Es un movimiento que implica varios momentos que no se realizan de manera lineal o mecánica, pero cuyo desarrollo va gradándose según las demandas de intervención:

- Momento de construcción de una matriz de procesos críticos¹ (en la que se formulan

¹ Se utiliza la conceptualización operativa de Jaime Breilh, para quien un proceso crítico es el objeto dinámico de transformación de una gestión de salud, que se define o concreta en la confluencia de un territorio o espacio social; donde se destacan con fines de gestión ciertas dimensiones del perfil epidemiológico; aplicados a grupos sociales claves en el proceso participativo; todo lo cual implica enfocar con preeminencia ciertos efectos o procesos terminales. Dichos elementos convergen para estructurar una matriz de procesos críticos, que es un instrumento de análisis estratégico y que aunque no copa todos los aspectos de la gestión, otorga énfasis a aquellos de mayor peso en la determinación de las condiciones de vida y salud y que permiten acciones participativas para resolver problemas, elevando al mismo tiempo la conciencia colectiva, la organización y el empoderamiento de los grupos y sus órganos de acción.

los elementos del perfil epidemiológico sobre los que se enfoca el conocimiento y la acción, relacionados a grupos claves y situados en un territorio social y ecosistema).

- Un momento explicativo en el que se esclarecen los lineamientos y se agenda la acción y se analizan las fuerzas involucradas (favorecedoras y obstaculizadoras)

- Un momento de análisis propiamente estratégico, en el que asumen las prioridades y las líneas de acción.

- Un momento operativo.

Nuestro desafío fue desarrollar experiencias que apunten a la genealogía metodológica y organizativa del proceso de construcción de problemas y “que al ser objeto de reflexión y sistematización teórica, permitan que se avance con propuestas prácticas en una espiral continua de acción- reflexión -acción”².

Desarrollo:

La concepción topográfico-administrativa del Distrito Noroeste, muestra un esfuerzo de coordinación interinstitucional que enfatiza la racionalización administrativa.

La gestión administrativa y de servicios del sector salud, actúa en unidades territoriales definidas; mientras que la vida transcurre en una totalidad, que a nuestros ojos se ve recordada, donde se expresan según contradicciones más o menos intensas, las interacciones entre las divisiones de la naturaleza, las resultantes de la ocupación humana en los procesos de reproducción social (espaciales), y las territoriales. La reorientación del modelo asistencial conduce a pensar que el contenido esencial para la salud colectiva supera el significado de delimitación del poder administrativo o de responsabilidad sobre la situación de salud de la población, para incluir la indispensable articulación de los actores sociales que coexisten en el territorio.

Aproximarnos a esta idea de totalidad, fue la premisa para poder actuar en el sentido de la equidad.

Fueron necesarios varios encuentros intencionales en las reuniones del distrito, donde la **interdisciplinariedad** incluyó intercambios de enriquecimiento mutuo y transformación. Esta interdisciplinariedad comprende en sí misma una forma particular de trabajo, que tiene que ver con aperturas conceptuales y perceptuales, con vínculos y emociones, y donde el debate y la discusión fueron parte constitutiva del enfoque. Aquí, es donde el enfoque interdisciplinario supera al método y donde lo cualitativo cobra dimensión. El énfasis en el trabajo se puso en la construcción colectiva del problema. Surgieron así ideas: “área de responsabilidad como área de trabajo?, adscripción como ordenador de las prácticas?, impacto generado en la comunidad, intersectorialidad, participación comunitaria, identificación de grupos vulnerables, priorización de problemas, desborde...”³

El camino se inició con una pregunta casi elemental: para quiénes trabajamos en salud?. Así, surgió la necesidad de describir los escenarios y de identificar la población - territorio. Este territorio, según lo consensuado, no necesariamente podía coincidir con la división administrativa definida. En tal caso se comenzaron a definir especificidades, variables y categorías que permitirían a su vez definir indicadores e índices complejos.

Se entendió por territorialidad a los procesos que generan la identidad, pertenencia y solidaridad como fuerza motriz de la vida en los espacios. En esta concepción contradictoria, tanto el territorio está espacializado, como el espacio está territorializado.

Representar este territorio-proceso, en su dinámica a través de una configuración gráfica interactiva, con los problemas que se distribu-

² Vilaca Mendes. El proceso social del cambio de las prácticas sanitarias del sistema único de salud. Distrito sanitario. Río de Janeiro. 1993.

³ expresiones textuales

yen en el territorio, según las condiciones de vida de la población, donde se reproducen las formas de vivir, enfermar y morir, requiere de un método dialéctico, que no desprende sus reglas ni de la observación pura ni de ninguna facultad teórica sino de la praxis⁴.

