



EVIDENCIA CIENTÍFICA, SALUD Y DESARROLLO SOCIO-ECONÓMICO

ZULMA ORTIZ¹ Y JORGE LAUCIRICA²

¹*Jefa del Área de Docencia e Investigación. Centro de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires (Argentina).*

²*Consultor en Comunicación Social, Community Information Empowerment and Transparency (CIET). Ottawa (Canadá).*

Introducción

Un niño no aprende y se duerme en la escuela, el médico del barrio descubre que está desnutrido, las maestras detectan a otros niños en la misma condición, una radio local expone la situación, los medios nacionales la multiplican, otros casos aparecen en muchas otras escuelas, y todos hablamos de desnutrición. A esta altura, se imponen preguntas

que no pueden responder ni la maestra, ni el médico ni los medios. Tampoco los gobernantes, a quienes se les empieza a exigir una solución. ¿Cuántos niños están desnutridos? ¿Por qué? ¿Son las mismas causas en todos los casos? ¿Es el mismo perfil de familia? ¿Habitan en los mismos barrios? ¿Es lo mismo en todos los lugares donde hay desnutrición? Más acuciante aún, ¿qué se puede hacer? ¿Cómo asignar recursos de manera efectiva y eficiente para revertir la situación? Cada una de estas preguntas puede responderse de muchas maneras, pero es difícil negar el beneficio que supone contar con evidencia científica al momento de enfrentar este tipo de situaciones.

La evidencia trae a la vida los fantasmas de la especulación científica y le da magnitud a conceptos como inequidad, pobreza y riqueza, salud y enfermedad. Ciertamente es que estos conceptos reflejan fenómenos de la vida cotidiana, pero la evidencia científica los sustrae de la anécdota y la percepción individual para darles dimensión social, política y económica, los cuantifica y permite la com-

¹Especialista en Reumatología. Master en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud en la Universidad de Lanús y *Research Fellowship* en Epidemiología Clínica e Investigación en Servicios de Salud en la Universidad de Ottawa, Canadá.

Subdirectora de la Carrera de Especialista en Epidemiología de Campo de la Universidad de Tucumán y del Ministerio de Salud argentino. Revisora de la Colaboración Cochrane y Facilitadora de la misma en América Latina.

²Periodista, editor y especialista en comunicación social. Fue becario Fulbright en Estados Unidos y coordinador de edición en *The Wall Street Journal of Americas*, la edición de *The Wall Street Journal* en español. Fue consultor del Programa Vigía, del Ministerio de Salud de Argentina. Actualmente es consultor en comunicación social para CIET Canada, una organización internacional dedicada a la investigación social y a la implementación de programas de salud, desarrollo y gobernabilidad en países en desarrollo y en Canadá.



paración. En ese sentido *-y sólo en ese sentido-* lo que no se mide parece no existir.

La disponibilidad de evidencia válida y confiable es crucial para el análisis de la situación de salud, la toma de decisiones clínicas, la planificación y ejecución de políticas en diferentes contextos sociales y escenarios económicos. Pero la evidencia no es una dama virgen que llega de blanco al altar. Antes de su matrimonio, ha tenido contacto con las ideologías dominantes, los paradigmas científicos prevaletentes, los intereses de turno, el enfoque particular de cada investigador y las prioridades del financiador. Con semejante promiscuidad, uno no puede dejar de preguntarse, al igual que Foucault¹: *¿Quién habla? ¿Quién en el conjunto de todos los individuos parlantes, tiene derecho a emplear esta clase de lenguaje? ¿Quién es su titular? ¿Quién recibe de él su singularidad, sus prestigios, y de quién, en retorno, recibe ya que no su garantía, al menos su presunción de verdad?*

Salud e inequidad

La situación socioeconómica es un factor condicionante para la salud. La evidencia, diversa en métodos y fuentes, pero contundente, muestra que la relación entre pobreza y situación de salud es clara, directa e incontrovertible²⁻⁴. Esto es así en todo el mundo, desde los pueblos más ricos a los más pobres. Sea que uno considere la mortalidad, la morbilidad o la autopercepción de la salud, siempre se encuentra con el mismo resulta-

do: los grupos humanos que lo pasan peor en lo económico, en lo social y en lo educativo, tienen también peor estado de salud. Como observa Castellanos, los desvalidos, en toda sociedad, mueren más jóvenes y viven más enfermos⁵.

