

VALERIA INÉS PURICELLI

**“LOS DATOS TE MODIFICAN LAS MIRADAS”
MORBIMORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SU PROCESO DE REGISTRO EN
VILLA LA ANGOSTURA, NEUQUÉN, ARGENTINA**

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

MAS GLOBAL

MÁSTER EN
ANTROPOLOGÍA MÉDICA
Y SALUD GLOBAL

MASTER'S DEGREE IN MEDICAL
ANTHROPOLOGY AND GLOBAL HEALTH

Tutora: SUSANA RAMÍREZ HITTA

Máster en Antropología Médica y Salud Global

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social



Tarragona
Enero, 2024

Resumen

El presente trabajo, que forma parte de una tesis doctoral, se propone analizar la morbimortalidad por enfermedades crónicas de las personas que viven en un barrio popular de Villa La Angostura, Neuquén. Para ello, a lo largo del trabajo, reconstruimos las representaciones sociales de los/as trabajadores/as de un centro de atención primaria sobre la morbimortalidad del barrio en estudio y analizamos los registros de morbimortalidad local. Encontramos una brecha entre lo que los/as trabajadores/as perciben que afecta el proceso salud/enfermedad de las personas y lo que mostraban las estadísticas epidemiológicas. Esto motivó a indagar sobre la forma de registrar estos datos y el sentido que le otorgan a esta práctica los/as trabajadores/as. Partimos de la base de que los registros epidemiológicos al ser una construcción sociocultural con sustento biomédico no expresan la complejidad del proceso salud/enfermedad de la población, y las perspectivas de los/as trabajadores/as sanitarios/as posibilitan reconstruir esta complejidad. Para dar cuenta del objetivo propuesto, analizamos cuanti y cualitativamente los registros estadísticos y las representaciones sociales de los/as trabajadores/as de salud relevadas mediante la técnica de entrevista.

Palabras clave

Enfermedades crónicas; antropología médica; epidemiología

Agradecimientos

Quisiera agradecer en primera medida a mi tutora de tesis, la Dra. en antropología Susana Ramírez Hita, por haberme guiado con excelencia, rigurosidad y sobre todo paciencia, en este camino de investigación. Sin sus aportes y confianza en mi persona, este trabajo no habría sido posible.

A la Universidad Rovira i Virgili, por haberme permitido realizar este Máster que modificó radicalmente mi mirada profesional.

A la Dra. en antropología Ana Domínguez Mon, quien me abrió las puertas al mundo de las ciencias sociales y compartió conmigo su experiencia con una generosidad y una calidez humana entrañables.

A los/as trabajadores/as del Centro de salud Mallín-Margaritas y del hospital “Dr. Oscar Arraiz” que me abrieron las puertas y la escucha para contarme con paciencia sobre su trabajo cotidiano. A mi hermana, la Lic. en antropología, Verónica V. Puricelli y a su compañero Prof. en antropología Santiago A. Zabaleta, quienes me acompañaron y apoyaron con amor en mis avances y retrocesos durante la escritura de la tesis.

A mis colegas y compañeros/as, la Lic. en enfermería Eliana Correa Matus y el Lic. en sociología Marcelo Barrera, por el apoyo moral que me brindaron durante el último tramo de la cursada del Máster.

A mi madre, la Dra. en neurología Mirtha G. Amores, por sus palabras de aliento y por la profunda fe en mí y en mi trabajo. A Nicolás, mi compañero de vida, por la paciencia y el respeto por mis momentos de trabajo arduo y por ser mi respaldo en los momentos de desasosiego. A mis hijas, Ananda y Amalur, por su existencia y por su amor total.

Y finalmente a mí misma, por haberme permitido este intenso transitar desde mi formación médica hacia mi formación antropológica.

Índice

1. Introducción	6
2. Presentación de la realidad analizada	8
3. Marco teórico-metodológico	14
4. Análisis del material	24
Análisis cuantitativo de la morbilidad.....	24
Representaciones de los/as trabajadores/as del Centro de Salud sobre los problemas de salud de las personas del barrio El Mallín	36
Representaciones de los/as trabajadores/as del Centro de Salud sobre los registros estadísticos	45
5. Reflexiones finales	53
6. Bibliografía	56

Siglas

ANDES: Aplicaciones Neuquinas de Salud

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10° revisión

CS: Centro de Salud

ECNTs: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

ENOs: Enfermedades de Notificación Obligatoria

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina

MMH: Modelo Médico Hegemónico

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

OMS: Organización Mundial de la Salud

PSE o PSEA: Proceso de Salud/Enfermedad o Proceso de Salud/Enfermedad/Atención

SIPS: Sistema de Información Provincial en Salud

SNOMED CT: *Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms*

UNRN: Universidad Nacional de Río Negro

URV: Universidad Rovira i Virgili

VLA: Villa La Angostura

1. Introducción

El presente trabajo se encuentra dentro del marco de una investigación doctoral¹, que tiene como propósito describir y analizar los saberes y prácticas de cuidado de su salud de las personas que viven con enfermedades crónicas en un barrio popular de Villa La Angostura, Neuquén. Partimos de que las enfermedades crónicas representan actualmente en Argentina la primera causa de mortalidad y una gran carga de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2020). Dado que son enfermedades que hasta el momento no tienen cura definitiva, las personas desarrollan diferentes estrategias de gestión de su enfermedad en su vida cotidiana (Conrad, 1990). Estas prácticas pueden ser comprendidas desde el enfoque de cuidados, como aquellas actividades destinadas al bienestar y al mantenimiento de la vida (Domínguez Mon et al., 2012, 2014; 2017).

Como primera instancia de investigación nos propusimos comprender de qué se enferman y se mueren las personas que viven en el barrio de estudio y en Villa La Angostura identificando las principales enfermedades crónicas. Nos encontramos con un obstáculo, no hay información local sobre la incidencia y prevalencia de enfermedades (excepto las de notificación obligatoria²). Así, realizamos un relevamiento de las estadísticas de morbimortalidad local e indagamos las representaciones sociales sobre la morbimortalidad local de los/as trabajadores/as de un centro de atención primaria de la salud ubicado en el barrio. En un primer análisis encontramos una brecha entre lo que los/as trabajadores/as perciben que afecta el proceso salud/enfermedad (PSE) de las personas y lo que nos mostraba nuestro análisis de las estadísticas epidemiológicas, por lo que quisimos indagar ¿a qué se debe esta brecha entre las representaciones y los datos epidemiológicos? Esta situación y el hecho de que no estuviera disponible la información sobre las principales causas de mortalidad y de enfermedades de la localidad, sumaron nuevos interrogantes en torno a la producción de los datos epidemiológicos. ¿Quién, cómo y para qué registra? ¿Qué sentidos y significados tiene la práctica de registrar datos sanitarios para el personal de salud? ¿Qué información se puede obtener de los registros y qué no? Para responder estas preguntas, indagamos sobre la forma de registrar estos datos y el sentido que le otorgan a esta práctica los trabajadores/as y analizamos cualitativamente las bases de datos estadísticas. Partimos de la base de que los registros estadísticos revelan los valores de una sociedad a través de aquello que “se juzga lo suficientemente valioso como para

¹ En agosto 2022 comencé el Doctorado UNRN con mención en ciencias sociales y humanidades de la Universidad Nacional de Río Negro, Argentina.

² Son aquellas enfermedades transmisibles que el personal de salud debe notificar en forma inmediata y obligatoria a los organismos nacionales de salud.

contarlo y registrarlo” (Scheper Hughes, 2000, p. 271). Nuestra hipótesis principal es que estos registros son una construcción sociocultural que refleja una visión biomédica del proceso salud/enfermedad de las personas, y que, a su vez, los/as trabajadores/as sanitarios/as reconocen determinadas problemáticas que superan el sistema de clasificación biomédica que no quedan registrados oficialmente, tales como las dimensiones subjetivas de la dolencia y la situación social en la que se inscriben estas vivencias.

Esta primera etapa de investigación da origen al presente trabajo de fin de Máster en Antropología Médica y Salud Global (URV) que está estructurado de la siguiente manera.

En el primer apartado presentamos el contexto de producción del problema de investigación, centrado principalmente en destacar las particularidades del barrio y localidad en estudio y el funcionamiento del sistema de salud local. A continuación, una breve introducción al sistema de registro de datos epidemiológicos utilizado localmente que habilita nuestros interrogantes sobre las formas de producir conocimiento sanitario. En el segundo apartado exponemos el marco teórico que sustenta nuestro análisis, los objetivos propuestos a investigar y la estrategia metodológica utilizada. En el tercer apartado mostramos el análisis del material relevado, presentamos el análisis cuantitativo de la morbimortalidad de Villa La Angostura y del Centro de Salud ubicado en el barrio en estudio y a continuación el análisis de las representaciones de los/as trabajadores/as del mencionado centro de salud sobre los principales problemas de salud y sus diversas formas de registrarlo, recuperamos los sentidos que otorgan a la práctica de registrar. Observamos una brecha entre lo que los/as trabajadores/as perciben como problemáticas del barrio y lo que finalmente queda registrado. Identificamos estrategias creativas de registro llevadas adelante por los/as trabajadores/as, intentando sortear el carácter biomédico centrado en individuos enfermos descontextualizados de su historia personal y de su grupo social que reflejan los registros epidemiológicos.

2. Presentación de la realidad analizada

Desde la década del '70 en Argentina se ha dado un aumento sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles, representando hoy la primera causa de mortalidad³ y una importante carga de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2020).

De acuerdo con el Ministerio de salud de la Nación (Ministerio de Salud de la Nación, 2013) las ECNTs se caracterizan por ser enfermedades de larga duración cuya etiología se debe a una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y sociales. Dentro de esta categoría se incluyen las enfermedades cardiovasculares (infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares y enfermedad vascular periférica), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC y el asma) y la diabetes.

La particularidad de las enfermedades crónicas es su evolución incierta, con períodos de mejoría y de empeoramiento, que genera incertidumbre en las personas afectadas. Dado que son enfermedades que hasta el momento no tienen cura definitiva, las personas deben desarrollar diferentes estrategias de gestión de su enfermedad en su vida cotidiana (Conrad, 1990), considerando que, en términos de Byron Good (2003), las enfermedades no tienen lugar en el cuerpo sino en la vida. Estas experiencias se inscriben en condiciones socioeconómicas de las/os personas afectadas por las enfermedades crónicas. En este sentido, se ha evidenciado que la desigualdad socioeconómica tiene un fuerte impacto negativo en la evolución de las ECNTs generando mayor morbimortalidad (Organización Mundial de la Salud, 2022). En función del lugar que ocupan en la estructura social, las personas que viven con ECNTs también están expuestas de manera desigual a procesos de morbilidad, discapacidad y mortalidad. Aquéllas que se encuentran en los estratos sociales más bajos enferman más y mueren antes.

Villa La Angostura (VLA), localidad donde realizamos el estudio, está ubicada sobre la ruta nacional 40, al sur de la provincia de Neuquén, Argentina. Se estima⁴ que en la actualidad (año 2023) cuenta con una población de 17770 habitantes (Dirección provincial de Estadística y Censos del Neuquén, 2022). VLA es un enclave turístico de alto nivel, los últimos años se ha visto una importante expansión inmobiliaria hotelera y de barrios privados (Fernández, 2022; Soriano, 2023). Si bien presenta los índices de actividad económica más alta de la provincia y los más bajos de desempleo (Dirección provincial de Estadística y Censos del Neuquén, 2017),

³ En Argentina las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables del 78% de las muertes (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

⁴ Los datos del CENSO 2022 aún están en proceso. El último censo realizado fue en 2010.

la actividad turística presenta una fuerte estacionalidad que se replica en la discontinuidad temporal del empleo. Los datos estadísticos socioeconómicos (Dirección Provincial de Estadística y Censos. Provincia del Neuquén, 2023) muestran que hay sectores de la localidad marcadamente vulnerables, revelando una gran desigualdad social.

El barrio El Mallín, donde nos centramos en esta investigación, está ubicado a mitad de camino entre el centro y el puerto de VLA que se encuentran conectados por el Boulevard Nahuel Huapi. El barrio se esconde detrás de la Laguna El Calafate cuya arboleda no permite visualizarlo desde el boulevard.

Este barrio presenta el mayor índice de Necesidades Básicas Insatisfechas⁵ (NBI) de la localidad (11.2%) y la mayor densidad poblacional (De Mendieta, 2022), que contrasta con los barrios privados como Cumelén Country Club entre otros. Fue creado en el año 1985. Desde 1983, el gobierno municipal en articulación con el Instituto Provincial de Viviendas comenzó una política de viviendas sociales, para responder al incremento poblacional de VLA por la inmigración externa (principalmente desde Chile) e interna. En 1985, realizó un loteo sobre los lotes fiscales 73 y 74 para la creación de viviendas, que dio lugar a los barrios El Mallín y Las Margaritas. El lote 73, ubicación actual del barrio El Mallín, era un mallín, es decir un humedal. Con el fin de realizar el desagüe y secado del mallín, el Municipio construyó canales para drenar el agua hacia la laguna El Calafate. Aun así, es un barrio que sufre inundaciones en las épocas de lluvia (que son abundantes) y el agua ingresa a las casas. Las casas cuentan con pozos ciegos para el desagüe cloacal, pero se saturan por la humedad de los terrenos. La filtración de los desechos contaminó la tierra alrededor de las casas, las napas subterráneas y secundariamente la laguna El Calafate, donde desembocan las napas y los canales que atraviesan todo el barrio. Recién en 2022, las casas del barrio se comenzaron a conectar a la red cloacal. Además, un sector del barrio era una zona destinada al basurero municipal fue rellenada y hoy forma parte de los barrios El Mallín y Las Margaritas, lo cual pronuncia la contaminación de las tierras.

Con respecto al sistema de salud en Villa La Angostura, éste se compone principalmente por el subsector público contando con un hospital categoría III (hospital rural), tres centros de salud (CS) urbanos y uno rural (Villa Traful). El hospital de VLA corresponde a la zona sanitaria IV⁶ junto con Villa Traful, San Martín de los Andes, Junín de los Andes y Las Coloradas, siendo el

⁵ Para información sobre NBI consultar el glosario del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en: https://www.indec.gob.ar/ftp/indecinforma/nuevaweb/cuadros/7/sesd_glosario.pdf

⁶ El sistema de salud pública neuquino está dividido en seis Zonas Sanitarias, donde cada zona sanitaria cuenta con un hospital de referencia dado que posee mayor complejidad.

Dr. Ramón Carrillo de San Martín de los Andes el hospital de referencia. El hospital cuenta con consultorios externos, guardia para emergencias 24 horas, sala de partos, quirófano, 22 camas de internación general, servicios de laboratorio, radiología, psicosocial⁷, nutrición, kinesiología, odontología. El área médica posee cuatro servicios básicos (clínica, ginecoobstetricia, pediatría y cirugía) y profesionales de otras especialidades⁸ Muchos profesionales han sido incorporados durante y posteriormente a la pandemia por COVID-19⁹, especialmente terapia intensiva. El hecho de que el hospital tenga una complejidad de tipo rural hace que si una persona necesita realizarse estudios de complejidad (tomografía, resonancia), consultar con otros especialistas (por ejemplo, nefrología), o requiere de una internación en terapia intensiva o una cirugía de complejidad, deberá hacerlo en San Carlos de Bariloche (80 km), San Martín de los Andes (110 km), Neuquén capital (480 km) o Buenos Aires (1600 km) según la necesidad y la cobertura médica.

Los centros de salud urbanos están ubicados en distintas zonas de la localidad, brindan asistencia a todos los barrios. El centro de Salud Barrio Norte está ubicado al noroeste del ejido urbano (a 2.2 km del hospital local). El centro de Salud Piedritas, en el sector sur del ejido urbano cruzando el arroyo Piedritas (a 2.2 km del hospital local). Y el centro de Salud Mallín-Margaritas, en la zona más poblada de la localidad, cercano a la zona de asentamiento de los primeros pobladores (a 1.4 km del hospital local). Abarca los barrios Peumayen, Las Margaritas, Calafate, El Mallín, El Pinar, Puertos de la Villa, Maikana, Antihue y Del Ciprés. El CS Mallín-Margaritas fue inaugurado el 15 de mayo de 2005. Funciona de lunes a viernes de 8 a 16 horas. La práctica asistencial comprende actividades de consultorio dentro del centro de salud y visitas domiciliarias. Los centros de salud cuentan en forma fija con profesionales de enfermería, medicina general, trabajo social, psicología y odontología. Y algunos días de la semana atienden profesionales de clínica, pediatría, ginecoobstetricia, fonoaudiología y nutrición, provenientes del hospital. A su vez, los/as médicos/as generalistas realizan guardias en el hospital.