A partir de los relatos de los trabajadores de la salud, quienes aportaron al equipo las percepciones constitutivas de sus poblaciones, los modos de vida y los “grupos vulnerables”, es que se inició el recorrido de lo subjetivo a la intersubjetividad del grupo. Se buscaron en los enunciados, variables y categorías para construir información, que nos permitiera desarrollar un “índice complejo de condiciones de vida”.

La selección de indicadores se basó, entonces, en la búsqueda de datos que representen las situaciones definidas por los equipos de salud del distrito y que a su vez se encuentren disponibles y que posean representatividad de las diversas dimensiones de salud con suficiente variabilidad para discriminar entre situaciones.

Es decir, se transitó de “conceptos” intersubjetivos, a datos obtenidos a través del Censo 2001, de las unidades de análisis más pequeñas que se disponían -radio censal.

Posteriormente se requirió sintetizar esta información, en un sólo índice. Éste debía tener en consideración los diferentes aspectos de la situación de salud, y a su vez debía ser sencillo de calcular y que considere la distribución de todos los grupos.

Este “índice complejo de condiciones de vida” se integró con los siguientes aspectos o dimensiones: salud, infraestructura sanitaria y aspectos económicos sociales.

A partir de este proceso de convergencia e integración, se elaboraron en el SiME (Sistema Municipal de Epidemiología), dos mapas, utilizando sistemas de información geográfica en salud (SIG-epi): uno contando con sólo 3 indi-

cadores (Mapa 1) y un segundo incorporando 9 indicadores (Mapa 2).

Cabe destacar que el diseño y el desarrollo de instrumentos, debe a partir de esta mirada epistemológica, incorporarse al espacio comunicacional humano, para lo cual se consideró imprescindible la utilización de una “estrategia cognitiva”⁵, que permita flexibilizar el proceso de conocimiento, asociado a la elaboración del instrumento. Por lo tanto se llevó al seno del equipo distrital, los dos mapas elaborados, para reconocer cuál era el índice que mejor representaba el territorio definido por el equipo.

En la confrontación del instrumento, el equipo del distrito coincidió, después de la discusión con respecto a los mismos, que el mapa 2 era el que mejor representaba los territorios-espacios recorridos y vivenciados cotidianamente por los equipos locales y que éste era “el mapa que hubiésemos hecho a mano”.

La necesidad local de los equipos de salud, de integrar la realidad territorial al proceso de toma de decisiones para efectivizar los recursos y enfrentar los problemas de manera articulada e integrada, se encontraba y se encuentra en diferentes momentos de construcción de espacios de trabajo interdisciplinario e intersectorial, que han ido de manera dinámica, conformando áreas socio sanitarias.

Esta validación intersubjetiva de un instrumento geográfico consensuado interdisciplinariamente, permite abordar la dialéctica de lo objetivo y lo subjetivo, lo teórico y lo práctico, lo cualitativo y lo cuantitativo. Permite, además, reconocer la multireferencialidad teórica que abre nuevos enfoques a los abordajes de los problemas en un intento por superar los límites estrechos que cada disciplina impone y así, acumular en una estructura cooperativa y abierta, direccionada en el mismo sentido.

⁴ Se entiende por praxis a la producción humana donde la actividad se transforma en los modelos con que los seres humanos se apropián del mundo y desprenden las reglas necesarias para arrancar y desarrollar el proceso de conocimiento (Samaja 1993).

⁵ Lavanderos, A y Malpartida, A. Cognición y territorio. Editorial Universitaria Universidad Tecnológica Metropolitana. 2001

Mapa 1

Índice complejo de condiciones de vida- Distrito Noroeste

El indicador está integrado por los siguientes aspectos:

