



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario
Argentina

CAMPAMENTO SANITARIO
SASTRE Y ORTIZ

2018

Ciclo de Práctica Final. Cohorte 36
Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario

Municipio de Sastre y Ortiz

Instituto de Salud Socioambiental
Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario

Instituto del Conurbano
Universidad Nacional de General Sarmiento

Vecinos y vecinas de Sastre y Ortiz



FUNDAMENTACIÓN DEL CAMPAMENTO SANITARIO

Desde el Ciclo de Práctica Final de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (FCM-UNR) apuntamos a generar prácticas que fortalezcan los derechos humanos de las comunidades en el marco de la construcción colectiva de la salud, entendiendo que los saberes y las prácticas que constituyen y hacen asequibles el derecho humano a la salud, deben ser producto de la participación de todos sus actores (sujetos, comunidades, instituciones y organizaciones sociales). Los mismos tienen un rol fundamental en la identificación, selección y evaluación de las prioridades de las acciones a desarrollar y de sus resultados. De esta forma se evita la generación de conocimientos fragmentados y las intervenciones verticalistas y unilaterales.

Es por eso que desde el año 2010 se desarrollan los Campamentos Sanitarios, concebidos, no sólo como

una herramienta de evaluación y aprendizaje para el estudiante del Ciclo de Práctica Final, sino como política de construcción de saberes en Salud, que contribuyen a la elaboración de perfiles de morbimortalidad y de propuestas de organización de políticas públicas en Salud a partir del vínculo con la comunidad.

Desde el Ciclo de Práctica Final de la Carrera de Medicina y el Instituto de Salud Socioambiental de la Facultad de Cs. Médicas de la UNR, consideramos que debemos garantizar que todos los ciudadanos que pasen por ella tengan la oportunidad de vivir la experiencia de practicar y reflexionar en el quehacer de su elección, de modo que puedan luego, ejercer responsablemente su profesión, teniendo no sólo un saber técnico-reflexivo, sino también conciencia social, ética y ecológica.

DESARROLLO GENERAL DEL CAMPAMENTO

El Campamento Sanitario de la Cohorte N° 36 de la Práctica Final de la FCM – UNR se llevó a cabo en la localidad de Sastre y Ortiz, ubicada en el departamento San Martín de la Provincia de Santa Fe, desde el 13 al 17 de marzo del año 2017.

Los meses previos al desarrollo del Campamento se mantuvieron reuniones entre las autoridades municipales, instituciones participantes, y docentes del Ciclo de Práctica Final para la organización general de la actividad.

Las actividades que se desarrollaron durante los cinco días del Campamento Sanitario consistieron en:

- Relevamiento epidemiológico para la construcción del perfil de morbimortalidad referida de la comunidad.

- Control de salud en niños de edad escolar para la elaboración del perfil de morbilidad en niños en edad escolar.
- Talleres de promoción de la salud y prevención de enfermedades, incluyendo taller de Soporte Vital Básico para la comunidad.
- El último día se llevó a cabo la Presentación del Informe Preliminar, evento al que concurrieron vecinos de la localidad, autoridades y estudiantes participantes del Campamento Sanitario.

DESCRIPCIÓN DE LA LOCALIDAD DE SASTRE Y ORTIZ

Sastre y Ortiz es un municipio del departamento San Martín, en el centro oeste de la provincia de Santa Fe, República Argentina.

La ciudad es la cabecera de dicho departamento y dista de la ciudad capital de la provincia, Santa Fe, 139 km. Limita al sur con la ciudad de San Jorge, al norte con María Juana, al este con San Martín de las Escobas y al oeste con Crispi.

Su zona urbana se dispone en forma de damero, con una plaza central de la que parten cuatro avenidas, dividiendo al pueblo en cuatro cuadrantes. La zona rural es más amplia, comprendiendo aproximadamente 24 mil hectáreas.

FUNDAMENTACIÓN

La descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no es independiente de quién y desde cuál posición describe y explica¹. La epidemiología es la ciencia que tiene como objeto de estudio dichos problemas a nivel colectivo, a nivel de grupos sociales. Este nivel de análisis no resulta de la mera sumatoria de procesos individuales².

Los estudios epidemiológicos en Argentina no definen con precisión el perfil de salud-enfermedad de las poblaciones. Es posible obtener datos sobre las tasas y la estructura de mortalidad, y por la incidencia notificada sólo de aquellas enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica³. Sin embargo, no hay en Argentina organismos que dispongan de información suficiente en tiempo real y medidas de resumen para estimar un perfil de salud-enfermedad preciso.

Además, el cumplimiento de la notificación obligatoria de algunas enfermedades es muy bajo, sobre todo en el subsector de seguridad social y privado. Estos hechos imposibilitan la construcción de datos epidemiológicos confiables sobre la prevalencia e

incidencia de enfermedades⁴. Por ello se debe recurrir a otros medios para tener una idea aproximada de la forma de enfermar y morir de los distintos grupos de poblaciones: los registros sobre las causas específicas de muerte y las encuestas de morbilidad⁵.

La posibilidad de contar con información actualizada, construida conjuntamente con la comunidad, recabando los problemas percibidos como tales por sus integrantes, permite “problematizarlos”, es decir incorporarlos a la agenda del Estado⁶, a través de la acción de algunos de sus actores sociales, siendo este el primer paso para la definición de políticas de Estado. Por su autonomía, la Universidad Pública tiene la posibilidad de cumplir un rol relevante en esa tarea. Los resultados de sus investigaciones pueden leerse por fuera de los intereses específicos tanto de los poderes político-estatales como de las corporaciones. En el campo de la salud, la FCM-UNR viene ganando un espacio de referencia en la región a partir de los Campamentos Sanitarios.