Además, la localidad cuenta con un Centro Educativo Terapéutico que funciona como centro de Rehabilitación de personas con discapacidad, y el Centro de Día Amancay como centro de

⁷ Servicio integrado por trabajadoras sociales, psicólogos/as, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y acompañantes terapéuticos

⁸ Como terapia intensiva, neumonología, neurología, cardiología, traumatología, oftalmología, ecografía, medicina general y emergentología.

⁹ En marzo de 2020 la OMS declaró a la epidemia por COVID-19 una pandemia ya que afectaba varios países en todo el mundo. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>. A partir de ese momento se adoptaron estrategias de control del contagio basado principalmente en el aislamiento social obligatorio (ASPO). Los diferentes servicios de salud reacondicionaron su funcionamiento para afrontar esta pandemia.

Rehabilitación de Adicciones e Inserción Laboral. El primero tiene dependencia municipal, el segundo, provincial.

En el subsector privado y de obras sociales, hay cinco policlínicas: CEMIN, Consultorio Angostura, San Camilo, LEA y Consultorios Calafate, que cuentan con diversas especialidades médicas, psicología, odontología, kinesiología, servicio de imágenes (ecografía y tomografía) y laboratorio de análisis bioquímicos. Además, hay consultorios privados particulares de distintos profesionales de la salud tanto del sistema oficial como no oficial (osteopatía, medicina antroposófica). Es de destacar que todos los policlínicas y consultorios particulares están ubicados en la zona céntrica o en barrios aledaños de alto estatus social. El único efector de salud pública y privada alopática que está ubicado en el barrio El Mallín es el Centro de salud Mallín-Margaritas.

Con respecto a la información sanitaria, desde el sistema de salud pública de VLA se recaban sistemáticamente datos a partir de las prestaciones realizadas en forma ambulatoria, de emergencia, de los egresos hospitalarios de internación, de los certificados de nacimiento y defunción y de algunos registros específicos de acuerdo con determinados programas de salud focalizados en una población concreta (por ejemplo, el sistema de información perinatal). Estos registros son codificados y estos códigos están predeterminados. Se basan en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° revisión (CIE-10) (Ministerio de Salud de la Nación, 2020) y desde enero 2018 en Argentina se utiliza el SNOMED CT (Ministerio de Salud de la Nación, 2021a), clasificación que fue adoptada por el hospital de VLA en septiembre de 2019. El objetivo principal de este tipo de clasificaciones es estandarizar las categorías médicas y poder realizar comparaciones internacionales.

En el hospital y los centros de salud, todas las prestaciones dirigidas a usuarios/as son registradas en sus historias clínicas. Hasta 2015 se utilizaba historia clínica en papel y se asignaba a la prestación un código diagnóstico que se colocaba en un formulario de papel (denominado C2) del cual se producía la información estadística. A partir de 2015 se introdujo un sistema informático denominado Sistema de Información Provincial en Salud (SIPS), donde se colocaba el código diagnóstico, pero se continuó registrando la información clínica en la historia clínica de papel de cada usuario/a. Desde septiembre de 2019, el SIPS ha sido paulatinamente reemplazado por el sistema de Aplicaciones Neuquinas de Salud (ANDES) que se utiliza en la actualidad. El ANDES es una plataforma digital impulsada por el ministerio de salud de Neuquén que comenzó a implementarse en los distintos efectores de salud pública de la provincia, desde mediados de 2019. El objetivo principal es la unificación de la información de la salud de los/as usuarios/as del sistema de salud. La plataforma permite incorporar todos

los datos sobre vacunación, resultados de estudios de imágenes, de laboratorio y los registros de la historia clínica efectuados por los profesionales que asisten a los/as usuarios/as, entre otros. También permite a los/as usuarios/as acceder a su propia información de salud.

Para el registro de las historias clínicas, el ANDES utiliza un sistema de clasificación basado en códigos denominado SNOMED CT. El Ministerio de Salud de la Nación adoptó este sistema clasificatorio de terminologías médicas a partir de enero de 2018, y recomienda su utilización para estructurar, registrar, analizar y compartir la información en salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2021b). La OMS tiene un acuerdo con la organización internacional promotora del SNOMED CT, por lo que han desarrollado referencias cruzadas entre los términos de ambos sistemas. Es así como los códigos del SNOMED CT tienen una equivalencia dentro del CIE-10.

De los datos registrados en las historias clínicas, el servicio de estadística del hospital se basa en el código otorgado a la prestación para producir información sanitaria. Estos datos también son analizados por la coordinación zonal (de zona sanitaria IV) de estadísticas y luego por la dirección provincial de información sanitaria.

A partir del hecho de realizar los diagnósticos desde un único modelo interpretativo podemos anticipar algunos problemas. Partimos de que comprendemos al sistema de salud biomédico como un sistema construido socioculturalmente (Kleinman, 1980), en el que la información estadística sanitaria también responde a un proceso de construcción social del instrumento de recolección de datos y de las formas en que el personal de salud traduce los motivos de consulta clínica a un diagnóstico codificable. Como demostró Nancy Scheper Hughes (2000), los registros estadísticos revelan los valores de una sociedad a través de aquello que “se juzga lo suficientemente valioso como para contarlo y registrarlo” (p. 271). Asumimos que los registros epidemiológicos reflejan la concepción del modelo biomédico hegemónico, recogiendo sólo lo que se considera relevante para dicho modelo teórico. De esa manera, las categorías no biomédicas (enfermedades populares y tradicionales), y todo aquello que no está comprendido dentro de las codificaciones propuestas, no ingresarían al sistema estadístico oficial siendo imposible su reconocimiento. A la vez, estos registros al responder a un modelo unicausal, biologicista e individualista de las enfermedades¹⁰ (Diez Roux, 2012; Menéndez, 2020), no permitiría registrar elementos que puedan reconocer a los individuos como parte de grupos sociales en sus contextos políticos, históricos, socioeconómicos y culturales, que son los que generan una distribución desigual de la morbilidad en los diferentes estratos sociales (y de

¹⁰ Como veremos más adelante, de acuerdo con Eduardo Menéndez (1988, 2033, 2005 y 2020), el modelo biomédico hegemónico se caracteriza por ser biologicista e individualista, entre otras características.

género, etnia, religión). La biomedicina, y mismo la epidemiología, se acercan a la noción de enfermedad desde las definiciones profesionales basadas en una explicación biologicista (*disease*). Los aspectos subjetivos de la experiencia de la enfermedad (*illness*) y los significados sociales de esa experiencia no quedan incorporados en esta categoría de enfermedad. Además, muchas situaciones o problemas son naturalizados por los actores y eso impide que sean identificados como un problema. Asimismo, sólo quedan registradas las consultas de las personas que accedieron al sistema público de salud y no las consultas al subsector privado o a otros sistemas médicos. Y finalmente, las personas que consultan y quedan registradas pueden tener su asistencia condicionada por encontrarse bajo un determinado programa sanitario¹¹ (Ramírez Hita, 2009).

En síntesis, reconocemos a partir de estos trabajos algunas de las limitaciones que tienen los registros estadísticos para comprender la realidad sanitaria de los grupos sociales en forma integral. Como expusimos, en nuestro trabajo encontramos una brecha entre la información estadística y las representaciones acerca de los problemas de salud, enfermedad y mortalidad que los/as trabajadores/as del centro de salud perciben que afectan a las personas del barrio en estudio. De esta manera, proponemos en este trabajo indagar en qué consiste esta brecha, a qué se debe, qué información admiten estos registros y cuál no.

¹¹ Ramírez Hita (2009) demostró que los programas sanitarios dirigidos hacia la población materno-infantil favorecía la asistencia de este sector a la institución de salud y por lo tanto integraba las estadísticas, en desmedro de otros grupos sociales (hombres adultos) que no asistían al no pertenecer a un programa sanitario.

3. Marco teórico-metodológico

Para los fines de la investigación, comprendemos la salud/enfermedad como un proceso construido histórica y socialmente (Laurell, 1994) y no como un estado, como sugiere la definición de salud propuesta por la OMS en 1948 y actualmente vigente (Organización Mundial de la Salud, 2014). Menéndez (1994, 2003) a su vez incorpora como parte de este mismo proceso a la atención, denominándolo proceso de salud/enfermedad/atención (PSEA) considerando que enfermar, morir y atender la enfermedad son hechos que afectan la vida cotidiana de los grupos sociales y que históricamente todos los conjuntos sociales han diseñado estrategias de afrontamiento de sus padecimientos, construyendo representaciones y prácticas que estructuran un saber. La salud, la enfermedad, los padecimientos y la muerte son fenómenos dependientes de los procesos socioculturales y de esta manera es imposible escindir la salud y la enfermedad de los grupos sociales, del contexto donde transcurren. Cada sociedad, en su determinado contexto histórico y social, construye los parámetros de salud y de enfermedad, de normalidad y de anormalidad.

A su vez, el proceso salud/enfermedad se trata de un proceso dialéctico, ya que no se puede separar la salud de la enfermedad. La cronicidad de las enfermedades subraya esta dialéctica en tanto la enfermedad se integra en la trayectoria de vida de las personas quienes deben generar una nueva organización de la vida cotidiana y de la propia biografía. En este trabajo comprendemos como “enfermedades crónicas” a aquellas que tienen una duración prolongada en el tiempo, identificadas desde la perspectiva de los diferentes actores (especializados o no en el campo de la salud) y que pueden corresponderse o no con las definiciones de los organismos internacionales sobre las enfermedades incluidas en el grupo denominado “enfermedades crónicas no transmisibles”.

En relación con esto, Kleinman (1989) ha realizado una importante distinción teórica entre *illness* y *disease*, que podrían traducirse como padecimiento y enfermedad respectivamente. *Illness* se refiere a la experiencia subjetiva de la enfermedad, cómo la persona percibe, vive y responde a los síntomas de una afección, así como los categoriza, valora y explica. En cambio, *disease* se refiere a la reconfiguración de estos síntomas que realiza el agente de salud en base a las teorías biomédicas y su explicación mediante una alteración de la función o estructura biológica del organismo.

El modelo de la antropología médica crítica se caracteriza por analizar la dimensión social y cultural de la enfermedad. Consideramos importante incorporar estas dimensiones en los

problemas de salud los cuales deben ser estudiados como procesos y no como variables o indicadores (Haro, 2013).

Atendiendo a lo expuesto y a fines de no orientar las preguntas con una definición estandarizada de lo que es una “enfermedad” optamos por utilizar la noción de “problema de salud” comprendiéndolo como toda aquella condición o situación que afecta negativamente el bienestar o calidad de vida de una persona, produce sufrimiento o limita la vida, se pretende modificar para alcanzar un bienestar mayor y no se limita únicamente a los aspectos físicos o médicos.

Retomamos los estudios antropológicos que han convertido a la biomedicina en objeto de estudio, asumiendo que es una construcción social y cultural. Este nuevo modelo, que Ángel Martínez Hernández (2008) denomina “modelo crítico”, ha podido abrir reflexiones y dar lugar al análisis de las presunciones básicas en las que se basa la biomedicina. En este sentido, Kleinman (1980) sugiere estudiar todas las respuestas socialmente organizadas a la enfermedad de manera holística, entendiendo que constituyen un sistema cultural especial al que denominó *health care system*. De acuerdo con esto, dentro de este modelo, se sostiene que la biomedicina es un sistema sociocultural y debe ser analizado como cualquier otro sistema asistencial.

De esta manera, comprendemos el PSEA como una construcción social en la que se articulan las representaciones con las prácticas desarrolladas por todos los grupos sociales incluidos los profesionales de la salud. El concepto de “representaciones” lo definimos con los aportes de Mabel Grimberg (1997, como se citó en Ramírez Hita, 2010a, p. 54) como “la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar – dar sentido” que organizan las características de la práctica médica, y que responden a la formación técnico profesional, pero también a formaciones “interpretativas-valorativas” que son previas y colectivas dado que provienen del contexto sociocultural.

Con respecto al proceso asistencial realizado por los efectores de salud oficial, parte de este proceso consiste en realizar un diagnóstico clínico en base a signos objetivables y síntomas referidos por un individuo y poder registrar esa dolencia, asignándole una categoría biomédica. Byron Good (2003) en línea con los aportes de Kleinman, concibe a “la medicina como una forma simbólica a través de la que la realidad se formula y organiza de una manera específica” (p. 135). En este sentido, la historia clínica y los informes son “una práctica formativa, una práctica que modela la conversación tanto como la refleja, un medio para construir a una persona como un paciente, un documento y un proyecto” (Byron Good, 2003, p. 150). Las codificaciones diagnósticas son parte de esta traducción signo sintomatológica, que culmina en el código como una noción uniforme, homogénea, potencialmente universalizable, que refleja

un “consenso controlado sobre el sentido que se otorga al eje salud/enfermedad” (Fernández-Rufete, 2000). Nos interesa poder comprender cómo se traducen las dolencias a un código universal (CIE10 o SONMED CT) que luego se remite a los registros procesados estadísticamente y construyen la realidad epidemiológica local que sustenta las políticas sanitarias.

A su vez, Eduardo Menéndez ha llevado adelante numerosos estudios (1988, 2003, 2005, 2020), sobre las formas de atención de los padecimientos que operan en una sociedad determinada, identificando marcadas diferencias entre la forma de atención biomédica y la del resto de los sistemas de atención. Caracteriza tres modelos a los que denominó “modelo médico hegemónico” (MMH), modelo alternativo subalterno y modelo de autoatención, que se articulan en forma de “transacciones” en el marco de una relación de hegemonía/subalternidad. Las características del MMH de acuerdo con el autor son diversas, destacamos el biologicismo, la ahistoricidad, la asociabilidad, el individualismo, la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente y la identificación ideológica con la racionalidad científica, entre otras.

La epidemiología social ha procurado conocer cómo los factores sociales determinan la distribución de la salud, la enfermedad y el bienestar de las poblaciones (Borrell, 2015). La epidemiología crítica permitió complejizar aún más este marco conceptual, incorporando la categoría de determinación social de la salud como forma de superar el multicausalismo de la epidemiología clásica. Uno de los referentes de esta corriente, Jaime Breilh (2013, 2015) sostiene que la epidemiología debe considerar las condiciones de reproducción y producción social de los grupos sociales para poder comprender su perfil epidemiológico de forma integral, asumiendo que las causas de las enfermedades deben ser analizadas como parte del movimiento global de la vida social. En este mismo sentido, Menéndez (1998) señala que para la antropología no es el estilo de vida como comportamiento individual la causal básica de los riesgos para la salud sino la pertenencia a un determinado estrato social que a la vez estructura las posibilidades de llevar adelante un determinado estilo de vida.

Por otro lado, las enfermedades crónicas tensionan el modelo biomédico cuestionando su eficacia, dada su estrecha dependencia con lo sociocultural. Actualmente la biomedicina y la epidemiología se basan en el “enfoque de riesgo” para explicar el origen de las enfermedades crónicas. Las variables de la epidemiología clásica han sido reducidas a “factores de riesgo” que interactúan entre sí para provocar la enfermedad de una manera no dilucidada (teoría de la caja negra). Entre esos factores se encuentran elementos sociales y culturales que influyen en los comportamientos individuales considerados de riesgo.

La complejidad de los problemas de salud/enfermedad superan las categorías analíticas, metodologías y técnicas de los estrechos marcos disciplinares (Grimberg, 1998) lo que hace necesario una articulación interdisciplinaria. La epidemiología crítica en diálogo con la antropología ha dado lugar a una corriente que autores/as han denominado epidemiología sociocultural (Haro, 2013; Ramírez Hita, 2009, 2010a, 2010b; Menéndez, 2008, 2015). Autores/as como Ramírez Hita (2009, 2013) y Briggs (2017) han demostrado el valor que adquiere el método etnográfico para construir y otorgar sentido a los datos epidemiológicos, a partir del conocimiento social que poseen los protagonistas involucrados en el PSEA. En este sentido, tomamos elementos de la epidemiología sociocultural que nos permitan combinar estrategias metodológicas cuantitativas y cualitativas de forma de poder indagar y analizar la realidad sanitaria a partir de los datos estadísticos en articulación con la diversidad de voces de los actores significativos.

A partir de lo expuesto este trabajo se proponen los siguientes **objetivos**:

Objetivo general:

Identificar y analizar la morbimortalidad de las personas que viven en el barrio El Mallín, Villa La Angostura, Neuquén, haciendo énfasis en las enfermedades crónicas, a partir de los registros epidemiológicos y las representaciones sociales de los/as trabajadores/as del Centro de Salud Mallín Margaritas.