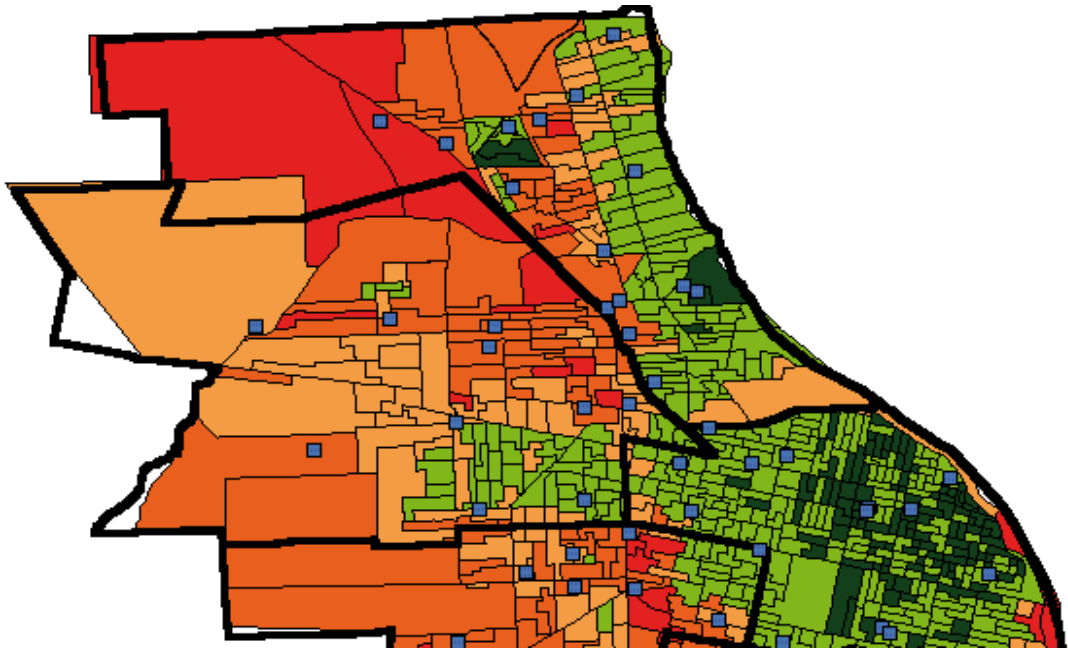
- Salud (porcentaje de población con obra social)
- Infraestructura sanitaria (porcentaje de hogares con red cloacal)
- Económico-social (privación de recursos corrientes - disponibilidad económica).

Unidad de análisis: radio censal.

Fuente: INDEC Censo 2001.

Mapa elaborado por el : Sistema Municipal de Epidemiología - S.S.P. Municipalidad de Rosario.

Fecha de elaboración: 19 de abril de 2006.



Referencias

	Muy alto
	Alto
	Medio
	Bajo
	Muy bajo

Mapa 2

Índice complejo de condiciones de vida - Distrito Noroeste

El indicador está integrado por los siguientes aspectos:

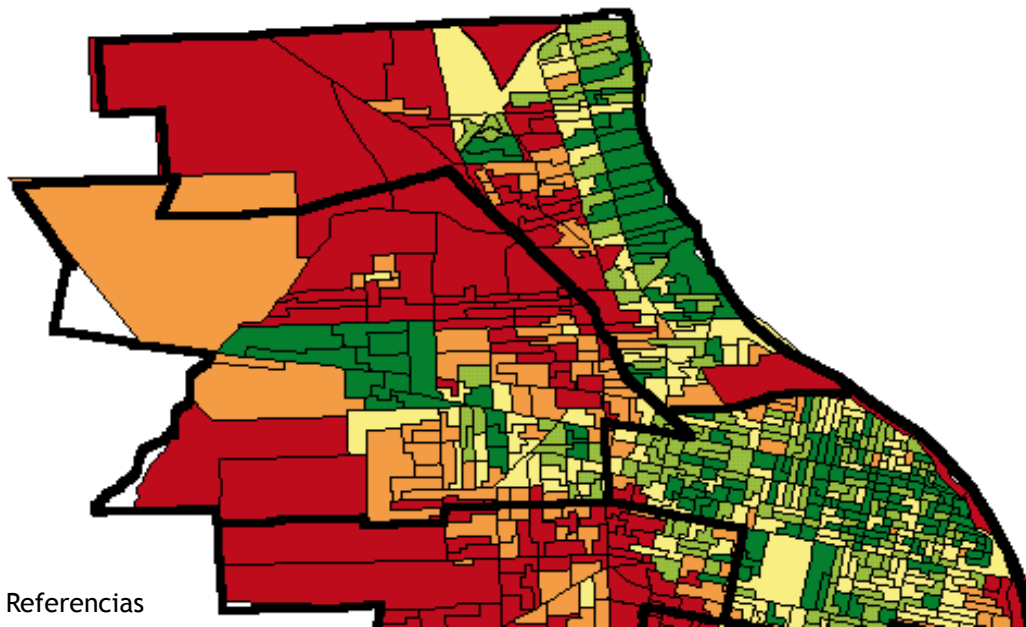
- Infraestructura sanitaria (porcentaje de hogares con agua dentro de la vivienda, porcentaje de hogares con red cloacal, porcentaje de hogares con cámara séptica y pozo ciego).
- Salud (porcentaje de hogares con obra social).
- Educación (porcentaje de población que asiste a algún establecimiento educacional y porcentaje de población que asistió a algún establecimiento educacional).
- Económico - social (porcentaje de hogares con vivienda propia y porcentaje de hogares con privación de recursos corriente - disponibilidad monetaria-).
- Demográfico (índice de envejecimiento).

Unidad de análisis: radio censal.

Fuente: INDEC Censo 2001

Mapa elaborado por el : Sistema Municipal de Epidemiología - S.S.P. Municipalidad de Rosario.

Fecha de elaboración: 20 de abril de 2006.



Referencias

	Muy alto
	Alto
	Medio
	Bajo
	Muy bajo