LA ENCUESTA COMO HERRAMIENTA PARA LA CONSTRUCCION DE PERFILES DE MORBIMORTALIDAD REFERIDA

Las encuestas en salud constituyen una herramienta de utilidad que nos aproxima a la percepción y el comportamiento de los ciudadanos en temas relacionado a salud-enfermedad, así como utilización de los sistemas asistenciales⁷.

Proporcionan información poblacional, pasible de ser complementada con otras fuentes de información sistemática a las cuales nutren o pueden representar la única información disponible en ausencia de estas⁸. Aunque no son una fuente de información rutinaria, constituyen un elemento fundamental de la información sanitaria siendo útiles para reconocer e identificar problemas y necesidades prioritarios. Aportan conocimientos multidimensionales e interconectados, adaptándose a entornos y necesidades

cambiantes de las comunidades, así como también permiten generar y compartir conocimientos.

A través de las encuestas en salud podemos obtener el estado de salud percibido, este constituye uno de los indicadores por excelencia utilizado como aproximación a la situación de salud de las poblaciones en las encuestas en diferentes países⁹.

El término auto-percepción del estado de salud, o morbilidad sentida, se refiere a la información suministrada por el sujeto acerca de su estado de salud como producto de sus conocimientos e interpretaciones, sin que necesariamente haya sido confirmado por personal médico. Esta información tiene, en consecuencia, un carácter subjetivo que

puede revelar los problemas de salud más comunes en la población a partir de sus experiencias y valores, y no sólo de la demanda de los servicios. La morbilidad sentida se constituye como el indicador más inmediato de la necesidad de servicios de salud y la mayor aproximación que se tiene a la morbilidad real de la población.

REPRESENTACION CARTOGRÁFICA DE LA VARIABLES SANITARIAS

En el presente informe se lleva a cabo no solo la presentación de los datos obtenidos durante el relevamiento sociosanitario, sino además la representación cartográfica de los mismos. Se toma como unidad espacial para dicha presentación, el radio censal, ya que ésta es capaz de ser comparada con otros estudios a nivel nacional e internacional vinculados a la descripción de la situación socio-demográfica de un país y sus diferentes jurisdicciones. En Argentina dichos censos son llevados a cabo de forma periódica por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Cada unidad político-administrativa, a los efectos de los relevamientos censales, se desagrega en fracciones, las que se desagregan a su vez en radios¹¹.

Las fracciones y radios son unidades territoriales con límites geográficos. Pueden ser:

- Urbanos: Son aquellos con población agrupada únicamente y conformados por manzanas y/o sectores pertenecientes a una localidad.

Si bien las medidas de percepción del estado de salud son subjetivas, se acepta una estrecha relación entre éstas y otros desenlaces en salud, así como son considerados buenos predictores de morbilidad y mortalidad¹⁰.

- Rurales: Son aquellos con población dispersa únicamente, y donde las viviendas se distribuyen en campo abierto en forma diseminada.
- Rurales mixtos: Son aquellos con población rural dispersa en campo abierto, y con población agrupada en pequeños poblados o en bordes amanzanados de localidades.

El tamaño de las fracciones y los radios en áreas urbanas se determina según la cantidad de viviendas. La fracción urbana tiene un promedio de 5000 viviendas mientras que el radio un promedio de 300. Para bordes de localidades el radio urbano puede bajar a 200 viviendas aproximadamente, y en localidades aisladas a 100 viviendas.

En zonas rurales las fracciones y radios se determinan por la conjunción de distintos factores: características del terreno, accesibilidad y distancia entre las viviendas.

OBJETIVOS

El objetivo general consiste en construir perfil de morbimortalidad referida en la localidad de Sastre y Ortzi, Departamento de San Martín, Provincia de Santa Fe para el año 2017.

Entre los objetivos específicos:

- Caracterizar a la población de Sastre y Ortiz en términos demográficos, de situación laboral, cobertura en salud, habitacionales y de escolaridad.
- Describir las características y modalidades de atención en el sistema de salud de los habitantes de la localidad.
- Elaborar perfil de morbilidad referida recabando problemas de salud agudos y crónicos de los habitantes de la localidad.
- Elaborar perfil de mortalidad referida en los últimos 15 años en la localidad.
- Describir la frecuencia de enfermedades neoplásicas referidas en los últimos 15 años en la localidad.
- Describir la frecuencia de embarazos y formas de finalización referidos en los últimos 20 años.
- Describir la frecuencia y tipo de complicaciones durante el embarazo en los últimos 20 años en la localidad.
- Describir la frecuencia de malformaciones congénitas referidas en los últimos 20 años en la localidad.

METODOLOGÍA

Se construyó el mapa de la localidad utilizando los provistos por el municipio, y programas de imágenes satelitales. Se realizó la división de la localidad en 12 sectores asignando cada uno de ellos a una tutoría del Ciclo de Práctica Final con un docente coordinador a cargo.

Se utilizó un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas orientadas a identificar las causas de morbimortalidad. (Ver Anexo 1)

En las preguntas respecto a la morbimortalidad se registró la respuesta textual del entrevistado y a partir de ésta el encuestador profundizó para arribar al diagnóstico médico más certero posible. Para evitar el doble registro de mortalidad y morbilidad referida, las preguntas y las respuestas se limitaron a miembros del grupo familiar que vivían en el domicilio relevado o que lo hicieron hasta el fallecimiento.