Objetivos específicos:

1. Describir y analizar los registros epidemiológicos sobre morbilidad del Centro de Salud Mallín-Margaritas y sobre mortalidad de Villa La Angostura de los años 2018 a 2022.
2. Describir y analizar las representaciones sociales de los/as trabajadores/as del Centro de Salud Mallín-Margaritas en torno los problemas de salud/enfermedad que afectan a las personas del barrio El Mallín.
3. Describir y analizar las representaciones de los/as trabajadores/as del Centro de Salud Mallín-Margaritas sobre el proceso de registro de los problemas de salud y el uso que hacen de esta información.

Nuestra hipótesis principal es que estos registros son una construcción sociocultural que refleja una visión biomédica del proceso salud/enfermedad de las personas, y que, a su vez, los/as trabajadores/as sanitarios/as reconocen determinadas problemáticas que superan el sistema de clasificación biomédica que no quedan registrados oficialmente, tales como las dimensiones subjetivas de la dolencia y la situación social en la que se inscriben estas vivencias.

En virtud de los objetivos planteados, utilizamos metodología mixta que incorpora aspectos cuantitativos y cualitativos.

Mediante metodología cuantitativa relevamos y analizamos los datos de fuentes secundarias sobre morbilidad de Villa La Angostura y del barrio El Mallín brindadas por las Direcciones de estadística provincial y nacional.

Para conocer el perfil de morbilidad¹² se relevaron las prestaciones realizadas por el Centro de Salud Mallín-Margaritas durante los años 2018 a 2022.

Durante los años 2020, 2021 y 2022 el funcionamiento de los centros de salud de la localidad se vio afectado por la emergencia de la pandemia por COVID-19 decretada en marzo de 2020 por la OMS. La mayoría de las actividades habituales de los centros de salud fueron suspendidas, y se reorganizó la atención de la demanda hacia las personas afectadas con COVID y las actividades de prevención, vacunación preventiva y seguimiento de los individuos afectados por esta enfermedad.

La base de datos analizada estaba en bruto en formato Excel referidos a todas las prestaciones realizadas en el Centro de Salud Mallín-Margaritas. La información fue descargada de los sistemas de registro de información denominados Sistema de Información Provincial de Salud (SIPS) y Aplicaciones Neuquinas de Salud (ANDES). Hasta el 1 de septiembre de 2019 la base de datos utilizada por el hospital de VLA para registrar los diagnósticos era el SIPS, momento en el que fue reemplazado por el sistema ANDES. El SIPS utilizaba el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades 10^o revisión (CIE-10)¹³, en cambio el ANDES utiliza una clasificación denominada SNOMED CT¹⁴.

Para 2018 y hasta septiembre de 2019 los datos estaban organizados por diagnóstico clínico (según CIE10) agrupados por sexo y grupo etario. Desde esa fecha hasta 2022, cada fila de la planilla representaba una prestación del CS con los correspondientes datos sobre edad, sexo, código de la prestación (diagnóstico o procedimental), profesional y servicio interviniente y cobertura sanitaria. Para el análisis unificamos las prestaciones que aparecían diferenciadas dentro y fuera de agenda¹⁵ del ANDES. Dividimos los rangos etarios en 5 grupos¹⁶: menores de

¹² Por morbilidad entendemos la presentación de una enfermedad o síntomas de enfermedad en la población. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/morbilidad>

¹³ Para más información visitar: https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

¹⁴ <https://www.argentina.gob.ar/salud/terminologia/snomed-ct>

¹⁵ Los turnos que se programan con anticipación figuran como “dentro” de la agenda, pero los que se asignan en forma espontánea (como los sobretornos) figuran “fuera” de agenda.

¹⁶ Para la definición de adolescencia usamos como referencia los lineamientos de la OMS (Dirección de Adolescencias y Juventudes. Ministerio de Salud de la Nación, 2023), considerando importante incorporar a la adolescencia como grupo específico. Debido a la mayor esperanza de vida actual, la clasificación de adultos/as mayores puede ser cuestionable y requerir de una mayor desagregación, pero por razones prácticas, consideramos al grupo de forma amplia.

1 año, niños/as de 1 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años, adultos/as de 20 a 64 años y adultos/as mayores a los mayores de 65 años.

El total de consultas analizadas fue de 49017, distribuidas por año fueron 4838 en 2018, 6218 en 2019, 10925 en 2020, 12428 en 2021 y 14604 en 2022.

En primera medida, analizamos la cantidad de prestaciones realizadas por los distintos servicios del centro de salud. Las prestaciones realizadas durante el 2018 y 2019 no fueron analizadas debido a que la mayoría de ellas fueron registradas en el sistema informático SIPS y no se presentaba la información desagregada por servicio, sólo los códigos que analizaremos más adelante.

Para analizar la cobertura sanitaria¹⁷, agrupamos de acuerdo con el subsistema de salud, como privado/prepago, obras sociales (incluidas la obra social neuquina y el Programa de Asistencia Médica Integral o PAMI que otorga cobertura a pensionados y jubilados) y la cobertura por el subsistema público (incluida la obras sociales de los Programas Nacionales Incluir Salud o exPROFE que cubre a las personas que cobran pensión no contributiva o por discapacidad y el SUMAR que cubre a personas sin obra social ni prepaga).

Para conocer las principales afecciones de los/as usuarios/as del CS en un primer momento unificamos los códigos con criterio de similitud como se muestra en la tabla 1. Pero luego, al constatar que no todas las prestaciones estaban codificadas con CIE10, incluimos las prestaciones codificadas con SNOMED CT, lo que resultó en un mayor número y variedad de problemas de salud. Realizamos esta nueva búsqueda en forma manual con la herramienta “filtro” del Excel.

Tabla 1. Códigos reagrupados de acuerdo con la misma enfermedad, según CIE-10.

Categoría	Códigos CIE-10 agrupados
Infección de vía aérea superior	J00 a J11
Ansiedad /tno. Adaptación	F41 y F43
Infección de vía aérea inferior	J18, J20 y J21
Diabetes	E10, E11, E13 y E14
Hipotiroidismo y alteración tiroidea	E02 a E06 y E89
Gastritis y dispepsia	K20, K29, K30
Infección urinaria	N30 y N39
Cefalea y migraña	R51 y G44
Enfermedad respiratoria crónica (Asma y EPOC)	J44 y J45
Dolor	R52
Vaginitis	N76
Anemia	D50, D53, D54 y D64

¹⁷ El análisis de cobertura sanitaria se realizó sobre la base de datos codificada en ANDES (desde septiembre 2019 a diciembre 2022), por lo que el total de consultas analizadas es de 48507.

Dislipemia	E78
Depresión	F32
Alcoholismo	F10.2 y Z71.4
Amenorrea	N91
Embarazo no deseado	Z64
Obesidad	E66
Infecciones de la piel	L01 a L03
Dermatitis atópica	L20

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Paralelamente analizamos una base de datos enviada por la dirección de estadística de la zona sanitaria IV con las prestaciones realizadas por el CS agrupadas por orden de frecuencia según el código SNOMED CT otorgado, sin la aplicación de ningún filtro específico.

Con respecto a la mortalidad, analizamos los registros de mortalidad de los años 2018 a 2022, a fines de abarcar los períodos previo y posterior a la declaración de la pandemia por COVID-19. Acceder a esta información no fue sencillo, nos entregaron una base de datos con errores, que tuvimos que subsanar con los registros nacionales. La base de datos incluía los fallecimientos de personas que vivían en Villa Traful¹⁸. Para analizar sexo y edad utilizamos los grupos etarios descritos anteriormente. Con respecto a la causa, se utilizó la “causa básica” de deceso, con la codificación del CIE10 presente en la base de datos. Organizamos los datos de acuerdo con la clasificación ARG IV, dado que permite su fácil comprensión (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Hay que destacar que, de acuerdo con la forma de clasificar la información, se obtiene diferentes causas principales de mortalidad, por lo que se debe asumir cierta arbitrariedad en estos listados (Heron, 2015 como se citó en Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Propusimos la metodología cualitativa a fines de recuperar las perspectivas de los agentes sobre el proceso asistencial vinculados a las enfermedades crónicas. Guber (2004) denomina “perspectiva del actor”¹⁹ al “universo de referencia compartido -no siempre verbalizable - que subyace y articula el conjunto de prácticas, nociones y sentidos organizados por la interpretación y actividad de los sujetos sociales” (p. 74).

¹⁸ Villa La Angostura y Villa Traful pertenecen al departamento de Los Lagos, Neuquén. Villa Traful es una pequeña localidad de alrededor de 1000 habitantes incluida dentro del área de cobertura sanitaria del hospital de Villa La Angostura.

¹⁹ Noción procedente del aporte metodológico de Bronislaw Malinowski en “Los Argonautas del Pacífico Occidental” (1922).

La unidad de estudio ha sido el barrio El Mallín de Villa La Angostura, Neuquén. Y la unidad de análisis, el Centro de Salud Mallín-Margaritas ubicado en este mismo barrio.

En esta primera instancia de trabajo de campo, trabajamos con las representaciones sociales de los/as trabajadores/as del Centro de Salud Mallín-Margaritas, ubicado en el barrio El Mallín, de Villa La Angostura, Neuquén. Realizamos el trabajo de campo entre los meses de marzo y julio de 2023, con visitas posteriores entre septiembre y octubre del mismo año, haciendo un total de 30 días de trabajo en el campo.

Utilizamos la entrevista como técnica de producción de información a partir de las miradas de las/os interlocutores acerca de las ECNT en su trabajo cotidiano en las instituciones sanitarias y acerca del contexto de producción de estas afecciones. En total realizamos 23 entrevistas. En este escrito presentaremos fragmentos de las entrevistas a fines de ejemplificar nuestros argumentos. Estos fragmentos estarán citados en forma *verbatim* entre comillas y en letra cursiva.

Realizamos 18 entrevistas semiestructuradas (entre una y tres a cada interlocutor/a) a los/as trabajadores del CS Margaritas (tabla 2), de dos horas de duración aproximadamente, contando con un guion de preguntas flexible en tanto se adecuó al desarrollo de la entrevista. Brindaremos información sobre los/as entrevistados/as que consideramos necesarias para comprender el contexto de la entrevista, pero suficientes para garantizar la confidencialidad. Las profesiones de los/as trabajadores/as del CS entrevistados/as han sido 5 medicina general, 3 enfermería, 1 agentes sanitarios, 1 personal administrativo, 1 psicología y 1 trabajo social.

Durante la entrevista consideramos nuestra influencia sobre el entrevistado en términos de distancia o proximidad sociocultural de nuestras/os interlocutoras/es. Por un lado, de manera de no introducir nuestros supuestos producto de nuestro marco interpretativo producto de nuestra formación médica como generalista, dentro de un marco sanitario tecnoburocrático, al momento de elaborar las preguntas y así poder abrir la puerta al universo de sentidos de las personas entrevistadas. Por otro lado, contemplar que las respuestas pueden verse modificadas por el rol que nos asigne la persona entrevistada (muchos han sido compañeros/as de trabajo en el CS como en el hospital cabecera), lo cual a la vez estará influenciado por nuestras pertenencias de género, clase social, edad, etnia, etc (Scribano, 2017). En este trabajo hicimos énfasis en estas consideraciones ya que exige además exotizar (Da Matta, 1999) y objetivar un sistema de salud en el que hemos trabajado durante la década previa a este trabajo de investigación. Es decir que requiere un ejercicio de reflexividad (Guber, 2001) que tensione nuestro bagaje personal y profesional y contraste nuestros supuestos con el mundo empírico.

Previamente a la entrevista brindamos información sobre el trabajo de investigación, y las personas que se ofrecieron voluntariamente a colaborar y brindar información firmaron un consentimiento informado aprobado por el comité de bioética de la provincia de Neuquén bajo el Registro de Investigación en Salud (RIS) 15.00.22. Utilizamos la técnica de “bola de nieve” (Marradi et al., 2012, p. 222) como modo de conformación de la muestra cualitativa por referencia y significación. Intentamos seleccionar al menos un/a representante de cada sector de trabajadores del centro de salud que participan del proceso asistencial de personas con enfermedades crónicas, a fines de poder tener diferentes perspectivas. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas para su posterior análisis y almacenadas en una plataforma electrónica que cumple con las medidas de seguridad necesarias para proteger la confidencialidad de la información.

Tabla 2. Trabajadores/as del Centro de Salud Mallín-Margaritas entrevistados/as.

Nombre (ficticio)	Descripción
Clara	Trabaja en el centro de salud desde hace 1 año.
Julia	Trabaja en el centro de salud desde hace más de 10 años.
Pablo	Trabaja en salud pública (hospital y centro de salud) desde hace 5 años.
Mirta	Trabaja en el centro de salud hace más de 10 años.
Laura	Trabaja en el centro de salud desde hace 1 año.
Mónica	Trabaja en el centro de salud desde hace 1 año.
José	Trabaja en el centro de salud desde hace casi 10 años.
Francisco	Trabaja en salud pública (hospital y centro de salud) desde hace 5 años.
Julieta	Integrante del servicio de psicosocial.
Florencia	Integrante del servicio de psicosocial.
Carolina	Nacida en Villa La Angostura.
Noelia	Nacida en Villa La Angostura.

A su vez, a los fines de poder comprender el contexto de producción de las enfermedades del barrio realizamos cuatro entrevistas a referentes clave. Entrevistamos a Carlos, médico jubilado que trabajó en el hospital de VLA y en el centro de salud Mallín-Margaritas hasta su jubilación, fue concejal durante la época de conformación del barrio El Mallín, fue intendente de VLA, durante uno de sus mandatos se ejecutó la construcción del Centro de Salud Mallín-Margaritas. Entrevistamos a otro exconcejal, José Luis, jubilado que participó de la conformación del barrio, a Alberto, uno de los primeros vecinos (jubilado) que se asentó en el barrio El Mallín y a Ana, nacida en VLA, profesora de historia y museóloga jubilada que cumplió funciones en el museo municipal.

Para comprender el funcionamiento de las plataformas informáticas de registro estadístico y el trabajo de auditoría, análisis y producción de la información sanitaria, entrevistamos a Camila,

jefa de estadística del hospital local. Y mantuvimos conversaciones informales con el coordinador de Estadística de la Zona sanitaria IV del Ministerio de salud de Neuquén y con el director provincial de Información Sanitaria del Ministerio de Salud, para recabar las formas de analizar los datos desde esos niveles de gestión.

Los ejes de indagación que guiaron las entrevistas realizadas a los/as trabajadores/as del CS fueron qué principales “problemas de salud” que afectan a las personas que viven en el barrio El Mallín identificaban, cuáles eran los condicionantes socioculturales que reconocían que afectaban la forma de vivir, enfermar y morir de las personas del barrio y cuáles eran las principales causas de mortalidad, haciendo especial énfasis en las enfermedades crónicas.

En un primer momento de análisis encontramos una brecha entre los resultados del análisis cuantitativo de los registros epidemiológicos y las representaciones de los/as trabajadores/as del CS sobre los problemas de salud que afectan a la población del barrio El Mallín. Esto abrió un nuevo interrogante ¿a qué se debía esta brecha entre las representaciones y los datos epidemiológicos? Realizamos un nuevo regreso al campo a fines de comprender ¿quién, cómo y para qué registra?, ¿qué sentidos y significados tiene la práctica de registrar datos sanitarios para el personal de salud?, ¿qué información se puede obtener de los registros y qué no? Para responder estas nuevas preguntas, indagamos sobre la forma de registrar estos datos y el sentido que le otorgan a esta práctica los trabajadores/as del CS. Además, realizamos una descripción y análisis del material estadístico relevado. Este proceso estuvo guiado por la inquietud de comprender qué tipo de datos registran y qué tipo de información es posible obtener de su análisis. En esta segunda instancia de investigación, considerando que el período de nuestro trabajo de campo involucraba los años previos y posteriores a la pandemia por COVID-19, decidimos indagar en torno a este tema. En este sentido, nos preguntamos sobre el impacto de las medidas decretadas para control de la pandemia (aislamiento, vacunas) en la práctica de los/as trabajadores/as de salud y en su propio proceso salud/enfermedad, queriendo conocer las percepciones sobre la aparición de nuevas enfermedades crónicas, evolución de enfermedades crónicas ya conocidas o el aumento de la mortalidad general.

4. Análisis del material

Análisis cuantitativo de la morbimortalidad

En el quinquenio de 2018 a 2022 hubo 321 fallecimientos. La mayor cantidad de fallecimientos se produjo durante el año 2021 y 2022, en el contexto de la pandemia por el virus COVID-19 y el año posterior a la misma.

Tabla 3. Causas de mortalidad agrupadas según la clasificación ARG IV, período 2018 a 2022, Villa La Angostura.