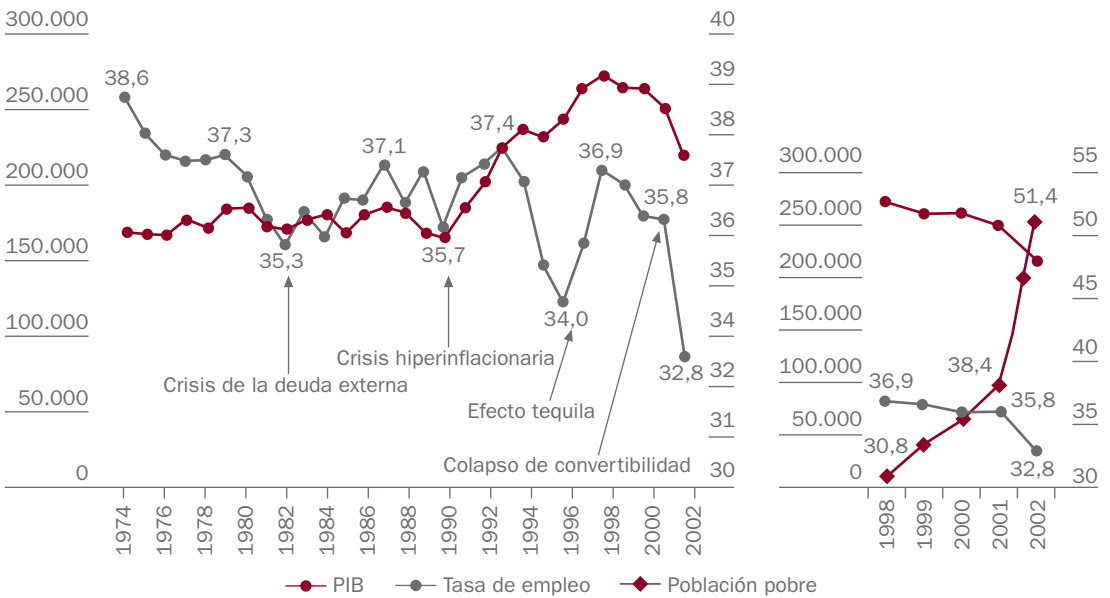
En América Latina y el Caribe, por ejemplo, el 15% de la población vive en extrema pobreza (con menos de 1 dólar por día, según el indicador de las Naciones Unidas)⁶. La región presenta, además, la mayor disparidad en la distribución de la riqueza. En los años 90, el 20% más rico tenía ingresos promedio de 17.000 US\$ y el 20% más pobre de 930 US\$⁷. En el año 2000, la tasa de mortalidad infantil era de 37 por mil nacidos vivos, comparado con 9 por mil en los países desarrollados. La tasa de mortalidad materna era de 190 por 100.000, contra 21 por 100.000 en los países más ricos⁷.

Y no es sólo una cuestión de acceso a los hospitales y otros centros de salud, o de calidad de la atención y de la aparatología médica. El drama empieza mucho antes, en la falta de controles prenatales, en las carencias de la infancia temprana, en las condiciones insalubres del medio ambiente comunitario. Esto es notable no sólo en la comparación entre países ricos y pobres, sino también dentro de las fronteras nacionales.

El caso de Argentina es paradigmático. El país refleja en su interior el triste cuadro de desigualdad social y económica que caracteriza a Latinoamérica. El quintil más pobre de la población tiene una participación del 2,7% en el total de ingresos, mientras que el quintil más rico concentra el 54,3%, es decir,



FIGURA 1. Evolución de las crisis económicas en Argentina. Total aglomerados urbanos, 1974-2002



20,4 veces más⁸. La evolución de los últimos años ha sido francamente desalentadora. Desde 1998, la economía argentina no pudo salir del estancamiento y la recesión, y las condiciones de vida de la población empezaron a deteriorarse. En los últimos meses de 2001 y la primera mitad de 2002, el país entró en una crisis política, institucional y socioeconómica sin precedentes. Como resultado de todo este proceso, se ha registrado una gran caída de los ingresos reales y un aumento considerable de la desocupación y la pobreza (fig. 1). Un solo dato alcanza para ilustrar la aterradora dinámica del derrumbe

argentino: tan sólo en 5 años, desde octubre de 1998 a octubre de 2002, la incidencia de la pobreza aumentó del 33% al 58,5%.