Para las patologías agudas (últimos 12 meses desde la fecha del relevamiento), crónicas (más de 12 meses de evolución), neoplasias, causa de muerte, complicaciones de embarazo, parto y puerperio, malformaciones congénitas, discapacidades así como motivo por el que consume medicamentos se utilizó

el CIE 10 como sistema de codificación. Esta es una herramienta confeccionada por la Organización Mundial de la Salud que permite unificar ciertos parámetros, con gran utilidad para los análisis epidemiológicos.

Los encuestadores fueron formados a lo largo de 3 meses por los docentes de la PF. Todas las encuestas fueron revisadas por los docentes para garantizar la calidad de la información, siendo el cargado de datos también supervisado. La base de datos confeccionada fue revisada posteriormente por los docentes para cotejar los datos cargados con las encuestas realizadas. Para conocer la cantidad de viviendas encuestadas y para el georreferenciamiento se empleó una hoja de ruta confeccionada para tal fin (Ver Anexo 2).

Para el cargado de datos se utilizó un programa informático producido para ese fin. Para el análisis de datos se utilizó el programa informático Microsoft Excel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mitrov. Ian y Bomna. Psychological assumption, experimentation and old world problems: A critique and alternative approach to evaluation. *Evaluation Quarterly*. 2:235-60, 1980. 2000. O.P.S H.S.I. Washington, 1987.
2. Castellanos PL. Sobre el concepto salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud. *Bol. Epidemiológico OPS*. Vol. 10, N° 4. 1990
3. González García, G. y Tobar, F. Salud para los argentinos. ¿De qué nos estamos enfermando y muriendo los argentinos? Buenos Aires. Ediciones salud. 2004.
4. Barrenechea J., Castellanos P.L., Matus C., Méndez E., Medici A. y Sonis A. Esquema tentativo de análisis de las implicaciones conceptuales y metodológicas de A.P.S. y S.P.T
5. Fundamentos de salud pública. Horacio Luis Barragán. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata Edición. 2007
6. Testa M. Decidir en Salud, ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? *Salud Colectiva*: 3 :247-257. 2007
7. Brugulat-Guiteras P, Mompart-Penina A, Séculi-Sánchez E, Tresserras-Gaju R, De la Puente-Martorell ML. Encuestas de salud: luces y sombras. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(Supl 1):21-26
8. Boerma JT, Stansfield SK. Health statistics now: Are we making the right investments. *Lancet*. 2007;369:779-86
9. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud -ENS- 2005-2006: protocolo de la encuesta. Análisis de la Situación de Salud de Colombia: ASIS-COL 2002-2006: Bogotá; 2006.
10. Abellán A. Diagnóstico de la situación de salud: boletín información para la acción. Percepción del estado de salud. *Rev Medellín*; 1992:1-5. *Mult Gerontol*. 2003;13(5):340-342.
11. Fuente: <http://geoservicios.indec.gov.ar/codgeo/index.php?pagina=definiciones>

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Se pudieron relevar 1.316 (67,1%) viviendas de las 1.961 identificadas como inmuebles habitables por los estudiantes según la hoja de ruta. De las 645 (32,9%) viviendas que no fueron relevadas, 219 (11,1%) se negaron a participar de la encuesta, en 426 (21,7%) no atendieron al momento de las visitas, y una encuesta fue anulada debido a inconsistencias en los datos. En el Mapa 1 se observa la relación de cobertura con respecto a los radios censales según el Censo 2010.

La población incluida en este informe quedó constituida por 1.316 viviendas y 3.647 habitantes (1.942 mujeres y 1.705 varones), lo que representa el 63,8% de la población total tomando como referencia el Censo Poblacional 2.010.

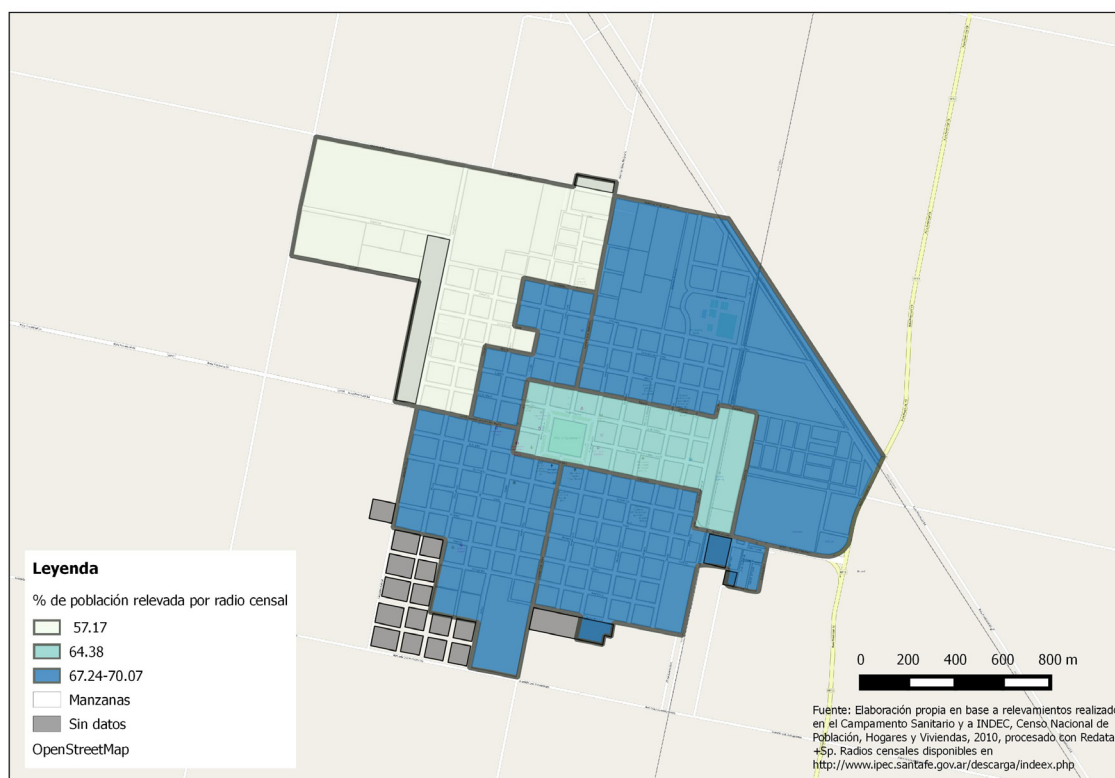
El promedio de habitantes por hogar fue de 2,8. De acuerdo al tipo de hogar podemos señalar que fueron 287 (21,8%) hogares unipersonales; 864 hogares que contaban con entre 2 y 4 convivientes (65,7%); y 165 hogares (12,5%) con 5 o más convivientes.