Causas ARGIV	2018	2019	2020	2021	2022	Total	%
Tumores	11	14	13	14	14	66	20,6
Sistema circulatorio	12	15	5	11	16	59	18,4
COVID-19			4	43	9	56	17,4
Sistema respiratorio	6	9	5	6	6	32	10,0
Causas externas	6	4	5	9	8	32	10,0
Diabetes mellitus	5	3	1		3	12	3,7
Enfermedades del hígado	2	2	3	3	1	11	3,4
Sistema urinario	2		3		0	5	1,6
Malformaciones congénitas	2		1	1	1	5	1,6
Trastornos mentales	1			2	0	3	0,9
Enfermedades infecciosas	1	1		1		3	0,9
Alzheimer	1	1				2	0,6
Apendicitis y obstrucción intestinal				2		2	0,6
Afecciones perinatales		1				1	0,3
Meningitis				1		1	0,3
Trastorno metabólico				1		1	0,3
Demás causas definidas	2	3	2	5	6	18	5,6
Mal definidas y desconocidas	2	1	3	1	5	12	3,7
Total	53	54	45	100	69	321	100

Fuente: Elaboración propia, 2023.

La tabla 3 muestra que en el período 2018 a 2022 los tumores y las enfermedades circulatorias han ocupado el primer y según lugar de causa de mortalidad. En el año 2021, la primera causa fue atribuida a la infección por COVID-19. El tercer lugar ha sido ocupado por las enfermedades del sistema respiratorio y las causas externas. El fallecimiento debido a complicaciones de la diabetes mellitus ocupó el quinto lugar (a excepción del año 2021). Como podemos observar, las enfermedades crónicas representan en la tabla las principales causas de mortalidad.

El alcoholismo como causa de muerte no figura específicamente, sino que está englobado dentro de dos categorías, “enfermedades del hígado” (cirrosis hepática alcohólica e insuficiencia hepática alcohólica) y “trastornos mentales” (alcoholismo).

Los femicidios²⁰ no se consignan en forma específica en este tipo de registros, sino que están englobados en la categoría de “causas externas” según mecanismo de muerte y sus características (intencionalidad, vínculo con agresor, etc).

Ahora bien, ¿qué nos dicen estos datos acerca de las personas fallecidas? Los datos pueden agruparse por sexo y edad (tablas 4 y 5). Vemos que en los primeros nueve años de vida hay un predominio de mortalidad femenina, que luego se invierte. En todos años la mortalidad aumenta en relación con la edad. En el año 2021, la mortalidad tuvo mayor impacto en el grupo etario de entre 20 y 64 años con respecto al resto de los años.

Tabla 4. Mortalidad por grupo etario y edad, período 2018 a 2022, Villa La Angostura.

Grupo etario	hombre	%	mujer	%	Total
Menor de 1 año	1	20,0	4	80,0	5
1 a 9 años	1	33,3	2	66,7	3
10 a 19 años	5	71,4	2	28,6	7
20 a 64 años	79	70,5	33	29,5	112
Mayor de 65 años	108	55,7	86	44,3	194
Total	194	60,4	127	39,6	321

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Tabla 5. Mortalidad por grupo etario por año, período 2018 a 2022, Villa La Angostura.

Grupo etario	2018 %		2019 %		2020 %		2021 %		2022 %		Total	%
Menor de 1 año	2	3,8	1	1,9	1	2,2	1	1			5	1,6
1 a 9 años							2	2	1	1,4	3	0,9
10 a 19 años	3	5,7	1	1,9			1	1	2	2,9	7	2,2
20 a 64 años	12	22,6	13	24,1	15	33,3	43	43,0	26	37,7	109	34,0
Mayor de 65 años	33	62,3	39	72,2	29	64,4	53	53,0	40	58,0	194	60,4
Total	53	100	54	100	45	100	100	100	69	100	321	100

Fuente: Elaboración propia, 2023.

²⁰ Entendemos como femicidio al asesinato intencional de una mujer por el hecho de ser mujer. Más información ver en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_femicidio.pdf

Con respecto a la mortalidad atribuida al COVID-19 vemos que la mayor cantidad de fallecidos ocurrió en el 2021 con 43 casos. La tabla 6 muestra que fueron principalmente varones (69.6%) y más de la mitad de ambos sexos correspondía al grupo etario de mayor de 65 años.

Tabla 6. Fallecidos atribuidos a COVID-19, 2020 a 2022, Villa La Angostura.

Grupo etario	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
20 a 64 años	6	10,7	18	32,1	24	42,9
Mayor de 65 años	11	19,6	21	37,5	32	57,1
Total	17	30,4	39	69,6	56	100

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Con respecto a la morbilidad, como dijimos, recibimos dos bases de datos²¹ que contenían las prestaciones realizadas por el CS con los datos desagregados y organizados por año. Y además recibimos la base de datos con información organizada por frecuencia de prestación.

La descripción de las personas asistidas podía hacerse por sexo y edad y por código diagnóstico otorgado por el personal interviniente.

En relación con el sexo, hay un predominio de asistencia al centro de salud por parte de personas de sexo femenino, siendo la relación 1 hombre/ 1,6-1,9 mujeres según el año estudiado. Esta diferencia se verifica en la adolescencia y es notablemente pronunciada en la adultez.

En cuanto a la edad, el grupo etario que más ha asistido al centro de salud ha sido el de 20 a 64 años, en relación con niños/as y adolescentes (abarcando desde menores de 1 años hasta los 19 años) y con los/as adultos/as mayores.

En cuanto a cobertura sanitaria, del total de las prestaciones el 45.6% tenía cobertura por programas nacionales SUMAR y exPROFE, el 35.7% por obras sociales provinciales, el 6.1% por obra social nacional de jubilados y pensionados (PAMI) y el 0,004% (2 prestaciones) tenían prepaga.

A continuación, analizamos la cantidad de prestaciones realizadas²² (tabla 7) por los distintos servicios del centro de salud. En la base de datos, algunas prestaciones aparecían claramente asignadas a un servicio, en cambio otras se referían a prestaciones brindadas a determinado

²¹ De acuerdo con el sistema informático de donde habían sido extraídas. Como explicamos en la sección de metodología, hasta septiembre de 2019 los datos proceden del sistema SIPS y luego de esta fecha del ANDES.

²² Las prestaciones realizadas durante los años 2018 y 2019 no fueron analizadas debido a que la mayoría de ellas fueron registradas en el sistema informático SIPS y no se cuenta con la información desagregada por servicio.

grupo poblacional (adolescencia, niño sano) o actividades realizadas por el equipo de salud (visita domiciliaria, convocatoria de pacientes, etc.).

Tabla 7. Total de prestaciones realizadas por los servicios del Centro de Salud Mallín-Margaritas. Años 2020 a 2022.

Servicios / procedimientos	Total de prestaciones		
	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Medicina	4107	4508	4106
Cirugía	157	40	0
Clínica médica	173	0	0
consulta de control de embarazo	166	267	54
Tocoginecología	368	142	1
Medicina general	2391	3599	3522
Neumonología	83	0	0
Niño sano	597	251	129
Pediatría	172	209	319
Traumatologí-a	0	0	81
Enfermería	3727	2943	5087
Odontología	1277	1588	1405
visita domiciliaria	670	463	69
Salud mental	615	968	1129
abordaje psicosocial de mujeres en situación de violencia	7	34	0
Admisión al servicio de salud mental para sujeto adulto	1	0	0
Consulta de psicologí-a	320	472	652
consulta de psiquiatria	273	296	318
consulta de salud mental	14	166	159
Fonoaudiología	235	346	304
Agentes sanitarios	209	633	628
Vacunación campañas	11 (antigripal)	587 (COVID)	1455 (COVID)
Nutrición	11	88	104
Procedimiento de convocatoria de pacientes	21	68	89
Servicio social	18	109	178
Seguimiento de paciente asociado a infección por COVID-19	0	99	0
Triaje: telefónico	12	0	0
Consulta en area rural	4	5	27
Electrocardiograma ambulatorio	1	4	1
Consulta de adolescencia	0	1	15
Procedimientos realizados en vacunatorio	7	18	11
Total general	10925	12428	14608

Fuente: Elaboración propia en base al registro de consultas del Centro de Salud Mallín-Margaritas, 2023.

Los servicios de medicina y enfermería brindan la mayor cantidad de prestaciones del Centro de salud. Dentro del servicio médico, la especialidad de medicina general brinda el mayor

número. En cantidad de prestaciones le siguen los servicios de odontología y de salud mental. En los años 2021 y 2022 se incorporó la campaña de vacunación contra COVID-19, y se realizaron 587 vacunaciones en el año 2021 y 1455 en el año 2022. Las prestaciones de salud mental en tres años duplicaron el número de consultas. Al igual que de servicio social que aumentó diez veces.

En la tabla 8 mostramos los primeros 20 diagnósticos codificados por los/as trabajadores/as del CS durante los años estudiados y agrupados por similitud. Podemos observar que las principales prestaciones están dirigidas a población sana que asiste a realizar un control de salud (clínico, de niños/as o adolescente o ginecobstétrico). Con respecto a los problemas de salud, las infecciones de vía aérea superior y la ansiedad/estrés ocupan los primeros lugares. La diabetes y la hipertensión arterial son las principales enfermedades crónicas diagnosticadas.

Tabla 8. Primeras 20 prestaciones codificadas por los/as trabajadores/as, Centro de Salud Mallín-Margaritas, años 2018 a 2022.

Categoría CIE10	Total	%
Control clínico general	3835	27,7
Control de niño/as sano/ y adolescente	1720	12,4
Control ginecológico de rutina	1389	10,0
Infeccion Vía Aérea Superior aguda	1117	8,1
Control de embarazo y posparto	1022	7,4
Ansiedad/estrés	856	6,2
Diabetes	442	3,2
Infección Vía Aérea Inferior aguda	428	3,1
Lumbalgia	388	2,8
Hipertensión arterial	372	2,7
Dolor abdominal	358	2,6
Hipotiroidismo/alt tiroidea	309	2,2
Diarrea	275	2,0
Gastritis-dispepsia	246	1,8
Infeccion urinaria	205	1,5
Depresión	202	1,5
Obesidad	179	1,3
Cefalea y migraña	176	1,3
Infecciones de la piel	167	1,2
Problemas relacionados con la crianza del niño	158	1,1
Total	13844	100

Fuente: Elaboración propia, 2023.

En la tabla 9 podemos observar las primeras 20 prestaciones codificadas por los/as trabajadores/as del CS tal como nos lo brindaron de la dirección regional de información sanitaria. Esta tabla incluye los procedimientos realizados por todo el personal además de los diagnósticos codificados.

Tabla 9. Primeras 20 prestaciones codificadas, septiembre de 2019 a diciembre de 2022, CS Margaritas, Villa La Angostura.

Prestación	Total	%
VACUNACIÓN	2786	16,3
VACUNACIÓN CONTRA COVID-19	2309	13,5
REGISTRAR LOS SIGNOS VITALES DEL PACIENTE	1682	9,8
PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA	1295	7,6
ENTREGA DE MEDICACIÓN	1030	6,0
PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ANTICONCEPCIÓN	971	5,7
ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAMUSCULAR	840	4,9
CONSULTA	654	3,8
VISITA DOMICILIARIA	635	3,7
PROVISIÓN DE LECHE	569	3,3
ESTADO DE CURACIÓN DE HERIDA	549	3,2
SEGUIMIENTO TELEFÓNICO	507	3,0
TERAPIA DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	478	2,8
EXTRACCIÓN DE DIENTE PERMANENTE	461	2,7
COLOCACIÓN DE CEMENTO DE IONÓMERO DE VIDRIO	435	2,5
VISITA DE AGENTE DE SALUD	419	2,4
INFECCIÓN DENTAL	398	2,3
CONSULTA TELEFÓNICA	391	2,3
RECETA	365	2,1
VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL	363	2,1
Total	17137	100

Fuente: Departamento de estadísticas de la zona sanitaria IV, Neuquén.

Análisis del material estadístico

La búsqueda de información que respondiera a la pregunta inicial de qué se enferman y se mueren las personas del barrio El Mallín y de Villa La Angostura transitó con varios obstáculos. Como dijimos, no fue posible acceder a información sobre incidencia y prevalencia de enfermedades ni sobre mortalidad, por lo que tuvimos que construir la matriz para el análisis de las bases de datos en bruto.

Con respecto a la mortalidad, solicitamos las bases de datos en reiteradas ocasiones, ya que la primera vez que nos la dieron, tenía un error en uno de los códigos que hacía que obtengamos más de diez veces la tasa de mortalidad real. Este aumento de la mortalidad con respecto a los

años anteriores suscitó desconfianza sobre los datos, que pudimos rectificar en diálogo con los encargados de la información sanitaria provincial quien nos entregó la base de datos corregida. Por otro lado, nos aclararon que en ésta no se incluían las personas que fallecieron fuera de la provincia de Neuquén. Dado que en muchas ocasiones las personas con enfermedades de gravedad son derivadas a Bariloche (provincia de Río Negro), ciudad más cercana a VLA, decidimos obtener una base de datos que incluyera a las personas fallecidas fuera de Neuquén. Esta base de datos fue entregada por la Dirección nacional de estadísticas e información sanitaria (DEIS).

La base de datos provincial de mortalidad contiene fecha del deceso, datos anonimizados de las personas fallecidas dentro del ámbito provincial consignando edad y grupo etario, sexo, años de vida potencialmente perdidos, si recibió atención médica al momento del deceso, en el caso de que sea una muerte violenta (suicidio/homicidio/accidente) se especifica cómo y dónde ocurrió, si se trataba de una mujer embarazada o puérpera, lugar de ocurrencia del deceso y residencia del fallecido, y por último si poseía obra social, situación laboral y ocupación..

En la base de datos del DEIS estaban consignados edad (grupo etario), sexo y causa básica.

En relación con la base de datos sobre prestaciones del CS, la descripción de la población que asistió al CS en este período puede hacerse por sexo, edad, cobertura sanitaria y el código asignado por el profesional interviniente. La descripción del material es por consultas, por lo que, si una persona asiste más de una vez al centro de salud, se registra esa cantidad de veces. En muchas ocasiones el código asignado se refiere a una enfermedad, como la tabla 8 que presentamos más arriba, que apenas puede otorgar una aproximación de la morbilidad, si por morbilidad entendemos el índice de personas enfermas en una población. Otros códigos se refieren a los procedimientos realizados por los profesionales intervinientes. En la tabla 8 estas prestaciones codificadas como procedimientos no fueron incluidas. En cambio, podemos observar en la tabla 9 los primeros 20 códigos por orden de frecuencia sin realizar ningún tipo de filtración. Vemos que en esta tabla la información apunta a describir el funcionamiento del CS más que las afecciones de las personas asistidas.

Además, hay que considerar que la agrupación de los diagnósticos similares es una de las posibles formas de presentar la frecuencia de morbilidad. De acuerdo con la forma de agrupar, puede cambiar el orden de importancia de los diagnósticos.

Otro elemento que observamos en la base de datos relevada es que las consultas estaban registradas y codificadas con un código de acuerdo con la CIE-10 para los años 2018 y 2019 (hasta septiembre). Para los años 2019 (de septiembre a diciembre), 2020, 2021 y 2022, estaban

codificadas de tres maneras: con el término SNOMED CT colocado por el profesional de la salud, con un código equivalente del CIE-10 colocado automáticamente si corresponde y un código CIE-10 colocado por personal de gestión durante el proceso de auditoría²³.

A su vez, un mismo problema de salud puede estar codificado de diferentes formas según el grado de especificación. Por ejemplo, el trastorno de ansiedad se puede clasificar en la CIE-10 como “F41.0. Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]”, “F41.1. Trastorno de ansiedad generalizada”, “F41.3 Otros trastornos de ansiedad mixtos”, “F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados” O “F41.9 Trastorno de ansiedad, no especificado”. En cambio, en el SNOMED CT las posibilidades de clasificación son dos “ansiedad” o “trastorno de ansiedad”. Cabe destacar que, siguiendo con este ejemplo, los términos “angustia” de SNOMED CT, son modificados a “trastorno de ansiedad” de la CIE-10 en el momento de la auditoría. Es así como si se realiza un recuento de “ansiedad” según SNOMED CT obtenemos un número menor de registros que si lo hacemos según CIE-10.

Es decir que se modifican los resultados obtenidos dependiendo de qué instrumento de clasificación se utiliza y por la posibilidad de codificar el mismo diagnóstico de diferentes maneras.

La clasificación SNOMED CT permite un gran detalle de la consulta dado que permite agregar atributos de la noción “raíz” o principal, pudiendo por ejemplo especificar la localización anatómica de la afección, sus causas, características y acciones realizadas en relación con la misma. Por ejemplo, el personal de salud puede colocar como diagnóstico codificado “neumonía”, “neumonía bacteriana” o “neumonía neumocócica” brindando cada vez mayor detalle, en este caso, sobre su etiología. De la misma manera, la diabetes tiene 114 formas de codificarse.