Argentina, un ejemplo paradigmático

Como queda dicho, la desigualdad social se refleja en el estado de salud de los ciudadanos, generando inequidades entre grupos sociales y regiones. La salud materno-infantil es muy sensible a estas condiciones. La tasa de mortalidad infantil, específicamente, es uno de los indicadores más utilizado en



salud pública, por su sensibilidad a las condiciones de vida desfavorables y por el cuerpo de evidencia que valida su uso para el estudio de la desigualdad en la salud⁹⁻¹². En Argentina, durante el año 1990 ocurrían 25,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; en el año 2000, la tasa nacional fue de 16,6, lo que significó un descenso del 33%. Pero este promedio oculta dos cuestiones cruciales. Primero, que las desigualdades entre las diferentes regiones del país se han acentuado. Hay provincias con tasas de 9,5 por 1.000 en el Noreste y de 8,2 por 1.000 en el Noroeste, mientras que en la región Centro del país mueren 2,3 por cada 1.000 nacidos vivos. Las disparidades son más impresionantes cuando se agrega la variable económica. En las figuras 2 y 3 se muestran las tasas de mortalidad infantil en cuatro grupos de provincias definidos según el ingreso per cápita de sus habitantes, y dentro de los cuales se distingue, a su vez, la población pobre de la que no lo es.

El segundo aspecto oculto tras el descenso de la tasa de mortalidad infantil es que el 60% de esos decesos son evitables. Los niños argentinos siguen muriendo por trastornos relacionados con la duración del embarazo, desnutrición, diarrea, dificultades respiratorias del recién nacido y malformaciones congénitas del corazón. Dos tercios de las muertes infantiles son neonatales. En el año 2000, 6 de cada 10 muertes de recién nacidos en Argentina podrían haberse evitado con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto y un diagnóstico y tratamiento precoces. Según datos de la

FIGURA 2. Estratificación de las Provincias Argentinas según ingreso *per capita* (en pesos y euros) (mayo 2001)

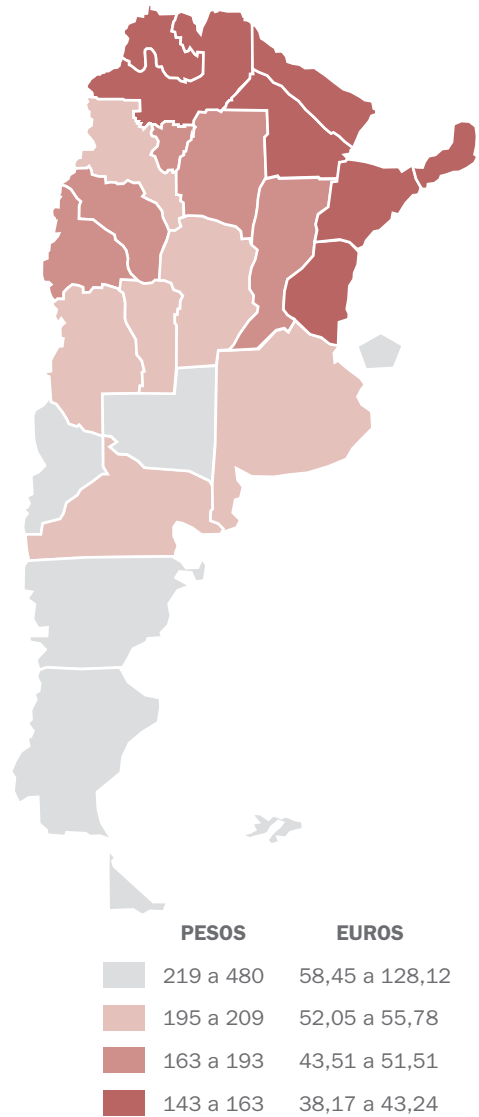
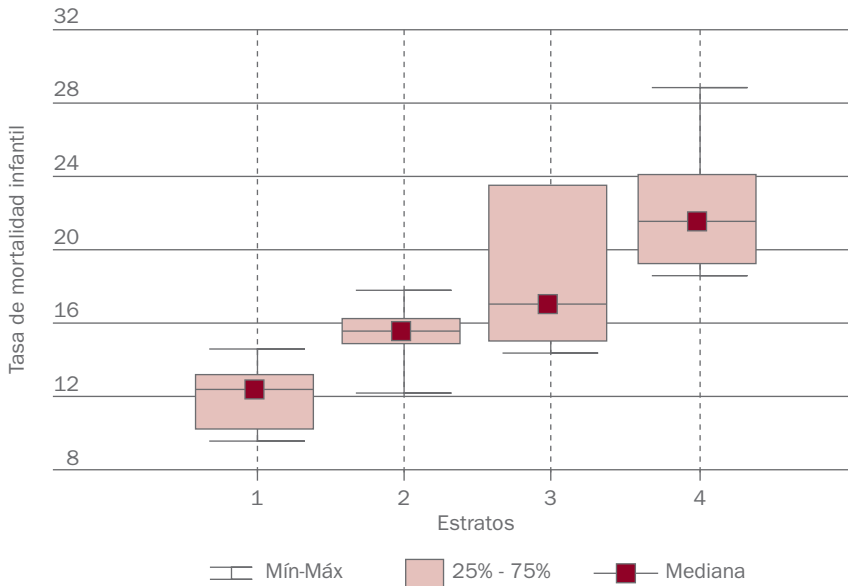