El promedio de menores de 14 años por hogar fue de 0,57 y el de mayores de 64 años por hogar fue de 0,52.

La pirámide poblacional por edad y sexo quedó constituida como se muestra en la Figura 1. La proporción de varones y mujeres fue de 46,8% y 53,2% respectivamente. La pirámide se ensancha hacia la base, mostrando una tendencia de aumento en la natalidad.

El 12,4% de la población se encuentra representada por habitantes de 14 años o menos. Para el rango etario entre 15 y 64 años se encontró el 77% de la población y para los mayores de 65 años fue de 12,4%. En este último rango etario es donde la diferencia entre población femenina y masculina es más notable, especialmente a partir de los 70 años, donde el 60,8% corresponde a mujeres.

La mediana de edad fue de 36 años. El promedio de edad de la población encuestada fue de 38,4, siendo de 36,8 para los varones y de 39,8 para las mujeres.



Mapa 1. Porcentaje relevado por radio censal

El índice de masculinidad para la población en estudio fue de 87,8.

Respecto a las viviendas incluidas en el relevamiento podemos señalar:

- 34 (2,6%) contaban con baño fuera de la vivienda
- 2 no contaban con electricidad y 26 (2%) no disponían de gas de red ni envasado
- 3 contaban con piso de tierra (0,2%)

La calidad de conexión a servicios básicos que analiza la conexión a red pública de agua y desagüe cloacal fue satisfactoria en el 10,3% de las viviendas, básica en el 0,4% e insuficiente en el 89,3%. Se considera

satisfactoria cuando las viviendas disponen de provisión de agua de red pública y desagüe cloacal; básica son aquellas viviendas que disponen de agua de red pública y el desagüe a pozo con cámara séptica; y se considera insuficiente a las viviendas que no cumplen ninguna de las dos condiciones anteriores.

La provisión de agua dentro de la vivienda según lo mencionado por los encuestados es el 10,7% de red pública, 85,8% de pozo y 3,5% otra fuente. Cuando analizamos el agua de consumo (para beber y cocinar) observamos que el 11,6% de las viviendas utilizan el agua de la canilla que en un 79,6% proviene de pozo. En el 91,8% de las viviendas se consume agua embotellada. Un 4,4% de las viviendas consumen agua de canilla comunitaria.