Las tres formas diferentes de clasificar los códigos y las múltiples formas de codificar una prestación obstaculizaban la posibilidad de identificar la frecuencia de una variable. Aun así, mediante el minucioso relevamiento de códigos semejantes, pudimos identificar una frecuencia de enfermedades y construir algunos indicadores que mostramos en la sección anterior.

A su vez, SNOMED CT maneja una lista de terminologías que permite codificar también otros elementos como la realización de un procedimiento específico, el resultado de una evaluación clínica que no necesariamente resulte en una enfermedad, una prescripción farmacológica o de

²³ El proceso de auditoría es realizado por el personal administrativo sobre el código colocado por el profesional interviniente al finalizar la consulta clínica. La auditoría consiste en ratificar o rectificar el código y homologarlo a un código de acuerdo con la CIE-10. Este proceso apunta principalmente a detectar enfermedades de notificación obligatoria (ENOs) y poder realizar la denuncia en el tiempo correspondiente.

un tratamiento específico, entre otros. Cada una de estas prestaciones está englobada dentro de un grupo de términos más amplios de acuerdo con las características de esa prestación. Por ejemplo, el término “hallazgo clínico” o “trastorno” remiten al resultado de una evaluación o juicio clínico, “procedimiento” a una actividad realizada en el proceso de atención de la salud, “situación en contexto explícito” representa un hallazgo o procedimiento que aún no ha ocurrido (“endoscopia convenida”), que ya ocurrió (“antecedente de infarto de miocardio”) o se refiere a otra persona (“antecedente familiar de hipertensión arterial”), “producto” representa a los productos farmacológicos (ej. Amoxicilina 500 mg, cápsula), “entidad observable” remite al resultado de una evaluación objetivable (“presión arterial elevada”) sin que necesariamente haya un diagnóstico, entre otros grupos de términos.

En las historias clínicas informáticas, como el ANDES, al momento de colocar un código en el campo del diagnóstico, el Ministerio de Salud de la Nación recomienda utilizar alguno de los tres grupos de términos “trastorno”, “hallazgo clínico” o “situaciones en contexto explícito” dado que los códigos de esos grupos permiten ser equiparados a los términos de la CIE-10. Esto permitiría seguir realizando comparaciones históricas, dado que, en Argentina, antes del 2018 se utilizaba el CIE-10.

En los registros de la historia clínica informática del centro de salud, observamos que se utilizan frecuentemente los términos de “procedimiento” o “entidad observable” o “producto”, no pudiendo ser codificado con el equivalente de la CIE-10. Es así como al momento de realizar la auditoría y codificar estos registros, esa información queda sin codificar como “mapeo no disponible”.

Por ejemplo, observamos que entre casi el 70% de las prestaciones totales fueron codificados como “procedimiento”, no pudiendo conocerse el problema de salud subyacente a ese procedimiento efectuado. Algunos de estos códigos agrupados como “procedimientos” son “consulta”, “exámenes/informes médicos”, “evaluación de salud mental”, “prevención de violencia”, “procedimiento de servicios sociales” o “visita domiciliaria”. Si analizamos más específicamente, observamos que más del 90% de las prestaciones realizadas por servicio social fueron codificadas como “procedimientos” y de éstas la gran mayoría fue auditada como “mapeo no disponible”. De igual manera en el sector de psicología la mayoría de las prestaciones fueron codificadas como “procedimientos” o como “régimen/tratamiento” figurando como “consulta”, “entrevista” o “visita domiciliaria”, los que en su mayoría fueron auditados como “mapeo no disponible”. Y las prestaciones realizadas por las agentes sanitarias también fueron codificadas como “procedimientos” o como “hallazgo” figurando como “visto

por agente sanitario”, “promoción de la salud”, “captación” o “consulta” y transcriptas luego de la auditoria como “mapeo no disponible”.

Al buscar específicamente códigos que apunten al contexto sociocultural de las personas consultantes identificamos 536 prestaciones (0.04% del total). De estas prestaciones, 22 tenían relación con trabajo y empleo, orientadas fundamentalmente a los controles o aptos preocupacionales, tres códigos hacían referencia a accidente o problema de salud relacionado con el trabajo y un código inespecífico “problema laboral”. Nueve registros apuntaban a describir los ingresos económicos como “problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar” (7) y “ingresos suficientes para cubrir las necesidades” (2). Un registro señalaba “antecedente relacionado con la vivienda”. Y 80 registros hacían referencia a exámenes clínicos para admisión en instituciones educativas.

Identificamos 181 códigos relacionados con situaciones de violencia como antecedente o como diagnóstico actual y prestaciones destinadas al asesoramiento, evaluación o abordaje de diferentes modalidades de violencia, contra la mujer, conyugal, doméstica o física. Consideramos importante destacar que pudimos identificar ese número de prestaciones relacionadas con la violencia al realizar una búsqueda manual. Muchas prestaciones fueron realizadas por el consultorio denominado “abordaje psicosocial de mujeres en situación de violencia”²⁴ pero el código que le otorgaron a la prestación fue un “procedimiento” denominado “prevención de la violencia” de manera que es un código no cuantificable y no homologable al CIE-10, por lo que estas prestaciones se invisibilizan en un análisis cuantitativo. En otros casos sí estaba codificada la prestación como “violencia conyugal” pero en la auditoría esas prestaciones quedaron homologadas con CIE.10 como “Y07.9. síndrome de maltrato por persona no especificada” por lo que en ese proceso se perdió el carácter de género de esa violencia.

En relación con prestaciones orientadas a la modificación del estilo de vida o hábitos identificamos algunas prestaciones orientadas al patrón alimentario (14 de las cuales 2 prestaciones fueron para “provisión de alimentos”), el alcoholismo (52 prestaciones codificadas principalmente como “alcoholismo”, “alcoholismo crónico” o “abuso de alcohol” y en menor medida “prevención” y “evaluación” del consumo de alcohol), el tabaquismo (12) y el consumo problemático de sustancias (19) y 74 prestaciones a fines de otorgar apto físico para realizar

²⁴ La mayoría de los consultorios se denominan en base a los profesionales que lo desarrollan, por ejemplo “pediatría”, “medicina general”, “trabajo social”. Pero el consultorio denominado “abordaje psicosocial de mujeres en situación de violencia” es un consultorio llevado adelante por una dupla de profesionales del servicio psicosocial (trabajadora social, psiquiatra y/o psicóloga) en el que atienden mujeres víctimas de violencia.

deporte o competencia física (74). Finalmente, algunas prestaciones identificaban las discapacidades “intelectual” o “retraso mental” (25) y un registro identificaba a una situación de “adulto vulnerable” sin mayor especificación.

La mayoría de las prestaciones destinadas al abordaje de la violencia, los problemas familiares y el consumo de sustancias (alcohol y otras) fueron llevadas adelante por el servicio de psicosocial (psicología, psiquiatría y trabajo social). Así como las consultas relacionadas a la alimentación, fueron llevadas adelante por el nutricionista, excepto la “provisión” de alimentos que es una actividad que realizó enfermería. Las prestaciones orientadas a otorgar aptos físicos (preocupacional, deportivo o para el ingreso a instituciones educativas) fue realizado por personal médico.

En síntesis, del análisis expuesto destacamos que casi el 70% de las prestaciones están codificadas como procedimientos que realiza el personal del CS, el 30% restante alude al PSEA de las personas codificando específicamente las enfermedades y es ínfima la cantidad de códigos que señalan algún aspecto del contexto sociocultural.

Observamos que el énfasis de estos registros está puesto en la enfermedad como categoría cuantificable²⁵ a través de individuos enfermos. Las estadísticas muestran las enfermedades quedando oculto el sujeto y la población que las padecen. Asumimos que las estadísticas reflejan un determinado saber médico, que puede ser definido como biomédico hegemónico, caracterizado, siguiendo a Eduardo Menéndez (1988, 2003), como biologicista, individualista, asocial y ahistórico, entre otras. Como afirma Domínguez Mon (1991) privilegiar el registro de diagnósticos, tratamientos y clasificaciones de una población enferma da por resultado la descripción de la enfermedad por sexo y edad. De esta manera, la enfermedad queda considerada en términos naturales, en tanto biológica e individual. Se privilegia la historia natural de la enfermedad, desconociendo la “historia social” de la salud/enfermedad como proceso. La enfermedad se maneja en términos de evolución (natural), dejando de lado no sólo los elementos socioculturales sino la aplicación de una concepción histórica (Menéndez, 1998). Si consideramos al proceso salud/enfermedad como un proceso social en sí mismo (Laurell, 1994), donde el componente biológico está subsumido en lo social (Breilh, 2013) y no puede ser escindido, observamos las limitaciones de estos registros centrados en los individuos enfermos para la comprensión integral de este fenómeno.

²⁵ O tiene la intención de cuantificar, ya que demostramos que, debido a las múltiples formas de codificar una misma patología, es difícil de construir indicadores.

Las dimensiones sociales de las personas no pueden ser reducidas a un código cuantificable, las prestaciones orientadas a describirlas son vagos, ambiguos o medicalizados y la mayoría apunta a describir una situación social vinculada a un acto clínico, por ejemplo, las intervenciones relacionadas con el trabajo y la educación reflejan la necesidad de una evaluación clínica para la obtención de un “apto físico” sustentada en una política pública. Muchos problemas complejos de salud quedan invisibilizados en una categoría biomédica. Por ejemplo, los problemas de alcoholismo se ocultan bajo un hígado cirrótico y los problemas de vivienda y trabajo se ocultan bajo un trastorno de ansiedad.

Ahora bien, las medidas de salud pública están destinadas a la población y no a las enfermedades. Si se basan exclusivamente en la información estadística (basada en diagnósticos de individuos enfermos) es comprensible que las acciones sobre el PSEA de los grupos sociales no sean integrales ni tengan los efectos esperados.

De la misma manera que los aspectos económicos, políticos, culturales no son reducibles a números, las poblaciones no son reducibles a un individuo y éste no es reducible a una enfermedad.

Como demuestra Ramírez Hita (2009) la metodología cualitativa puede brindar otra información a fines de acercarnos a la realidad en su complejidad relevando los problemas que afectan a la población no contemplados por los registros biomédicos estadísticos.

En este sentido, consideramos que los/as trabajadores/as de salud en función de su trayectoria e historia, reconocen problemas de salud de la población que asisten y tienen en cuenta al momento de realizar sus abordajes, aun cuando estos elementos no figuren en los registros estadísticos. La hipótesis que propusimos al inicio es que estos registros son una construcción sociocultural que refleja una visión biomédica del proceso salud/enfermedad de las personas, y que, a su vez, los/as trabajadores/as sanitarios/as reconocen determinadas problemáticas que superan el sistema de clasificación biomédica que no quedan registrados oficialmente, tales como las dimensiones subjetivas de la dolencia y la situación social en la que se inscriben estas vivencias.

De este modo, a continuación, presentamos los resultados del análisis de las representaciones de los/as trabajadores/as del CS sobre los problemas de salud que afectan a la población que atienden y las representaciones sobre la producción de los registros estadísticos, considerando sus características y particularidades.

Representaciones de los/as trabajadores/as del Centro de Salud sobre los problemas de salud de las personas del barrio El Mallín

¿Cuáles son los problemas de salud que los/as trabajadores/as del CS identifican que afectan a la población del barrio Mallín? En este apartado intentaremos demostrar que los/as trabajadores/as del CS reconocen problemáticas que impactan en la salud de las personas que asisten que no son registradas estadísticamente pero sí que son tenidas en cuenta al momento de planificar sus abordajes sanitarios.

Carolina nació en Villa La Angostura y ha vivido desde entonces en el barrio El Mallín, trabaja desde hace más de 10 años en el sistema de salud pública local. Refiere que el cáncer es uno de los problemas que está afectando a la salud de las personas del barrio, incluso un familiar muy cercano ha tenido cáncer. Sostiene que ha visto un aumento de casos de cáncer en los últimos cuatro años, y que desde el momento del diagnóstico pasan sólo “tres o cuatro meses y se murió”. Desde su rol laboral ella identifica dificultades de las personas que asisten al CS en relación con la accesibilidad a las consultas clínicas y la continuidad de los tratamientos. Refiere que la mayoría de las personas del barrio son “obreros” que trabajan “full time en temporada” y la mayoría “en negro”, ella les facilita el primer turno de la mañana para que no “pierdan el día de paga” asimismo la situación laboral les condiciona la asistencia al CS, “tienen que elegir entre trabajar o venir al médico”, postergan los controles de enfermedad crónica y si pueden elegir entre los estudios a realizar, priorizan el análisis de laboratorio por la accesibilidad horaria del hospital. A su vez, comenta que hay demoras para obtener turnos de especialidades de otras localidades, cuando los pacientes son derivados dentro del subsector público de salud. Por ejemplo, para la atención por un gastroenterólogo ha visto demoras de hasta seis meses, “y cuando llegás a dar el diagnóstico (de cáncer de colon) no hay nada para hacer, ya no hay nada para hacer”. La mayoría de las personas que se atienden en el CS, según refiere, no poseen cobertura sanitaria, lo cual dilata mucho más las derivaciones. Para facilitar la accesibilidad al CS en una “reunión de equipo”²⁶ decidieron otorgar “turnos programados” además de los turnos del día para la atención espontánea. Estos turnos se podrían reservar en la agenda de los profesionales para dentro de los siguientes 15 días. Están dirigidos a personas con enfermedades crónicas y para “captar” a quienes hace mucho “que no se controlan” y que consideran que deben ser atendidos sin demora. Carolina percibe que “la urbanización del barrio ha sido

²⁶ Denominan “reunión de equipo” a la reunión semanal en la que se reúne todo el personal del CS para planificar actividades conjuntas, organizar cambios en el funcionamiento del CS o acordar estrategias de intervención sobre individuos, familiar o grupos sociales.

relegada”, las calles son de tierra, no tienen cordón cuneta, las casas no cuentan con desagües cloacales y los pozos ciegos se filtran contaminando la tierra alrededor, las napas y los canales que desembocan en la laguna Calafate. Y refiere que una zona del barrio está asentada sobre un basurero municipal que ha sido relleno.

Mirta trabaja en el centro de salud desde hace más de 10 años. Ella coincide con Carolina, en relación con la situación laboral de las personas que asisten al CS, que la mayoría tienen trabajos informales, en “*negro*” o realizan “*changas*”, generalmente los hombres trabajan en la construcción como albañiles, y las mujeres como mucamas de hoteles o cabañas turísticas. También hace énfasis en que muchas de las viviendas construidas en el barrio están en condiciones de precariedad. Comenta que las casas están construidas con madera, no cuentan con conexión de gas (o la conexión es informal, “*están colgados*”), se calefaccionan con leña o con gas envasado, por lo que el riesgo de incendio es alto. En caso de incendiarse una vivienda, hay riesgo de que se incendien las alledañas, como ha pasado en reiteradas ocasiones. Además, señala que en un mismo predio hay “*viviendas multifamiliares*”, es decir varias familias viviendo, generalmente personas del mismo grupo familiar de las generaciones subsiguientes que han construido sus casas en el mismo terreno.

Mirta explica que desde el CS realizan un seguimiento más activo de las personas que ellos identifican que transitan “*situaciones complejas de salud*”. Se refiere a personas con dificultad económica, “*soledad*”, impedimentos en la movilidad, “*pacientes postrados*”, problemas “*emocionales*” importantes (como pérdida de algún familiar muy cercano), discapacidad, dificultades con la vivienda (como una familia que se encuentra actualmente viviendo en un “*container*”), problemas relacionados al consumo de sustancias, “*malos*” vínculos familiares, personas analfabetas que requieren asistencia en la administración de los medicamentos, adultos/as mayores con algún otro elemento de los mencionados. Este seguimiento “*activo*” consiste en la entrega de un turno “*programado*”, seguimiento telefónico o realizar un visita y atención domiciliaria, según el caso.

Noelia nació y creció en Villa La Angostura, en el barrio El Mallín. Cuenta que las personas del barrio la conocen “*desde chiquita*” y la tienen como “*referente*” ante algún problema de salud. Ella explica que realiza la “*captación*” de quienes, por ejemplo, no pueden “*sacar un turno*” o “*traer el hijo a vacunar*” dado que tienen otras preocupaciones como las relacionadas con su vivienda, como por ejemplo que:

se viene el invierno y le cae, no sé, tiene la chapa rota y les cae agua, y no pueden dormir tranquilos porque se les moja cama, porque no tienen, no sé, no tienen gas, o no

tienen ventanas [...] porque es toda de madera, porque no tiene calefacción, porque...o porque tiene calefacción a leña.

A las personas en estas situaciones las suele visitar semanal o quincenalmente para llevarles leche del CS, medicamentos o coordinar la gestión de algún turno médico que requiera.