FIGURA 3. Tasas medianas de mortalidad infantil por estratos socioeconómicos de las provincias. Argentina, 2001



Encuesta de Condiciones de Vida*, estas prácticas preventivas mostraron diferencias, particularmente dentro del Grupo I, que reú-

*La Encuesta de Condiciones de Vida 2001 es una iniciativa conjunta entre el Ministerio de Acción Social y Economía y el Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe (MECOVI). Se trata de una encuesta multipropósito sobre las principales dimensiones que conforman las condiciones de vida, cuya muestra abarca al 96% de la población urbana del país y a casi el 84% de la población total.

ne a las jurisdicciones de ingresos promedio per capita más elevados (tabla 1), en el que se constatan más embarazos controlados entre las mujeres que no son pobres (tabla 2). También la proporción de mujeres que no consultaron al ginecólogo en el último año es diferente según se trate de mujeres pobres o no (tabla 3). El panorama es muy diferente según las regiones y las condiciones socioeconómicas, con una incidencia mayor de controles inadecuados entre las mujeres pobres de las regiones más postergadas.

**TABLA 1. Distribución porcentual de la población según situación de pobreza, por estrato, de las provincias argentinas según ingreso per capita. Año 2001**

| Estrato | Población | | |
|------------|-----------|-------|----------|
| | Total (1) | Pobre | No pobre |
| Total País | 100,0 | 40,0 | 60,0 |
| Grupo IV | 100,0 | 58,3 | 41,70 |
| Grupo III | 100,0 | 42,1 | 5,9 |
| Grupo II | 100,0 | 39,6 | 60,4 |
| Grupo I | 100,0 | 21,6 | 78,4 |

Fuente: SIEMPRO, Área de condiciones de vida, ECV 2001.

(1)Excluye no sabe/no responde ingreso

El cuadro de inequidades no será fácil de revertir, tanto por sus características estructurales como por la debacle socioeconómica del período 2000/2001. Es más, los indicadores de salud pueden llegar a reflejar un empeoramiento en los años por venir, ya que el impacto del cambio en las condiciones de vida no es siempre inmediato. Las distintas manifestaciones de violencia suelen ser las primeras en aparecer con el incremento de la pobreza y la desocupación, algo que ya está ocurriendo en Argentina. También se puede esperar una

desmejora en los indicadores de salud mental, salud materno-infantil, estado nutricional y enfermedades infecto-contagiosas.

En estas circunstancias, debemos preguntarnos qué tipo de evidencia científica se necesita y cuánta inmersión social debe tener esa evidencia. Entre otras cosas, es necesaria una mirada que bucee detrás de los promedios, que procure entender lo que ocurre en cada región y en cada grupo poblacional, incorporando sistemáticamente la dimensión económica y social. Sobre todo, es preciso

TABLA 2. Porcentaje de embarazos controlados y número de controles. Total del país y por estratos de las provincias argentinas según ingreso per capita. Año 2001

| Grupos de Provincias | Porcentaje de embarazos con control | Porcentaje de embarazos con controles entre 1 y 4 | Porcentaje de embarazos con más de 5 controles |
|----------------------|-------------------------------------|---|--|
| Total País | 97,8 | 15,1 | 84,9 |
| Grupo IV | 98,5 | 24,3 | 75,7 |
| Grupo III | 97,8 | 17,2 | 82,8 |
| Grupo II | 97,4 | 13 | 87 |
| Grupo I | 99,3 | 9,2 | 90,8 |

**TABLA 3. Mujeres de 25 años y más, que no consultaron al ginecólogo en el último año, por estratos de las provincias argentinas según ingreso per capita y según situación de pobreza. Año 2001**

| Mujeres de 25 años y más que no consultaron al ginecólogo(1) en el último año sobre: | | | |
|---|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| Grupos de provincias | Total de mujeres de 25 años y más (2) | Mujeres pobres de 25 años y más | Mujeres no pobres de 25 años y más |
| Total País | 53,4 | 59,4 | 51,9 |
| Grupo IV | 59,5 | 63,5 | 57,1 |
| Grupo III | 56,8 | 58,6 | 55,8 |
| Grupo II | 54,1 | 59 | 53,4 |
| Grupo I | 43,5 | 55,6 | 41,8 |

Fuente: SIEMPRO. Área Encuesta de Condiciones de vida. ECV 2001. Resultados.