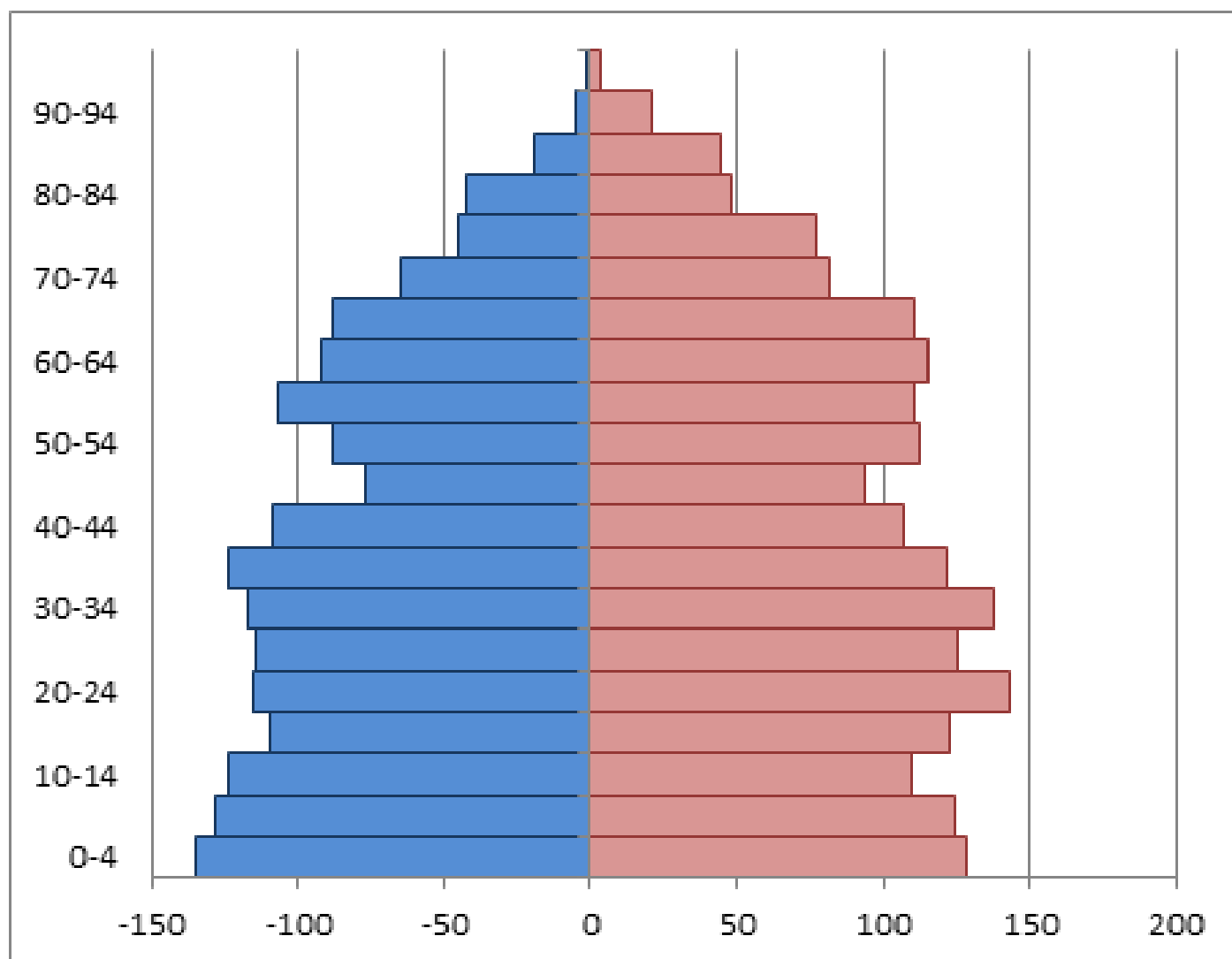


Figura 1. Pirámide poblacional

ESCOLARIDAD. SITUACIÓN LABORAL. COBERTURA EN SALUD

La situación de escolaridad alcanzada por la población relevada quedó conformada como se muestra en la Tabla 1.

mayores de 60 años perciben una pensión o jubilación. En relación al sexo masculino, el 67,6% recibe jubilación o pensión.

Escolaridad	Completa		En curso		Incompleta	
Preescolar			118	3,4%		
Primaria	748	21,8%	343	10,0%	209	6,1%
Secundaria	696	20,3%	284	8,3%	351	10,2%
Terciaria	304	8,9%	51	1,5%	43	1,3%
Universitaria	159	4,6%	88	2,6%	38	1,1%
Especial	17	0,5%	6	0,2%	1	0,0%

Tabla 1. Nivel de escolaridad alcanzado

- El 25,9% de la población se encontraba cursando dentro del sistema educativo formal.
- Un 21,8% alcanzó como su máxima escolaridad la primaria completa y un 20,3%, secundaria completa.
- Un 19,9% de la población tuvo la oportunidad de alcanzar algún grado de educación superior (683 personas). De ese subtotal, un 57,8% completó sus estudios terciarios o universitarios (13,5% de la población total).
- Hay 7 personas que nunca accedieron al sistema educativo formal, lo que representa un 0,2% de la población.

En cuanto a la situación laboral, el 66,8% de la población mayor de 16 años refirió tener al menos una ocupación por la que recibe remuneración. De la población mayor de 16 años de edad, un 24,3% recibía una jubilación o pensión; un 2,3% refirió estar desocupado al momento del relevamiento; y 7,9% refirió como ocupación “ama de casa” a pesar de no recibir remuneración por esa tarea.

El 74,1% de los mayores de 60 años refirieron ser jubilados o pensionados. Al realizar una descripción según el sexo, se observa que el 78,5% de las mujeres

El 77,2% de la población contaba con obra social o prepaga. Respecto a la distribución por sexos, el 76,5% de los hombres y el 77,8% de las mujeres contaban con cobertura en salud. En el Mapa 2 se observa el porcentaje de la población que cuenta con obra social, por manzana.

En la Tabla 2 se muestra el subsector de atención del grupo de convivientes en la localidad en caso de presentar algún problema de salud. Si bien un 77,2% contaba con cobertura en salud, sólo un 40,5% acudía exclusivamente a efectores privados. Un 57,8% de los encuestados concurrían al subsistema público.

Atención por grupo de convivientes		
Sólo público	351	26,7%
Sólo privado	533	40,5%
Mixto	409	31,1%
Sólo Afuera de la localidad	23	1,7%

Tabla 2. Subsistema de atención por grupo de convivientes

A los habitantes relevados que refirieron acudir al subsistema público en caso de presentar algún problema de salud, se les solicitó que realizaran una valoración del mismo con una escala numérica del 1 al 10 según

la satisfacción con la atención recibida siendo 1 “para nada satisfecho” y 10 “completamente satisfecho”.

En la Figura 2, se puede observar que el 70,3% realizó una valoración satisfactoria con una puntuación de 6 o mayor, siendo el promedio de 6,7.

Un 56,8% de los hogares que usan el servicio público rescataron la atención recibida como el aspecto que más valoraban. Sin embargo, un 21,2% de la población que usa el servicio público señaló no estar conforme con la atención, especialmente con el servicio de guardia.

Entre otros aspectos señalados como negativos se encuentran la falta de médicos especialistas (20%) y la falta de insumos (11,1%).