En la labor diaria de Mónica, personal de salud, asiste personas con enfermedades crónicas a quienes coloca vacunas, entrega medicación, mide la presión arterial o de la glucemia (azúcar en sangre) y realiza curaciones de heridas y ulceraciones. Ella considera que “[el] *que menos tiene está en este barrio [El Mallín] y vos ves las casas que, por ahí, tenés una casita abajo, arriba hicieron un departamento, atrás está viviendo el hijo, al costadito el...*”. Identifica cómo los problemas relacionados con la vivienda, económicos y laborales impactan en el cuidado de la salud/enfermedad: “*cuando uno no tiene donde vivir o cómo subsistir, lo que menos te importa es como te estás alimentando, porque tenés que vivir, eso es lo primordial*”. En ese sentido, recuerda cómo un señor albañil al no poder cesar la actividad laboral afectó la evolución de una úlcera diabética que estaba curando:

Y, por ejemplo, me tocó curar a un hombre con pie diabético, que había estado en Chile que tenía como un año la pata abierta, cuando llegó acá, lo abordamos nosotras, y enseguida empezó a mejorar, mejorar, mejorar y antes de que cierre la herida, tuvo que volver a trabajar y la herida se volvió a abrir y volvimos para atrás...

Mónica destaca que, en el CS, a diferencia del hospital, logra establecer un trato más personalizado con los pacientes, mismo conocer a sus familias y realizar asistencia en domicilio para “*ver cómo es la situación en la casa*”. Por ejemplo, mencionó la situación de una pareja de adultos/as mayores/as que viven con enfermedades crónicas y no tiene lazos familiares cercanos. Mónica va periódicamente a la casa, les “*arma el pastillero*” (una caja con la medicación diaria y las indicaciones horarias) dado que ella manifiesta que muchas veces se olvidan de tomar su medicación o no recuerdan cómo hacerlo.

La falta de lazos familiares de las personas adultas mayores también fue destacada por Francisco como un problema recurrente. Francisco trabaja para el subsistema de salud pública local desde hace 5 años aproximadamente. Él refiere que “*tengo mucho adulto mayor... la falta de cuidados, de ayuda, de acompañamiento, es el problema de salud más frecuente, porque cuando son hipertensos, tienen problemas para hacerse los laboratorios, tomar la medicación, es el problema que tiene más impacto*”. En esos casos él realiza lo que denomina “*atención activa*”, un seguimiento más cercano por vía telefónica o domiciliaria. También visita en forma domiciliaria a quienes tienen una enfermedad grave o potencialmente grave y dificultad en el acceso al centro de salud. Francisco comenta que realiza “*acuerdos*” con los pacientes en torno

a las terapéuticas. Por ejemplo, relata la situación de una mujer de 45 años que vive con diabetes e hipertensión arterial y es tabaquista:

cuando yo la veía tenía unos problemas terribles en su vida, como decía Carrillo, frente a las causas sociales, los gérmenes son pobres causas [...] tiene que cuidar al padre, laburar, cuidar a sus hijos, yo le digo seguí fumando, que es lo que te sostiene en tu vida, yo le digo tenés que insulinizarte y me dice “me matás” [...] Hay que llegar a un acuerdo con los pacientes.

Julieta es integrante del servicio de psicosocial. Ella encuentra que la inestabilidad habitacional está afectando a toda la población de la localidad, es un problema recurrente que aparece en el cien por cien de las consultas. Afirma que “*lo habitacional es algo que los angustia permanentemente porque es una inestabilidad muy grande. Y lo que se consigue suele ser bastante precario en términos de contrato, en términos de construcción también y a montos elevadísimos*” A diferencia de lo que ha observado en otras localidades, “*acá la mayoría pueden acceder a un trabajo, pero no pueden acceder a una casa. Y si lo hacés, es atado con alambre*”. Al igual que Mónica, Julieta comenta que las personas que viven en el barrio El Mallín construyen las casas de sus familiares dentro del mismo terreno. Si bien ella identifica que tener su vivienda propia ofrece cierta tranquilidad, en muchas ocasiones genera problemas vinculares entre los convivientes por las condiciones de hacinamiento. Un problema que considera preocupante es la violencia en el barrio, violencia de género, intrafamiliar y maltrato infantil. Toma contacto con las personas en estas situaciones de diversas formas. Puede ser a través de “oficios” judiciales que dictaminan que tanto la víctima como el victimario realicen tratamiento psicoterapéutico individual y/o grupal, a través demanda de la propia persona en busca de asistencia, a través de las redes entre instituciones de las participan los/as integrantes del servicio de psicosocial. En las redes articulan con las escuelas de nivel inicial, primaria y media, con el Servicio de protección de derechos de niños/as y adolescentes, con la Dirección de Desarrollo Social de la municipalidad y con el Área municipal de la mujer.

Clara se incorporó al CS hace 1 año. Su percepción es que las personas que atiende actualmente tienen garantizados los derechos básicos, a comparación con la gran ciudad de donde proviene. Aunque remarca que el problema más importante es el habitacional y tiene un impacto en la salud, como explica a continuación:

para mí el problema socio habitacional es heavy y afecta a todos los niveles y a todos los niveles de salud digamos ¿entendés? El estrés que eso genera, la angustia que eso genera, la preocupación que eso genera, y no le damos bola ¿viste? como "ah bueno", y es salud mental.

Coincide con Julieta en que la violencia afecta a las mujeres del barrio. En uno de sus primeros días de trabajo en la guardia del hospital local atendió a una mujer con lesiones graves en la cara realizadas por una mordida de su pareja. Los problemas habitacionales obstaculizan los abordajes de las personas en situación de violencia, como se ve en este relato:

... la estamos obligando a que se quede con el abusador, con el violento, exponiendo a veces a los hijos a esas situaciones porque no tienen dónde ir. ¿Me entendés? Porque no hay una política pública, no hay una emergencia habitacional, no hay nada.

Estas situaciones, menciona, las trabajan conjuntamente en las “reuniones de equipo” del CS donde elaboran estrategias para los abordajes, y también han tratado el problema habitacional en las “reuniones de área”²⁷ para diseñar cómo posicionarse como sector salud local en torno a esta problemática.

Un problema relevante para Clara es la cantidad de personas jóvenes (alrededor de 40 y 50 años) diagnosticadas con cáncer de rápida progresión y agresividad. Cáncer de colon, de estómago, de ovario y de páncreas nombra rápidamente como los que están afectando a las personas que ha atendido en este tiempo. Muchas de estas personas tienen requerimiento paliativo²⁸, por lo que ella comenta que asiste semanalmente a sus domicilios, junto con otros profesionales del CS.

José trabaja en el centro de salud desde hace casi 10 años. Coincide con Clara en que el cáncer es una de las enfermedades más preocupantes. En el último año, ha asistido a tres personas con cáncer en etapa terminal, una mujer de alrededor de 60 años con cáncer de páncreas, una mujer de 35 años con cáncer de vías biliares y un hombre de alrededor de 40 años con cáncer de colon. Los tres fallecieron en 2023 por la enfermedad avanzada. Los/as profesionales del CS realizaron el seguimiento domiciliario de estas personas y sus familiares. José adjudica el estadio avanzado de estos casos a que, durante la pandemia se frenaron las prestaciones de rastreo, detección o control de las enfermedades y las derivaciones a servicios o especialidades de mayor complejidad que no se encuentran en la localidad. Por ejemplo, la videocolonoscopia, estudio que sirve para detectar o diagnosticar lesiones en el colon (entre ellas las lesiones tumorales) se realiza en San Martín de los Andes (a 110 km de VLA) o en San Carlos de Bariloche (a 80 km de VLA). Durante la pandemia estos servicios discontinuaron sus prestaciones, y la prohibición de circulación también impidió o postergó el acceso a estas prácticas.

²⁷ Son reuniones mensuales en las que participa todo el personal de los 3 centros de salud urbanos y el rural. Son coordinadas por el jefe de área programa.

²⁸ Cuidados paliativos son los cuidados que brindan los servicios de salud a las personas que cursan una enfermedad avanzada o terminal.

A pesar de esta presunción, José refiere que aun finalizada la pandemia continúa habiendo dificultades para arribar a un diagnóstico en forma oportuna, con un proceso de atención y derivación “tardío” o “embrollado”. La dificultad para acceder a la interconsulta con gastroenterología y a la VCC continúa, más aún si la persona no cuenta con cobertura de obra social, hay mucha mayor demora en los turnos, “de hasta cuatro o cinco meses”. También percibe dificultad en el manejo uniforme de la información entre los diferentes profesionales que asisten a una persona, especialmente con los efectores del subsector privado a de obras sociales, lo que afecta a los seguimientos y diagnósticos.

Florencia es integrante del servicio de psicosocial en el centro de salud y en el hospital. Entre sus tareas, ayuda a articular toda la red de cuidados y de contención social, familiar y comunitaria de las personas que viven con una enfermedad crónica avanzada que ven afectada su subjetividad y su integración sociocomunitaria. Su intención es promover la autonomía en los quehaceres de la vida cotidiana y laboral. En caso de que lo requiere también ayuda a gestionar acompañantes terapéuticos o cuidadores domiciliarios. Coincide en que el problema habitacional incide en las personas que ella asiste. Ella reconoce que muchas de las personas que han nacido en el barrio o viven allí desde hace muchos años han podido acceder a una casa propia, lo cual no garantiza que esté en condiciones de habitabilidad, por ejemplo:

A veces no tienen acceso a la electricidad, digamos, entonces están como colgados a la red de algún vecino. No todos tienen acceso al gas natural, muchos utilizan, por ejemplo, garrafas y les cuesta sostener, poder comprar, digamos, la garrafa constantemente y tener acceso a estar calefaccionados durante el invierno con las temperaturas que hace por estas zonas patagónicas, entonces se complejiza. Hay muchas viviendas que tienen carpeta de cemento del piso, o sea, que no pueden terminar de hacer el piso de la vivienda o las paredes, digamos, que tienen filtraciones de agua, tienen humedad, tienen hongos, con personas que tienen enfermedades crónicas respiratorias, por ejemplo, o sea, lo cual es incompatible. Viviendas por ahí que son pequeñas y o de ambiente único y hay tres o más personas viviendo en condiciones ya de hacinamiento crítico, no de hacinamiento, sino de hacinamiento crítico, que tienen, digamos, ni hablar que iba a pedir ventilación cruzada, algunas, digamos, tienen la puerta hinchada, he ido a viviendas que no tienen baño, por ejemplo.

Este año recuerda haber asistido a dos personas con enfermedades crónicas avanzadas. Una señora con EPOC grave con requerimiento de oxígeno domiciliario en espera para trasplante pulmonar y un señor con una enfermedad oncológica en las vías urinarias a quien le colocaron un esfínter urinario artificial y requiere múltiples consultas de seguimiento con urología en

Buenos Aires. En estos casos Florencia coordina el acceso a los turnos médicos, los traslados, gestionar los tratamientos, medicaciones, asistentes y cuidadores/as. Y organiza reuniones con las personas, sus familiares y sus redes terapéuticas y de cuidado en las que se delinearán las estrategias.

Julia trabaja en el centro de salud desde hace más de 10 años. Ella afirma que en el barrio “*la violencia es la primera causa de enfermedades crónicas*”. Identifica que muchas de las personas que asiste en el CS han sufrido o sufren de violencia de género e intrafamiliar y también de abusos sexuales intrafamiliares. Encuentra que la soledad, la falta o la mala calidad de los lazos sociales influye mucho en la evolución de las enfermedades especialmente en las crónicas. Tal es el caso, por ejemplo, de una señora a la que ella que ella asiste desde hace años que tiene problemas pulmonares crónicos y las crisis de su enfermedad coinciden siempre con un problema familiar vincular. Afirma que ella hace énfasis en las cuestiones emocionales de las personas que sigue por enfermedad crónica. Otro caso que comenta es el de una señora con diagnóstico de obesidad que identificó durante la consulta médica con Julia, que había empezado a subir de peso a raíz de una situación de abuso sexual intrafamiliar que había sufrido. Sobre esta situación comenta que:

no dejo de pensar que esas son las situaciones que hacen que la persona sea obesa y que la obesidad lleva a la hipertensión y que la hipertensión, y que la obesidad también haga a la diabetes, a... por eso digo, mi mirada en esto de lo emocional primero.

Y agrega que:

laburar sin eso es paliativo, la insulina... Eso me pasa a mí en el consultorio con los crónicos ¿viste? De hecho, me produce un rechazo terrible todo lo que es el programa de crónicos, visto desde lo biomédico. Me produce rechazo porque no lo veo así.

En relación con la violencia en el barrio, ella identifica que el alcoholismo y el consumo problemático de sustancias en general es un problema importante al que ellos, como trabajadores/as del CS, no han sabido abordar de forma efectiva. Cuenta que, durante la pandemia, tres hombres fallecieron como consecuencia del consumo de alcohol, entre ellos un hombre de 40 años con daño hepático (cirrosis) alcohólico. Coincide con Julieta en la correlación entre el consumo problemático de alcohol y otras sustancias en hombres, con la violencia de género ejercida generalmente hacia sus parejas. Las intervenciones que han sido propuestas serían dobles, en esos casos, por un lado, una asistencia al hombre en situación de problemática por consumo y ejercicio de la violencia y por el otro, el acompañamiento de la mujer afectada por violencia de género.

Carolina y Noelia viven en el barrio El Mallín. Ambas coinciden que un problema importante que afecta al barrio son la enorme cantidad de perros sueltos que hay en las calles. Carolina hace mención que es muy difícil circular por las calles por temor a que los perros le muerdan y comenta que, si bien vive a cinco cuadras del CS, no puede ir caminando a su trabajo porque *“por la calle que elija me salen perros”*. Refiere que es frecuente recibir en el centro de salud consultas de personas mordidas por perros principalmente niños que estaban andando en bicicleta y motociclistas. Noelia, quien realiza visitas domiciliarias como parte de su labor diario, menciona que hay un promedio de tres perros por casa. Además, agrega que las familias al tener *“hábitos rurales”* crían y carnean los animales en los propios domicilios o los traen de la zona rural, y que los perros se infectan y se convierten en vector de la enfermedad zoonótica hidatidosis²⁹. En este sentido, José asiente sobre la gravedad del problema de la hidatidosis en el barrio y en toda Villa La Angostura, hace referencia a un estudio que realizó el comité de epidemiología local junto a los/as agentes sanitarios/as en el que tomaron muestra de materia fecal canina en las plazas y todas las plazas de la localidad, incluso las del barrio El Mallín, dieron positivo para hidatidosis. De acuerdo con estos resultados, los/as gentes sanitarios/as y las enfermeras del CS llevan adelante tareas de prevención de enfermedad. Realizan entrega de folletería y medicación antiparasitaria para los perros.

A partir del decreto de pandemia por COVID-19 en marzo de 2020, el equipo directivo del hospital local comenzó a tomar medidas que afectó el normal funcionamiento de los servicios hospitalarios y de los centros de salud. Las actividades de prevención y promoción de la salud fueron suspendidas. La atención fue dirigida a personas que presentaran síntomas respiratorios y se centralizó en el hospital. Los centros de salud continuaron atendiendo, con personal y horario reducido, enfermedades o problemas urgentes. Los primeros casos de COVID-19 fueron detectados a finales de 2020, durante ese año las acciones estuvieron dirigidas fundamentalmente a garantizar las medidas de aislamiento de aquellos quienes tenían mayor riesgo de haberse contagiado por el virus. Durante el 2020 el personal de los CS se encargó de realizar estos seguimientos de manera telefónica o domiciliaria. En enero de 2021 se dio un aumento de casos y de internados por esta enfermedad, por lo que parte del personal de los CS tomó funciones exclusivamente en el hospital, como fue el caso de dos médicos del CS Margaritas que durante 2021 trabajaron en el servicio de internación de personas con patología

²⁹ La hidatidosis es una enfermedad parasitaria que puede afectar a humanos al estar en contacto con tierra, alimentos u objetos contaminados con materia fecal de perros infectados. Los perros adquieren la infección al comer vísceras crudas de ovejas infectadas.

respiratoria y de otra profesional que tomó tareas en la “sala de situación”³⁰ del hospital. La mayoría de las prestaciones, los estudios y las derivaciones se redujo y se priorizó la atención de personas enfermas por COVID-19. José y Julia coinciden en que esta reducción de prestaciones impactó en la salud/enfermedad de las personas, especialmente en las que viven con enfermedades crónicas. Como dijimos, José adjudica el aumento de detección de cáncer avanzado en personas jóvenes a la falta de seguimiento, control e interconsultas a tiempo. Julia agrega que, en la etapa posterior a la pandemia, muchas de las personas que viven con diabetes y se atienden en el CS tuvieron un avance importante en su enfermedad que requirió la incorporación de insulina en su tratamiento y explica que:

yo noto de antes de la pandemia a ahora hay mucha gente insulinizada, mucha. Nosotros teníamos tres insulinizados en el centro de salud para decirte un número así de chiquito, y ahora tenemos por lo menos veinte. Para mí hay un determinante social ahí atrás. Digamos que la gente no...El estrés, la obesidad...