(1) Incluye a las mujeres que nunca realizaron una consulta.

(2) Incluye los No sabe/No responde.

identificar y describir los ámbitos institucionales de los que se saca el discurso sobre evidencia y salud, y dónde encuentra éste su origen legítimo y su punto de aplicación, sus objetos específicos y sus instrumentos de verificación¹.

Volver a las fuentes

Esta asociación de la salud con las condiciones de vida no es una corriente de pensamiento nueva. Se sabe que hubo profundas modificaciones en la civilización occidental a fines del siglo XVIII y en los comienzos del siglo XIX, cuando la salud de las poblaciones se convirtió en una de las normas requeridas por necesidades operativas de las sociedades industriales.

A modo de ejemplo, se puede citar el debate científico de mediados del siglo XIX -que a

su vez retomaba una discusión del siglo XV-cuando se diferenciaban en Europa dos posturas acerca de la forma de contraer las enfermedades: la contagionista y la anticontagionista. Esta vez la disputa pasó al terreno social y político, donde se incorporó al enfrentamiento entre absolutistas y liberales¹³. Este debate era muy importante, porque de su resolución dependían decisiones que podían afectar profundamente a la economía.

De un lado estaban los contagionistas, conservadores y defensores del status quo, según los cuales las enfermedades podían transmitirse de una persona a otra y, por tanto, trasladaban la responsabilidad al plano de lo individual. Los opositores de esta visión estaban vinculados a los movimientos sociales emergentes y atribuían las enfermedades a la pobreza de la mayoría. Entre estos últimos estaba Villermé, en Francia, cuyo estudio sobre la salud de los trabajadores del



algodón, en 1840, demostró la relación existente entre la salud y las circunstancias socioeconómicas. Analizando la situación sanitaria en diferentes zonas de París, Villermé probó asimismo que había una relación entre mortalidad y pobreza⁵. En el mismo sentido se desarrollaron los trabajos de Virchow en Alemania, Alison en Escocia, y más tarde Farr en Inglaterra.

En este último país, el debate científico-político derivó en una importante reforma sanitaria, a partir del informe Chadwick, de 1842, que produjo mejoras considerables en los ambientes de trabajo. Para Chadwick, de convicciones conservadoras, la mala salud llevaba a la pobreza y a la conflictividad social. Fue Engels quien reinterpreto sus hallazgos y sostuvo que las malas condiciones de vida y de trabajo afectaban a la salud⁵.

Ya en el siglo XX, el vertiginoso desarrollo de muchas disciplinas abocadas a estudiar objetos que buscan una comprensión general de la naturaleza y de la sociedad dejó atrás el debate entre contagionistas y no contagionistas, y lo llevó a un plano en que se debe asumir la salud como derecho ciudadano. En las últimas décadas, se fue imponiendo la idea de que el Estado debe velar por la satisfacción de este derecho y debe reducir las inequidades sociales en salud.

¿Qué evidencia hace falta?

Habiendo reconocido una estrecha relación entre salud y condiciones socioeconómicas, es necesario establecer el papel de la

evidencia científica a la hora de enfrentar una crisis que puede afectar a la salud de la población. Más aún, es preciso definir qué tipo de evidencia hace falta. Esto nos exige reflexionar sobre varios aspectos de la investigación científica, aunque nos concentraremos en tres: la procedencia, suficiencia e influencia que la evidencia científica tiene sobre las decisiones en salud.

En América Latina, el cuestionamiento de las ideologías liberales dominantes y el rechazo de sus consecuencias económicas y sociales influyó en el cambio de dirección de la epidemiología en los años 70 y 80, época en la que se evidenciaron los errores, limitaciones y sesgos del positivismo. En ese contexto surgieron corrientes como la *medicina social latinoamericana*¹⁴, que incorpora elementos del psico-culturalismo, la fenomenología y la antropología social, poniendo el énfasis en los aspectos bio-psicológicos y en las expresiones inmediatas de la cultura para el análisis de la salud¹⁶.