El 68,4% de los entrevistados refirieron realizar consultas fuera de la localidad. En 538 viviendas (59,8% de las consultas fuera de la localidad) refirieron concurrir a San Jorge en caso de presentar algún problema de salud; 297 (33%) consultan en Rosario; 119 (13,2%) en Santa Fe; 65 (7,2%) en Rafaela. Cabe remarcar que existen grupos familiares que se atienden hasta en cuatro ciudades diferentes.

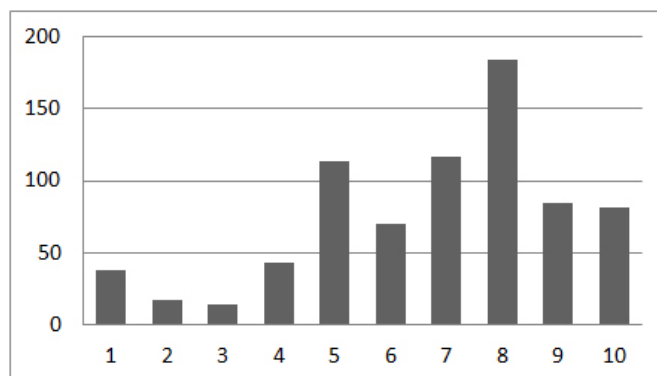
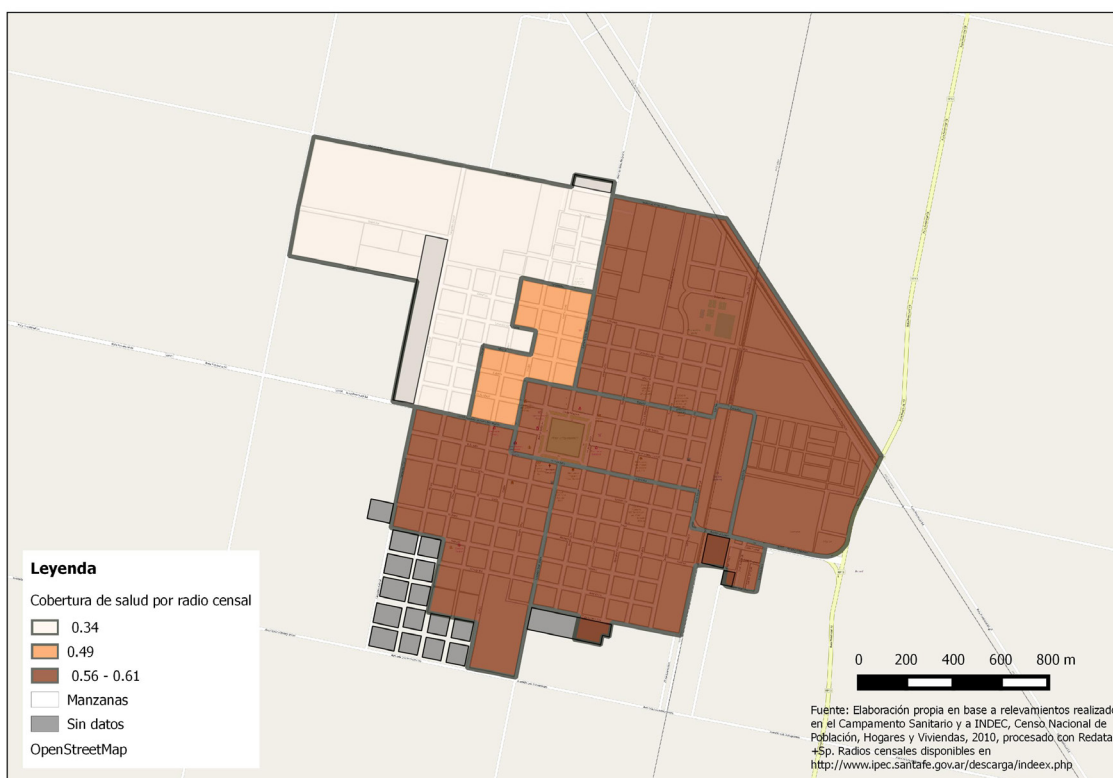


Figura 2. Distribución de clasificaciones del subsistema público por grupos de convivientes

Motivos de atención fuera de la localidad		
Especialistas	573	61,8%
Mayor Complejidad	142	15,3%
Mejor Atención/ Falta De Médicos	95	10,3%
Obra Social	14	1,5%
Otros	103	11,1%

Tabla 3. Motivos de atención fuera de la localidad por grupo de convivientes



Mapa 2. Cobertura de salud. por radio censal

De los hogares de Sastre y Ortiz que reciben atención médica sólo en el subsistema público, un 57% recibe además atención en otra localidad. De los que reciben atención médica en el subsistema privado, un 66,6% recibe además atención en otra localidad, mientras que, de aquellos que se atienden tanto en el subsistema público como en el privado, el 78,7% se atienden fuera la localidad.

PROBLEMAS DE SALUD AGUDOS

Para la descripción de la situación de morbilidad referida de la población, la primera pregunta se refiere a los procesos patológicos de menos de 12 meses de evolución, criterio que contempla tanto a enfermedades agudas, a patologías crónicas de reciente diagnóstico o enfermedades crónicas que presentaron síntomas en el último año.