En el mismo sentido, Pablo comenta que sus pacientes con diabetes:

manifestaban que no podían seguir con los planes terapéuticos nutricionales y que empezaron a alimentarse con lo que podían, que obviamente lo más barato en un supermercado, ya sabemos, son los hidratos de carbono, la harina, por lo tanto, empezaron a aparecer situaciones de diabetes descompensadas y gente empezando un tratamiento con insulina.

A modo de síntesis, en esta sección intentamos dar cuenta cómo los/as trabajadores/as del CS asisten la salud y la enfermedad de las personas del barrio El Mallín. De sus narrativas se desprende una visión que en mayor o en menor medida integra y articula distintos aspectos y dimensiones de la vida de las personas. Conocen a las personas, a sus familias y allegados en el consultorio y en los domicilios y dialogan con otros/as actores/as en las redes institucionales que toman contacto con estas familias. Reconocen que el proceso de salud/enfermedad/atención está ligado a un contexto sociocultural complejo, socioeconómicamente condicionado. Identificamos que estos elementos usualmente no están registrados como vimos en la sección anterior. Observamos el hecho de que son los mismos actores (los/as trabajadores/as del CS) quienes reconocen la “*complejidad*” de los problemas de salud/enfermedad y quienes registran en las bases de datos. En la tabla 10 presentamos una comparación de los problemas de

³⁰ La “sala de situación” estaba coordinada por las tres integrantes del comité de epidemiología. Realizaban la detección, seguimiento y alta de las personas enfermas o expuesta al virus de COVID-19 que mantenían aislamiento domiciliario.

salud/enfermedad de los/as usuarios/as del CS que perciben y registran los/as trabajadores/as, para señalar la brecha existente. En este proceso de traducción de la dolencia a un código hay una pérdida, una omisión, una reducción. El código individualiza y biologiza la dolencia, la descontextualiza.

Tabla 10. Cuadro comparativo entre los problemas relacionados con la salud/enfermedad percibidos y codificados en los registros estadísticos por los/as trabajadores/as del CS Margaritas, Villa La Angostura.

Problemas percibidos	Problemas codificados
Salud mental	Infeccion Vía Aérea Superior aguda
Cáncer	Ansiedad/estrés
Violencia (incluida de género)	Diabetes
Problemas relacionados con la vivienda	Infección Vía Aérea Inferior aguda
Hipertensión arterial	Lumbalgia
Diabetes	Hipertensión arterial
Alcoholismo y consumo de sustancias	Dolor abdominal
Perros - hidatidosis	Hipotiroidismo/alt tiroidea
Alimentación no saludable	Diarrea
Hipotiroidismo	Gastritis-dispepsia
Problemas relacionados con el trabajo e ingresos económicos	Infeccion urinaria
Contaminación ambiental	Depresión
Discapacidad	Obesidad
Abuso sexual	Cefalea y migraña
Soledad - falta de lazos/vínculos sociales	Infecciones de la piel

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Entonces, nos preguntamos ¿por qué no coincide esta percepción con los datos estadísticos? ¿Qué satisface esos registros? ¿Qué significado le otorgan los/as trabajadores/as a esos registros? Estas preguntas las intentaremos responder a continuación.

Representaciones de los/as trabajadores/as del Centro de Salud sobre los registros estadísticos

Julia generalmente utiliza un código general para codificar la prestación realizada a un usuario/a. Por ejemplo, “*examen periódico de salud*”. Bajo este diagnóstico codificado desglosa por escrito como texto libre lo referente al paciente, sus antecedentes clínicos personales o familiares, tratamiento farmacológico que realiza, resultados de estudios anteriores y el motivo de consulta. También describe como texto libre los factores socioeconómicos que considere relevante. Realiza como un “*resumen de historia clínica*” en el texto libre de la consulta,

especialmente en los pacientes “*crónicos complejos*” es decir aquellos que tienen situaciones de difícil resolución en la que intervienen actores de otros servicios, disciplinas e instituciones. Comenta que este resumen serviría para:

... tener como una línea, primero para mí, para decir dónde estamos, qué puedo pensar o qué fue descartado y qué no. Eso primero. Un resumen de la historia clínica trato de hacer con estos crónicos. Para mí o si tengo que mandarlo a algún que se yo...a la neuróloga ponele.

La plataforma ANDES permite colocar más de un código por consulta. Julia refiere que suele colocar el código de “*angustia*” o de “*violencia*” en forma separada del código principal, en casos que lo considere relevante de destacar.

En este sentido, Francisco explica que, de acuerdo con la forma de codificar, la información queda registrada o “*se pierde*”. Por ejemplo, si se utiliza un código de “*procedimiento, vos ponés “control de salud”, y escribís ahí, paciente diabético, tabaquista. entonces eso escrito se pierde*”. De igual manera, “*si ponés la hipertensión arterial como hallazgo, se pierde*”. En cambio, si se coloca “*trastorno*” ese código queda registrado, no se pierde.

En el relato de Julia observamos un intento de poder unificar la información fragmentada acerca de un individuo. A su vez, Francisco por el foco realizar registros adecuados para tener la posibilidad de analizar esa información codificada. De esta forma comenta que se podrían:

...hacer más eficaz las intervenciones, que tengan impacto comunitario, hasta que no tengamos ese acceso no lo podemos hacer, y caemos en lo individual, y está más que demostrado que los factores de riesgo son colectivos, no individuales. Tiene más impacto poner un polideportivo que decirle a cada uno que tiene que hacer actividad física, culpabiliza a la persona.

Francisco hace énfasis en la importancia de conocer la información estadística. Ha solicitado en varias ocasiones esta información a los servicios de estadística y epidemiología, pero al recibirla en forma desagregada no ha tenido el suficiente tiempo para su análisis. Considera que la “*epidemiología es más que enfermedades de notificación obligatoria, sino poder hacer un diagnóstico de situación de la comunidad y ver qué está pasando*” y que es importante “*usar esos datos en la microgestión*”.

Clara, al igual que Julia, intenta unificar la información referida a un individuo bajo un solo código diagnóstico y lo ilustra de la siguiente forma: “*Entonces lo que hago, la primera consulta, todo, antecedente personal, antecedentes familiares, quirúrgico, todo lo desgloso ahí, medicación que toma y entonces cuando lo vuelvo a ver o si mi compañero lo ve entra ahí y tiene todo*”. Hace referencia a la imposibilidad de colocar vínculos familiares (“*familigrama*”)

o de organizar los problemas de salud más relevantes de ese individuo de modo que sea fácilmente accesible, como “una lista de problemas”³¹.

La dificultad de ubicar a un individuo en su trama de relaciones sociales y familiares también fue señalada por José. Él comenta que encontró en el ANDES una posibilidad de relacionar las historias clínicas entre sí, en base al parentesco de hijo/a, hermano/a, padre o madre, pero no por unión conyugal como “pareja o esposo/a”.

Con respecto a la situación socioeconómica de los individuos, Francisco admite que a pesar de que ANDES otorgue la posibilidad de codificar algunos factores sociales no lo registra, aunque estos elementos sí son considerados al momento de planificar las intervenciones sobre la salud/enfermedad de los/as usuarios/as, y refiere que:

las características de la vivienda no lo registramos, tal vez sea por esto, por la homogeneidad [del barrio], no en forma escrita, pero sí en forma oral, por ejemplo, el paciente con esclerosis múltiple y discapacidad motora, lo tenemos muy en cuenta, pero no lo registramos, si mirás la historia clínica no está. De hecho, hicimos intervenciones por las características de la vivienda, hicimos informes. Por ejemplo, [una paciente] es electrodependiente.

En este relato también apreciamos una cierta naturalización de las condiciones de vivienda de las personas asistidas, dado que la precariedad de las casas es “homogénea” en todo el barrio, no queda registrada específicamente como dato. Aunque sí, como dijimos, es tenida en cuenta al momento de las acciones sanitarias.

Todas las prestaciones realizadas por los/as trabajadores/as del CS son registradas en el ANDES, no así las prestaciones realizadas por los trabajadores/as de los servicios de internación y de guardia del hospital quienes registran en el sistema SIPS. Los datos provenientes de ambos registros no se cruzan, quedando trunco el seguimiento de un individuo en todo su proceso asistencial. En relación con esto José manifiesta que:

... la internación del hospital no evoluciona en ANDES. Ahora va a empezar, o no sé si lo hace. Entonces, hay registro de lo ambulatorio del hospital: Todo. Vos te metés y ves tu evolución, la evolución del qué sé yo, del compañero que la vio la semana pasada en el centro de salud, del cirujano que la vio en el hospital, pero todo ambulatorio; cuando entra a la internación se arma un agujero negro ahí, lo único que te puede llegar a

³¹ El “listado de problemas” es un apartado de la herramienta “historia clínica orientada al problema” utilizada como forma de registro clínico en el campo de la medicina familiar. Se basa en identificar los problemas biológicos, psicológicos o sociales que aquejan al individuo y que pueden ser abordados por el clínico. Es esta herramienta es importante que el listado de problemas sea fácilmente accesible y visible.
<https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/historia.pdf>

llegar de información son los laboratorios a través del SIPS, y las ecografías, las imágenes. Entonces también hay una cuestión que interfiere en la información y en el manejo.

Como vimos anteriormente, mucho de los códigos se centran en la práctica del profesional tratante y no en el padecimiento del usuario/a. Por ejemplo, Julieta aclara que se codifica “<Consulta de salud mental> cuando es interdisciplinaria, <visita domiciliaria> cuando vamos a domicilio, <reuniones institucionales> cuando se van a ir [a una reunión], y <consulta de psicología> cuando son en espacios disciplinarios”.

En este sentido, Florencia comenta que todas sus intervenciones las codifica como “consulta” y reflexiona sobre la dificultad de discriminar los diferentes motivos de consulta de los/as usuarios/as de la siguiente manera:

...porque no es lo mismo abordar una situación de violencia de género, que una vulneración de un derecho de un niño o niña, que un IVE, o sea, que no se animó a ir a la médica y entra, no sé, por trabajo social o por psicosocial, que un pibe en contexto de consumo, que un pibe que quiere, digamos, información para un emprendimiento socio productivo o sociolaboral, que acompañar, digamos, en la red de cuidado y pensarnos en una figura de acompañante, o pensar un traslado por una persona con una enfermedad crónica... No es todo lo mismo.

Considera que es importante realizar esta discriminación en el sistema informático por dos motivos principales, “porque, digamos, después de acuerdo a eso, muchas fuentes de datos son la fuente para pensar algunas políticas, digamos, en relación a la atención, en salud”. Y, además, agrega que posibilita “visibilizar” su práctica ante sus propios colegas, ya que considera que es una profesión invisibilizada en el marco del sistema de salud.

Los relatos de Francisco, José y Julia coinciden en que no cuentan en forma para su trabajo cotidiano con la información que se podría generar a partir de los registros del ANDES. Julia comenta que a fines de analizar la práctica del CS necesitaría conocer información estadística como por ejemplo:

qué veíamos hace cinco años y qué no ahora, y cuántas consultas, y qué es lo que hacemos [...] yo siempre digo que tenemos que ver de qué se muere la gente para saber qué estamos haciendo. Sino abrimos el consultorio y que pase el que sigue.

En este sentido, conocer los datos de morbilidad locales le permitirían afinar su propia práctica clínica, ya que sostiene que “los datos te modifican las miradas [...]uno va transformando, viste, lo que uno tiene enfrente, lo que va buscando, lo que...que es re

importante saber de qué se muere y se enferma la gente digo...epidemiológicamente para seguir buscando.”

Noelia explica que una de sus funciones como trabajadora del CS es realizar “*captaciones*” de las personas que hace un tiempo que no realizan “*control*” de su salud, por ejemplo, niños/as que no tienen el calendario de vacunas completo acorde a su edad, las mujeres embarazadas que no han realizado su control mensual de embarazo, o las personas que viven con alguna enfermedad crónica como la diabetes que no han realizado su examen clínico periódico. Para realizar este tipo de “*seguimientos*” confeccionó “*el drive*”, una planilla de *Excel* que comparte con otros/as integrantes del CS a través de la plataforma virtual *Google Drive*. Ella, al igual que sus colegas, examinan una por una las historias clínicas informáticas almacenadas en el ANDES buscando las personas a ser “*captadas*”. En esas planillas de *Excel* registran los datos de las personas y otra información que orienten la necesidad de una intervención, por ejemplo, domicilio, teléfono, fecha de última consulta al CS, estado actual de salud o enfermedad, necesidad de algún estudio, etc, según explica Noelia:

Más que nada adultos mayores o así, o pacientes justamente crónicos, porque en el drive lo tenemos así, pacientes crónicos de los cuales nos sentamos y decimos, "bueno, a ver, ¿quiénes necesitan más seguimiento? ¿Cuándo fue la última visita? ¿Cuándo es la próxima visita? ¿Quiénes son los referentes? ¿Qué patologías tienen? ¿Qué medicación toman?" Como un fichero único para que todes estemos más o menos al tanto de pacientes crónicos y seguimiento.

El “*Drive*” facilita la agrupación de personas con determinada característica o patología, insumo disponible para que los/as trabajadores/as del CS puedan realizar los seguimientos de estos/as usuarios/as. El registro y actualización de estas planillas se realiza en forma manual, usuario por usuario, por lo que depende de que los/as trabajadores/as cuenten con el tiempo para realizarlo. Francisco afirma que no utiliza el “*drive*” por falta de tiempo en la consulta ya que debe “*escuchar al paciente, escribir en ANDES, y escribir en el drive, no podés*”. Julia acuerda con Francisco en la falta de tiempo institucional para actualizar esos registros alternativos al ANDES.

De esta manera, Francisco, Julia y José coinciden en que carecen de una herramienta que les permita conocer el estado de salud/enfermedad de un grupo poblacional. El “*seguimiento activo*” es una estrategia que los/as trabajadores/as del CS realizan sobre los pacientes “*crónicos*” o aquellos que consideran que tienen que estar atentos en la evolución del PSEA. Como afirma Francisco “*no lo tenemos como un recurso más en la práctica diaria*” y continúa explicando que:

Necesitamos herramientas para el seguimiento porque hay pacientes que se pierden. Por ejemplo, pedimos mucha SOMF en mayores de 50 años, viene con positivo, le pedís interconsulta con gastro y después lo perdiste. Viene a los 6 meses y no fue a gastro, algo en el circuito se rompió y no fue. [...] por ejemplo, un paciente diabético con la glicosilada en 14, hipertenso, que no tiene ningún estudio hecho, amerita hacer un esfuerzo por seguirlo, y no lo tenemos, esos pacientes se pierden bastante.

Ante la carencia de herramientas de seguimiento, cada trabajador/a tiene su propia herramienta que considera de utilidad a la hora de recordar qué usuario/a debe contactar o en qué situación de salud/enfermedad está una persona determinada. Julia define a esta situación como “*poli-registro*” y manifiesta que “*tendría que haber un registro unificado*”. Las herramientas son el uso de la “*memoria*” individual, de agendas personales o “*libretitas*”, de recordatorios o notas en el celular personal, y también crearon grupos de *whatsapp* entre profesionales para dialogar sobre algunos/as usuarios/as en particular.

Antes de las medidas tomadas por la pandemia de COVID-19, en los centros de salud se entregaba la medicación de los “*pacientes crónicos*”. Para ello, se consignaba una planilla en papel para cada paciente, con sus datos personales, la medicación que se le había indicado, y la fecha en que retiraba la medicación, estas planillas se guardaban en una carpeta. El hospital enviaba todos los meses los medicamentos a los centros de salud, en base a la solicitud mensual realizada por el centro de salud. A partir de la pandemia, esta actividad se centralizó en el hospital perdiendo el contacto mensual con los pacientes crónicos por parte del centro de salud. José afirma que esta medida es una barrera para realizar el seguimiento de los pacientes crónicos, porque “*no queda claro dónde está que no viene*” (José) y como una pérdida de oportunidad de contacto con la situación de salud/enfermedad del usuario dado que anteriormente la medicación era entregada por el sector de enfermería o agentes sanitarios y se aprovechaba esa oportunidad para hacer alguna intervención de “*seguimiento*” o “*control*” o “*funcionaba como una alarma*” (José).