El positivismo, sin embargo, no ha desaparecido. Tampoco el énfasis en el estudio de las enfermedades, el modo de diagnosticarlas, tratarlas y pronosticar su evolución. Esta sigue siendo la evidencia dominante. Una causa posible es que los organismos públicos encargados de la salud tienen escasos recursos económicos, especialmente en los países pobres, y que prefieren dedicarlos a recurrentes emergencias sanitarias. Los brotes de enfermedades infecto-contagiosas y la necesidad de proveer medicamentos a los sectores más desprotegidos insumen una parte importante de esos recursos.



A nivel global no es la falta de dinero lo que impide reunir evidencia útil para la salud pública. Según el Foro Global para la Investigación en Salud, los sectores públicos y privados invierten cada año más de 70 mil millones de dólares en investigación y desarrollo para la salud¹⁵. Debería preocuparnos la distribución de esos recursos, ya que apenas el 10% está destinado a investigar el 90% de los problemas de salud en el mundo. Es que la producción científica del sector privado se concentra en las multinacionales farmacéuticas, que se rigen por la rentabilidad de las inversiones y se orientan hacia los mercados pudientes del Primer Mundo y sus dolencias. La lógica del mercado es, entonces, la lógica de la enfermedad rentable y del alivio de sus síntomas.

El pensamiento científico convencional acompaña y sustenta este desequilibrio, ya que tiende a reducir la salud al plano de la enfermedad, de lo individual y de los fenómenos empíricamente demostrables, en una concepción típicamente determinista¹⁶.

Breilh propugna, en cambio, un enfoque multidimensional de la salud, y diferencia tres niveles: general o de la sociedad, particular o de los grupos sociales, y singular o de los individuos y su cotidianeidad. Estos tres niveles interactúan en una serie de procesos contradictorios y generativos, algunos de ellos de carácter destructivo, como la inequidad, y otros tendentes a la protección, como las políticas de equidad.

La equidad, concepto ético de difícil definición, puede tener distintos significados en diferentes sociedades y en diferentes tiempos.

Algunos de sus componentes históricos han sido el acceso a los servicios, igual calidad de atención para todos e igual capacidad de uso de servicios para las mismas necesidades¹⁷.

Pero las desigualdades también se reflejan en otros aspectos, como son la producción y el acceso a la evidencia científica. En este sentido, debemos preguntarnos si la metodología científica «dura» es suficiente o si deberíamos incluir métodos y fuentes no convencionales, como la investigación participativa, la investigación-acción o la investigación evaluativa. Algunos investigadores han desarrollado metodologías cuali-cuantitativas, de base epidemiológica, con participación de las comunidades en las distintas etapas del proceso de elaboración de evidencia científica, desde la definición de prioridades hasta la socialización de los hallazgos, para aplicarlas a una amplia gama de cuestiones sociales^{18,19}.

Las sociedades inequitativas se caracterizan por haber desarrollado procesos de distribución desigual del poder, no sólo en el control de la propiedad y de los bienes materiales, sino en la producción y circulación de conocimientos y en la generación de identidades y proyectos comunes. Así entendida, la inequidad no se refiere sólo a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso que la genera¹⁶. ¿Quién decide qué se investiga y con qué fines?

La base social de la evidencia

Actualmente se produce una mayor proporción de evidencia científica en países de-



sarrollados que en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Más aún, la evidencia que se obtiene en éstos últimos no es con fondos propios, sino con los de multinacionales de países desarrollados que responden a los paradigmas dominantes en esas sociedades. Esto trae aparejado problemas de inadecuación de las prácticas en culturas diferentes, de efectividad, de costo-efectividad y, en algunos casos, problemas éticos de difícil solución²⁰.

Este es el punto en el que los investigadores, como generadores de evidencia científica, debemos mirarnos en el espejo de nuestras prácticas y preguntarnos: ¿Estamos generando información válida, confiable y oportuna, para promover políticas diferenciales según las necesidades de cada región? ¿Estamos evaluando el impacto de esas intervenciones con métodos adecuados al contexto local? ¿Tratamos de conocer y comprender el rol de los determinantes sociales? ¿Tenemos en cuenta las respuestas sociales que las comunidades dan a los mismos?

Hay otras cuestiones igualmente críticas en la producción de evidencia científica para el desarrollo de las comunidades que cobran mayor relieve en épocas de crisis. Tienen que ver con la pragmática de la evidencia como insumo para el desarrollo de políticas públicas, esencialmente orientadas a la acción. Los que toman decisiones necesitan determinar prioridades y asignar recursos sobre un rango acotado de posibilidades. La producción de evidencia no tiene sentido, sobre todo en momentos acuciantes, si no puede identificar los elementos de la realidad sobre

los que es posible operar. No se puede saber todo sobre todas las cosas. No es necesario agotar un tema para poderlo abordar. Este pragmatismo, lejos de ser neutral y aséptico, tiene un compromiso con el medio social. «El primer principio de la planificación basada en la evidencia», dice Andersson, «es que la información contribuya al desarrollo y no busque simplemente reflejar el estado del desarrollo»¹⁹.