- 851 (23,3%) fueron las personas que refirieron haber presentado algún problema de salud en el último año, de las cuales 375 (44,1%) fueron varones y 476 (55,9%) mujeres.
- De estos, 721 (84,7%) personas refirieron haber padecido sólo un problema de salud en el último año. 130 (15,3%) personas refirieron haber padecido dos o más problemas de salud en el último año (con un máximo de 4).
- La edad mínima fue menor de un año y la edad máxima, 100 años. La edad promedio, 39,3 años.

La necesidad de consultas con especialistas fue el principal motivo de atención fuera de la localidad, seguido en orden de frecuencia por: mayor complejidad de estudios y búsqueda de mejor atención o ausencia de médicos en la localidad (Tabla 3).

- 159 de las personas que padecieron patologías agudas se encontraban en el rango etario de 0-9 años (18,7% del total de personas que padecieron algún problema de salud en el último año).

En la Figura 3 se observa la tasa de incidencia de patologías en el último año. La faringitis aguda aparece como primer problema de salud referido en el último año, con una incidencia de 19,7 casos cada mil habitantes, seguida por otros cuadros respiratorios: rino-faringitis aguda, infecciones agudas de las vías respiratorias, rinitis alérgica y vasomotora, bronquitis aguda, estado asmático. Las enfermedades infecciosas respiratorias presentan un gran coeficiente de transmisión, que explica su alta frecuencia.

El estado asmático, con una incidencia de 6,3 casos cada mil habitantes, hace referencia a reagudizaciones de asma crónico o broncoespasmos aislados en personas no reconocidas como asmáticas.

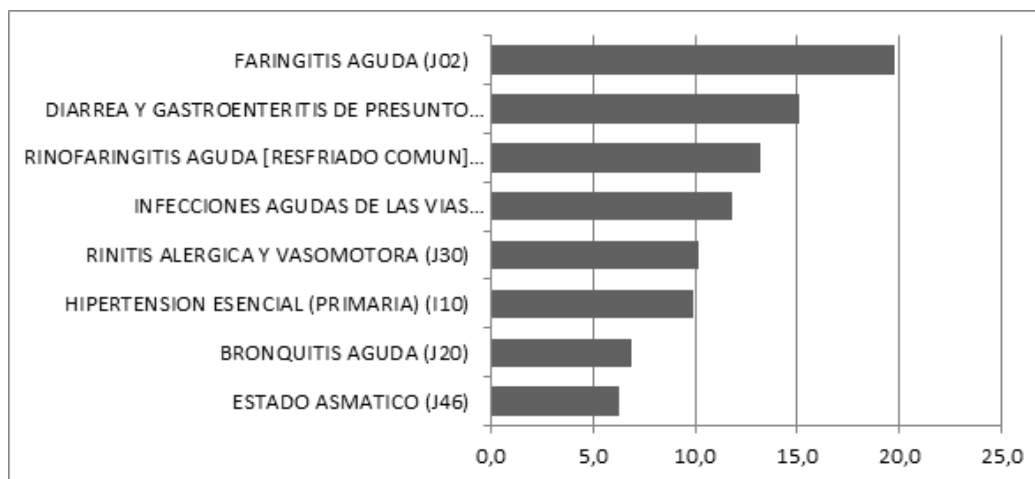
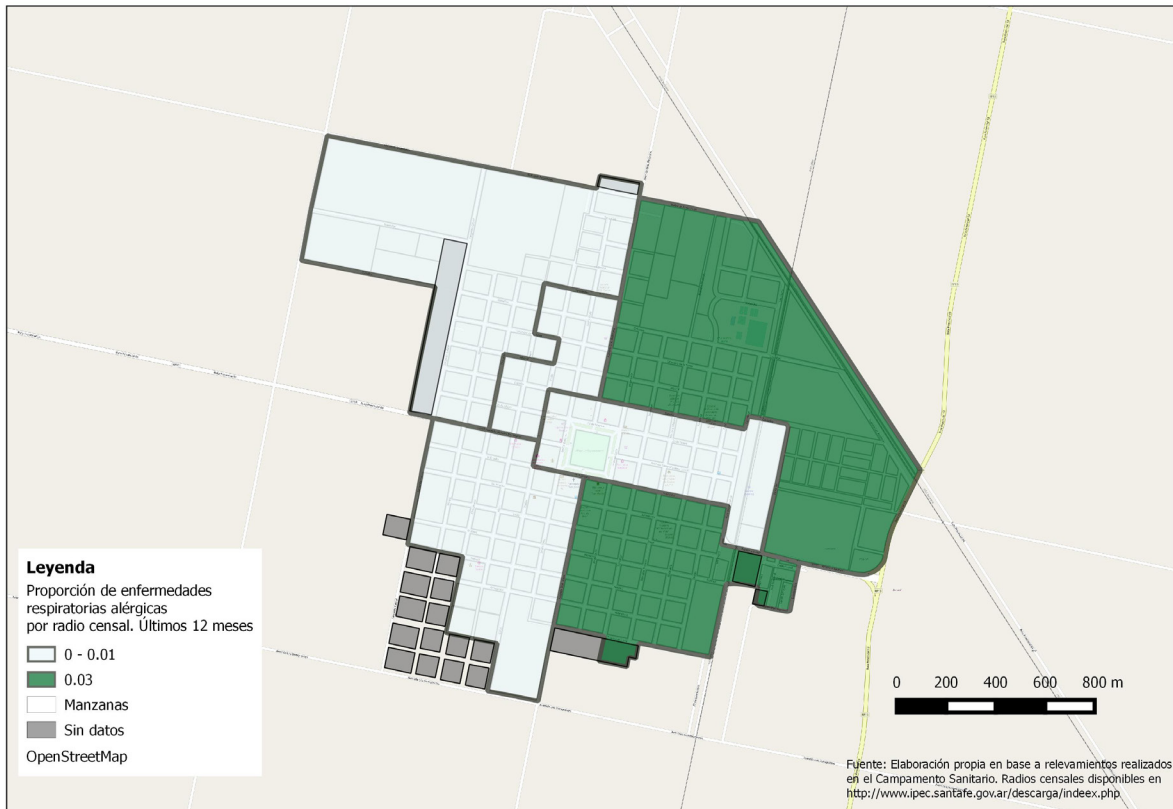