Por otro lado, Clara encuentra otra utilidad en los registros, al registrar en el ANDES y en la plataforma del programa nacional SUMAR los datos de las prestaciones otorgadas a determinados grupos sociales identificados como vulnerables, el CS obtiene ingresos económicos. En una de las “*reuniones de equipo*” a las que asistí como investigadora, pude observar que dedicaron un tiempo de la reunión para organizar quiénes cargarían esos datos en la plataforma del SUMAR, considerando que era una tarea importante para el CS.

De lo expuesto vemos los múltiples sentidos otorgados a las formas de registro. Observamos un esfuerzo por registrar los datos en el ANDES de los/as usuarios/as, a pesar de no percibir un *feedback* de esa información y una apuesta a que esos datos registrados tienen un impacto en los diseños de las políticas públicas y la administración de los recursos sanitarios. A su vez, identificamos un anhelo por acceder a los indicadores sanitarios dado que consideran su importancia para su práctica clínica, ya que les permitiría realizar seguimientos activos y captaciones de sus pacientes, afinar su mirada clínica en busca de enfermedades prevalentes o evaluar su actividad asistencial. También se utilizan estos registros sanitarios para beneficio económico del CS (SUMAR) o para visibilizar las acciones de las disciplinas menos reconocidas dentro del sistema sanitario. A pesar de este anhelo por acceder a la información estadística sanitaria, observamos que los/as trabajadores/as del CS reconocen la limitación de los registros y generan estrategias creativas de registros propios que den cuenta de la complejidad de los problemas de salud que afectan a las personas que viven en el barrio El Mallín. Finalmente, estos últimos son los que utilizan y consideran al momento de idear una intervención sobre un individuo o grupo poblacional. Es decir que sustentan sus acciones en lo que perciben que afectan a la población más que lo que informan los datos estadísticos (a los que incluso, como dijimos, tienen poco o nulo acceso).

Observamos una fragmentación de la información que trasluce una fragmentación de las personas. Cada institución (hospital, CS), cada servicio, cada profesional codifica un fragmento del PSEA de las personas. La historia de vida y el contexto en donde transcurre esa vida quedan ajenos a los registros, mismo afuera de su propia historia clínica ya que ésta se encuentra atomizada en diferentes instituciones (privado/público, oficial/no oficial, hospital/centro de salud, etc).

Los/as trabajadores/as del CS intentan unificar esa fragmentación generando instrumentos alternativos al ANDES (“*drive*”, libretas, agendas) y estableciendo contacto personal con otros profesionales del ámbito público o privado (“*reuniones de equipo*”, llamadas telefónicas, grupos de whatsapp).

Como ya hemos señalado, las teorías clásicas de la epidemiología reducen los procesos sociales a comportamientos individuales y el contexto socioambiental queda consignado como factores externos que determinan de forma lineal la aparición de un evento adverso en la salud. Como señala Breilh (2013) no basta con señalar las “causas de las causas” ni los “determinantes estructurales”. Los registros reflejan el reconocimiento de estilos y condiciones de vida individuales cristalizados, aislados del contexto socioeconómico que los produce y reproduce. Si bien los/as trabajadores/as del CS conocen parte del contexto social de las personas que

atienden, esto no queda reflejado en los registros que, dado su carácter biologicista, reduce la realidad social a factores de riesgo o enfermedades.

5. Reflexiones finales

Al comienzo del trabajo apresuramos una hipótesis: los registros son una construcción sociocultural que refleja una visión biomédica del proceso salud/enfermedad de las personas, y que, a su vez, los/as trabajadores/as sanitarios/as reconocen determinadas problemáticas que superan el sistema de clasificación biomédica que no quedan registrados oficialmente, tales como las dimensiones subjetivas de la dolencia y la situación social en la que se inscriben estas vivencias.

A lo largo del trabajo vimos que, a partir de los registros, se puede caracterizar a individuos agrupados por sexo, edad y enfermedad codificada bajo una categoría biomédica. Cada profesional y cada sector de los servicios de salud aporta un fragmento a la construcción de esa enfermedad en tanto *disease*, excluyendo las esferas subjetivas de la vivencia de enfermedad y los aspectos socioculturales en los que se inscriben estas vivencias. El profesional debe reducir los aspectos subjetivos y sociales a un código cuantificable. Como dijimos, en este proceso de traducción de la dolencia a un código hay una pérdida, una omisión. En términos de Byron Good (2003) el profesional aprende a “construir personas enfermas y convertirlas en pacientes” (p. 149). Los padecimientos se reducen a su condición biológica e individual, reforzando así la naturalización³² de las enfermedades. Excluir el carácter histórico, social, colectivo de las enfermedades, opaca la comprensión integral del complejo fenómeno del proceso salud/enfermedad/atención. Vimos, además, que, si bien algunos aspectos sociales han podido codificarse, continúan anclados a un individuo descontextualizado. A lo largo del trabajo, reparamos en que los propios agentes de salud reconocen que muchas de las personas que viven en el barrio El Mallín lo hacen en condiciones de precariedad y vulnerabilidad social. Esta situación subrayaría la importancia de situar socialmente el proceso salud/enfermedad de las personas que asisten al centro de salud del barrio.

La brecha que encontramos en la primera etapa del trabajo (y en la que decidimos indagar), entre los registros epidemiológicos y las representaciones de los/as trabajadores/as sobre la morbimortalidad, nos permitió reflexionar sobre los modos de producir conocimiento sobre el PSEA considerando su importancia como sustento de la elaboración de políticas y programas sanitarios. Aunque también consideramos que son sustento de acciones llevadas adelante por otros organismos como organizaciones y movimientos sociales, y que también tienen un impacto a nivel micro. Es decir, conocer de qué se enferman y se mueren las personas y los grupos sociales por parte de los/as trabajadores/as de la salud les lleva a reflexionar sobre su

³² Con naturalización nos referimos a explicar que las enfermedades se originan como desarreglos exclusivamente biológicos (naturales) opacando sus múltiples determinaciones.

propia práctica. En ese sentido, la frase “*los datos te modifican las miradas*” dicha por Julia, nos propone reflexionar cómo los datos sanitarios influyen en las miradas de los/as trabajadores/as que a su vez son los que registran los datos a partir de sus representaciones sobre los problemas de salud. Encontramos, así, una capacidad performativa de la información estadística, en tanto construye y reproduce formas de percibir la realidad social y sanitaria.

A su vez, las bases de los registros son confeccionadas en torno a recomendaciones y clasificaciones internacionales que homogeneizan y categorizan las dolencias. Consideramos así que hay una predeterminación sobre lo que es posible o no codificar. Retomando lo expuesto en la introducción y parafraseando a Nancy Scheper Hughes (2000), la sociedad registra lo que valora. Al registrar enfermedades, se valoran enfermedades por sobre la salud, quedando la salud fuera de los centros de salud. El hecho de que las prestaciones realizadas por los servicios de psicología, trabajo social y agentes sanitarios³³ no se codifiquen y no formen parte de las estadísticas sanitarias refuerza el sentido de lo expuesto. No hay lugar para las dolencias (*illness*) ni para los aspectos sociales.

Como dijimos, este trabajo lo realizamos en contexto de una investigación doctoral basada en las prácticas de cuidado de la salud de las personas que viven con enfermedades crónicas. ¿Qué nos permiten reflexionar las enfermedades crónicas para el presente trabajo? Como expusimos, hubo una transición en la epidemiología de las enfermedades en la que las crónicas reemplazaron a las infecciosas como causa de enfermedad y muerte. Dada su cronicidad, convivimos con estas enfermedades en la vida cotidiana. Para su abordaje integral hay que contemplar todas las dimensiones de la vida. Los registros enfatizan la denominada tríada ecológica (agente, huésped y medio)³⁴ excluyendo la complejidad del proceso salud/enfermedad. Si la atención ha estado puesta en registrar gérmenes y enfermedades, para abarcar la complejidad habrá que diseñar nuevos instrumentos y nuevas estrategias.

Destacamos que los/as trabajadores/as sanitarios/as, muchos/as nacidos/as y criados/as en el barrio en estudio, poseen un conocimiento situado históricamente sobre los problemas que afectan a los grupos sociales. Si bien nos faltó tiempo de trabajo, pudimos vislumbrar una cierta diversidad de miradas entre los/as distintos/as trabajadores/as entrevistados/as. Muchas de las estrategias de abordaje llevadas adelante por los/as trabajadores/as del CS estaban orientadas por las miradas de las trabajadoras con mayor trayectoria profesional local que apuntaban a garantizar una integralidad y longitudinalidad en la asistencia de los individuos y sus familias.

³³ De acuerdo con la experiencia de campo, reconocemos en estas tres disciplinas una mirada más integral de las dolencias de las personas y familias.

³⁴ Agente sin historia; huésped sin condición social y medio sin origen social, según Jaime Breilh (2013).

A partir de las miradas de las trabajadoras nacidas en el barrio pudimos comprender las condiciones socioculturales en las que se vive, se enferma y se muere de acuerdo con las particularidades del barrio.

Por otro lado, el análisis de los registros estadísticos y de las representaciones sobre el proceso de registro estadístico y los sentidos que le otorgan, nos permitió reflexionar sobre la supuesta objetividad de la información sanitaria. Encontramos que hay múltiples formas de codificar no sólo condicionadas por el sistema informático de registro y las clasificaciones preestablecidas, sino por y para lo que los/as trabajadores/as esperan, suponen o anhelan que se utilice la información sanitaria.

A modo de cierre, queremos señalar que este trabajo ha sido el puntapié inicial que permitió acercarnos al proceso salud/enfermedad/atención de las personas que viven en el barrio El Mallín y comprender el contexto de producción de las enfermedades crónicas para luego continuar la investigación por las líneas planteadas en el trabajo doctoral. Consideramos que buena parte del camino transitado consistió, además, en desandar varios supuestos provenientes de nuestra formación en el campo de la salud. A fines de profundizar en la comprensión del fenómeno creemos necesario realizar técnica de observación en los distintos sistemas médicos, incluida la autoatención llevada a cabo por las personas afectadas por dolencias crónicas en el barrio en estudio.

6. Bibliografía

- Borrell, C. (2015). Epidemiología social: La persona, la población y los determinantes sociales de la salud. En E. Fernández Muñoz & G. Casino, *Epidemiología para periodistas y comunicadores* (pp. 33-37). Fundación Dr. Antonio Esteve.
<http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/04/Epidemiologia-social-la-persona-la-poblacion.pdf>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), S13-S27.
- Breilh, J. (2015). *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad* (1a ed. 4a reimp). Lugar Editorial.
- Briggs, C. L. (2017). Descubriendo una falla trágica en las políticas revolucionarias de salud: Desde las inequidades en salud y comunicación a la justicia comunicativa en salud. *Salud Colectiva*, 13(3), 411-427. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1152>
- Conrad, P. (1990). Qualitative research on chronic illness: A commentary on method and conceptual development. *Social Science & Medicine*, 30(11), 1257-1263.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90266-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90266-U)
- Da Matta, R. (1999). El oficio del etnólogo o cómo tener “Anthropological Blues”. En M. Boivin, A. Rosato, & V. Arribas, *Constructores de Otredad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural* (pp. 172-178). Antropofagia.
- De Mendieta, Y. (2022, agosto 17). Crisis habitacional: Advierten del hacinamiento entre los jóvenes del barrio El Mallín. *La Angostura Digital*.
<https://www.laangosturadigital.com.ar/2022/08/17/crisis-habitacional-advierten-del-hacinamiento-entre-los-jovenes-del-barrio-el-mallin/>
- Diez Roux, A. V. (2012). ¿Qué puede enseñarle la epidemiología de las enfermedades infecciosas a la epidemiología de las enfermedades crónicas? *Salud Colectiva*, 8, 5-7.
<https://doi.org/10.1590/S1851-82652012000300001>
- Dirección provincial de Estadística y Censos del Neuquén. (2017). *Información Municipal Básica 2017*. https://www.estadisticaneuquen.gob.ar/#/panel_publicaciones_IMB
- Dirección provincial de Estadística y Censos del Neuquén. (2022). *Estimación de población*.
http://www.estadisticaneuquen.gob.ar/#/proyecciones_app

- Dirección Provincial de Estadística y Censos. Provincia del Neuquén. (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*.
<https://www.estadisticaneuquen.gob.ar/#/censo2022>
- Domínguez Mon, A. (1991). ¿Enfermedades o población enferma?: Las estadísticas y la construcción social en un servicio de atención de enfermedades de transmisión sexual (ETS). *Cuadernos de Antropología Social*, 5, 33-56.
<https://doi.org/10.34096/cas.i5.4834>
- Domínguez Mon, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: Enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*, 13(3), 375. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1156>
- Domínguez Mon, A., Mendes Diz, A. M., Schwarz, P. K. N., Rosas, M. J., Estrella, P. V., Camejo, M., & Caruso, P. (2012). *Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*. Centro de Documentación e Información, Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Domínguez Mon, A., Perner, S., & Pérez, S. (2014). *De la agencia social a la salud colectiva* (1a ed.). Universidad Nacional de Río Negro.
- Fernández, B. (2022, enero 18). *Villa La Angostura tendrá un barrio privado con precios tan caros como Puerto Madero*. <https://www.cronista.com/negocios/villa-la-angostura-tendra-un-barrio-privado-con-precios-mas-caros-que-puerto-madero/>
- Fernández-Rufete, J. (2000). El afecto perdido. En E. Perdiguero & J. M. Comelles, *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 277-303). Ed. Bellaterra.
- Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Bellaterra Edicions.
- Grimberg, M. (1998). Relaciones entre epidemiología y antropología. En P. C. B. Alves (Ed.), *Antropologia da Saúde: Traçando identidade e explorando fronteiras*. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575414040>
- Guber, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad* (1. ed). Grupo Editorial Norma.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo* (1a. ed. en Editorial Paidós). Paidós.
- Haro, J. A. (2013). El planteamiento de una epidemiología sociocultural: Principios cardinales y modelos de aplicación. En O. Romání, *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: Un debate abierto* (pp. 21-42). Publicacions URV.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7682007>

- Kleinman, A. (1980). Orientations 2: Culture, Health Care Systems, and Clinical Reality. En A. Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture* (pp. 24-70). University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520340848-004>
- Kleinman, A. (1989). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En M. I. Rodríguez (Ed.), *Lo biológico y lo social: Su articulación en la formación del personal de salud* (pp. 1-12). Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3095/Lo%20biologico%20y%20lo%20social.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Marradi, A., Archenti, N., & Piovani, J. I. (2012). *Metodología de las ciencias sociales* (2da edición). Cengage Learning Argentina.
- Martínez-Hernández, A. (2008). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad* (1 ed). Anthropos Editorial.
- Menéndez, E. L. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. 451-464.
- Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVI(46), 37-67.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>
- Menéndez, E. L. (2008). Epidemiología sociocultural: Propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad*, 20(2), 5-50. <https://doi.org/10.22198/rys.2008.2.a526>
- Menéndez, E. L. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (1. ed. 1a reimp.). Lugar Editorial.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles. Componente: Promoción de la Salud*. <https://iah.salud.gob.ar/doc/Documento161.pdf>

- Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Manejo integral en el primer nivel de atención* (1a ed. 1a reimp).
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020, agosto 21). *Clasificación internacional de enfermedades*. Argentina.gob.ar.
<https://www.argentina.gob.ar/sssalud/hospitales/clasificacion-internacional-enfermedades>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021a, julio 19). *Centro Nacional de Terminología en Salud*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/terminologia>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021b, julio 20). *¿Qué es Snomed CT?* Argentina.gob.ar.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/terminologia/snomed-ct>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240000490>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*.
<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, septiembre 16). *Enfermedades no transmisibles*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad*. OPS.
- Ramírez Hita, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud Colectiva*, 5(1), 63-85. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.231>
- Ramírez Hita, S. (2010a). *Calidad de atención en salud: Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano* (2da ed.). OPS/OMS.
- Ramírez Hita, S. (2010b). *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí* (2da ed.). Editorial Gente Común.
- Ramírez Hita, S. (2013). Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud. En O. Romaní, *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: Un debate abierto* (pp. 43-64). Publicacions URV.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7682007>

- Scheper Hughes, N. (2000). Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad Infantil en Brasil. En A. Viola Recasens, *Antropología del desarrollo: Teorías y estudios etnográficos en América Latina* (pp. 267-297). Paidós.
- Scribano, A. O. (2017). *El proceso de investigación social cualitativo*. Prometeo Libros.
- Soriano, M. (2023, julio 10). Comprar una propiedad: La zona que se convirtió en una de las más rentables del país. *LA NACION*. <https://www.lanacion.com.ar/propiedades/casas-y-departamentos/una-renta-del-12-anual-en-dolares-las-oportunidades-para-comprar-propiedades-en-una-de-las-zonas-mas-nid07072023/>