Claramente, la asignación de las prioridades de investigación es una cuestión de valores políticos y sociales. Hacemos lo que es socialmente adecuado²¹, es decir, aquello que surge de prioridades socialmente legitimadas. El desafío consiste en generar modelos plurales, inclusivos, que amplíen la base de sustentación del proceso generador de evidencia.

Un ejemplo actual es la auditoría social de servicios públicos y gobernabilidad que está llevando a cabo CIET Canadá, una organización no gubernamental especializada en estudios de base comunitaria, para el gobierno de Pakistán²². La salud pública ocupa un espacio central en el trabajo. Se trata de un proceso con 5 iniciativas anuales, que abarca todos los distritos del país y que combina información de los prestadores con percepciones y recomendaciones de los usuarios y de aquellos que no están cubiertos por los servicios. Los resultados son analizados prestando especial atención a la evidencia más implantable, y luego son debatidos con grupos de usuarios indagando el porqué de las principales respuestas y se debaten posibles cursos de acción. Los nuevos resultados se



analizan con el objetivo de ofrecer posibles soluciones que mejoren el impacto, la cobertura y el costo-efectividad de los servicios. La dimensión de la equidad también influye en el método, ya que en este caso se apunta a generar evidencia que contribuya a cerrar la brecha de género y las inequidades emergentes de la pobreza y la vulnerabilidad social.

El modelo de CIET, que busca incorporar la perspectiva de la comunidad en el proceso de producción y análisis de la evidencia, se está profundizando en un distrito de la provincia de Balochistán, donde los investigadores trabajan con miembros del gobierno local y de la sociedad civil. Estos participan en la definición de las áreas prioritarias de seguimiento, a partir del estudio de línea de base, reciben entrenamiento para participar en las distintas etapas del proceso, desde el diseño de instrumentos hasta la búsqueda y procesamiento de los datos y el análisis de la información. El objetivo central de este trabajo consiste en lograr que las comunidades puedan tomar decisiones basadas en la evidencia y evaluar su impacto, generando capacidades locales que le den continuidad al proceso.

Validación social de la evidencia

Hay algunas pruebas de validación que pueden contribuir a una mejor articulación de la evidencia científica con la salud pública en circunstancias de crisis y, de manera más estructural, en el marco del desarrollo. Una

de ellas apunta a determinar *el grado de descentralización de poder e inclusión social en el proceso de producción de conocimiento basado en la evidencia*: ¿Cuánta de la evidencia disponible integra métodos cualitativos y cuantitativos en distintos momentos de la investigación, de acuerdo con su poder explicativo y las características del problema? ¿Cuánta de nuestra evidencia sirve para generar un conocimiento que incorpore las realidades regionales, el sentido común, los saberes tradicionales, en suma, la «mirada» de la población?

Otra prueba tiene que ver *con el valor social y político de la evidencia*: ¿El conocimiento que generamos sirve para la acción? ¿Es un conocimiento pertinente para cerrar brechas sociales y contribuir a un desarrollo equilibrado de las comunidades?

También pasa por preguntarnos si aquella evidencia, inobjetable desde la perspectiva del método científico, está *siendo socializada del modo más amplio posible* -con los que toman las decisiones, los grupos poblacionales que participan del estudio, la comunidad en general- *y de la manera más adecuada para que cada uno de estos actores la pueda interpretar e incorporar al proceso de toma de decisión*.

Finalmente, cabe preguntarse *si la evidencia que producimos influye en las conductas de los que toman las decisiones y de la población en general*. En otras palabras, ¿cuánta de la evidencia científica disponible se incorpora al momento de definir políticas y conductas relacionadas con la salud? ¿Estamos haciendo lo posible, desde el punto de



vista de la calidad de la información, de la traducción en términos accesibles, e incluso del razonable activismo que surge de nuestra convicción, para que la evidencia se transforme en acción?

La cuestión de fondo es, entonces, cómo generar una evidencia científica confiable, útil y oportuna, en un proceso inclusivo que genere insumos para apuntalar la salud pública y evitar o morigerar inequidades en circunstancias de crisis. Este proceso puede encarnarse en una epidemiología social que contribuya a reconfigurar el equilibrio entre el saber y el poder dentro de cada sociedad.

Si el andamiaje científico que se propugna -sólido, confiable y flexible para la búsqueda de información, abierto a la mirada comunitaria, dispuesto a un análisis que incorpore lo social- logra afianzarse, se puede vislumbrar un escenario donde se jerarquice notablemente el rol de la población en la generación y el uso de la evidencia científica.

En este sentido, surge la necesidad de integrar saberes con la aspiración de avanzar hacia un «pensamiento científico multicultural». Esto no significa prescindir de variables y modelos matemáticos en la investigación epidemiológica, sino de no creer -porque de esto se trata, de una creencia como tantas otras, o incluso de una concepción ideológica- que éstos constituyen la única evidencia posible. La epidemiología necesita de los números, pero debe indefectiblemente tener una amplia base comunitaria y una mirada social.

Referencias bibliográficas

1. Foucault M. La formación de las modalidades enunciativas. En: *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI, Editores Argentina, 2002; 82-90.
2. Evans RG, Barer ML, Marmor TR (ed). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter, 1994.
3. Raphael D. Health effects of economic inequality: overview and purpose. *Canadian Review of Social Policy* 1999;44:25-40.
4. Wilkinson RG, Marmot MG. *Social determinants of health: The solid facts*. (2nd ed) Denmark: The World Health Organization, 2004. Disponible en: <http://www.who.dk/document/e81384.pdf>
5. Castellanos PL. Epidemiología, Salud Pública, Situación de Salud y condiciones de vida. Consideraciones conceptuales. Seminario Latinoamericano sobre Condiciones de Vida y Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Santa Casa. Sao Paulo. 10 - 13 de diciembre 1995. Disponible en http://ia-esp.fundacite.org.gov.br/Especialidades/Salud_Publica/Documentos/Texto_epidemiologia_en_salud.pdf
6. United Nations Millennium Development Goals, Data and Trends, 2002. Report of the Inter-Agency Expert Group on MDG Indicators, Nueva York, Abril de 2002. Disponible en: http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mdg_report.pdf
7. The World Bank. World Development Indicators. Disponible en: <http://devdata.worldbank.org/data-query/>
8. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Aportes para el desarrollo humano 2002. Disponible en www.desarrollohumano.org.ar
9. Menezes AM, Victora CG, Barros FC, Menezes FS, Jannke H, Albernaz E, et al. Populational study of investigation of perinatal and infant deaths: methodology, validity of diagnosis and under-registration. *J Pediatr (Rio J)* 1997;73(6):383-7.
10. Nascimento Costa MC, Almeida Azi P, Paim SJ, Vieira da Silva LM. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90 / Infant mortality and living conditions: the reproduction of so-



- cial inequalities in health during the 1990s. *Cad Saúde Pública* 2001;17(3):555-67.
11. Szwarcwald C, Bastos FI, Tavares de Andrade CL. Health inequality indicators: a discussion of some methodological approaches as applied to neonatal mortality in the Municipality of Rio de Janeiro, 2000. *Cad Saúde Pública* 2002;18(4): 959-70.
 12. Wagstaff A. Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. *Bull World Health Organ* 2000;78(1): 19-29.
 13. Bonastra Q. Innovaciones y continuismo en las concepciones sobre el contagio y las cuarentenas en la España del siglo XIX. Reflexiones acerca de un problema sanitario, económico y social. Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona, 2000; 69(35). Disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/sn-69-35.htm>
 14. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social Medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet* 2001;358:315-23.
 15. Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research, 2001-2002. Disponible en: www.globalforumhealth.org.
 16. Breilh J. *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
 17. HDP Health Equity Interprogrammatic Group. The Concepts and Principles of Equity and Health. World Health Organization, 1999. Disponible en: <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/pahowho.pdf>
 18. Andersson, N. *Evidence-based planning: the Philosophy and Methods of Sentinel Community Surveillance*. Washington, DC: The Economic Development Institute of the World Bank, 1996.
 19. Andersson N, Roche M, Mhatre S. *Gender Planning for Sustainable Development: the Experience of CIET*. Johannesburgo: CIET International, 2002.
 20. Angell M. Investigators' responsibilities for human subjects in developing countries. *N Engl J Med* 2000; 342(13):967-9.
 21. González García G. Políticas de salud en Argentina en los umbrales del Siglo XXI. *Medicina y Sociedad* 1997;20 (1): 257-267.
 22. Cockcroft A, Andersson N, Omer K, et al. *Social audit of governance and delivery of public services. Baseline survey 2002. National report to National Reconstruction Bureau*. Islamabad: CIET International, 2003.