Figura 3. Problemas de salud en los últimos 12 meses. Tasa cada mil habitantes



Mapa 3. Proporción de enfermedades respiratorias alérgicas por radio censal

Las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso se presentan en el segundo lugar en frecuencia, con una incidencia de 15,6 casos cada mil habitantes.

Dentro de los diez problemas de salud más frecuente referidos por los encuestados, también encontramos la hipertensión arterial esencial con una incidencia de 9,9 casos cada mil habitantes. Dentro de esa categoría

se incluye la hipertensión arterial de reciente diagnóstico y las emergencias y urgencias hipertensivas.

En la Figura 4 se muestran las patologías agrupadas según los capítulos del CIE-10. Como se mencionaba previamente, la tasa de enfermedades que afectan al sistema respiratorio se presentan con una frecuencia mayor que las demás: 102,6 casos cada mil habitantes.

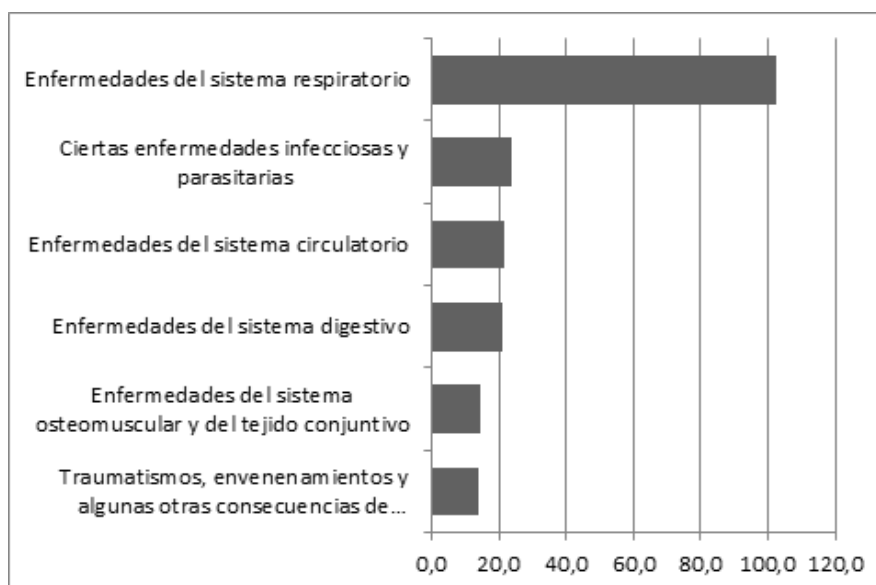


Figura 4. Problemas de salud en los últimos 12 meses agrupados según capítulos del CIE-10. Tasa cada mil habitantes

PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS

Para continuar con la elaboración del perfil de morbi-mortalidad referida por la comunidad de Sastre y Ortiz, se preguntó a los vecinos por problemas de salud de más de 12 meses de evolución y que continuaran activos en ese momento. Interpretamos a estos problemas como crónicos.

- 1314 personas (36% de la población incluida) refirieron tener por lo menos un problema de salud crónico, siendo 531 varones (40,4%) y 783 mujeres (59,6%)
- De estos, 824 personas (62,7%) refirieron una sola enfermedad crónica. 490 personas (37,3%) refirieron dos o más problemas crónicos de salud, con un máximo de 6 problemas (5 sola persona).
- La edad máxima fue de 95 años y la mínima de 1 año. El promedio de edad fue de 54,3 años; 54,6 para los hombres y 54 para las mujeres.
- En el rango de 65 a 69 años se encontró el mayor número de personas con patologías crónicas, representando 11,5% del total de las mismas (151 personas).

En la Figura 5 podemos observar que la patología crónica referida más frecuentemente fue la hipertensión

arterial esencial (HTA) que presenta una prevalencia de 15,7% entre la población relevada en Sastre y Ortiz. En orden decreciente aparece el hipotiroidismo (9,5%), diabetes (DBT) no insulino dependiente (3,8%). Los trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias presentan una tasa de prevalencia de 2%, similar a la de asma (1,6%).

En la Figura 6 se presenta la tasa bruta de prevalencia de problemas de salud referidos hace más de 12 meses cada cien habitantes, agrupados por capítulos del CIE-10.

En nuestro país no existe un registro en salud que nos permita conocer las principales causas de morbilidad de la población. Las mismas, en general se infieren a partir de las causas de mortalidad o diagnósticos al alta hospitalaria. Entre los primeros problemas de salud más frecuentes, tres se encuentran representados por Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) como la HTA, la DBT tipo 2 y las dislipemias. Desde el abordaje de la epidemiología clásica, estas patologías se asocian a una serie de factores de riesgo comunes, dentro de los cuales los más importantes son: dietas ricas en grasas saturadas, con alto consumo de sal e hipercalóricas, la inactividad física, el consumo de tabaco, y el consumo de alcohol. A nivel mundial se estima que 6 de cada 10 muertes y el

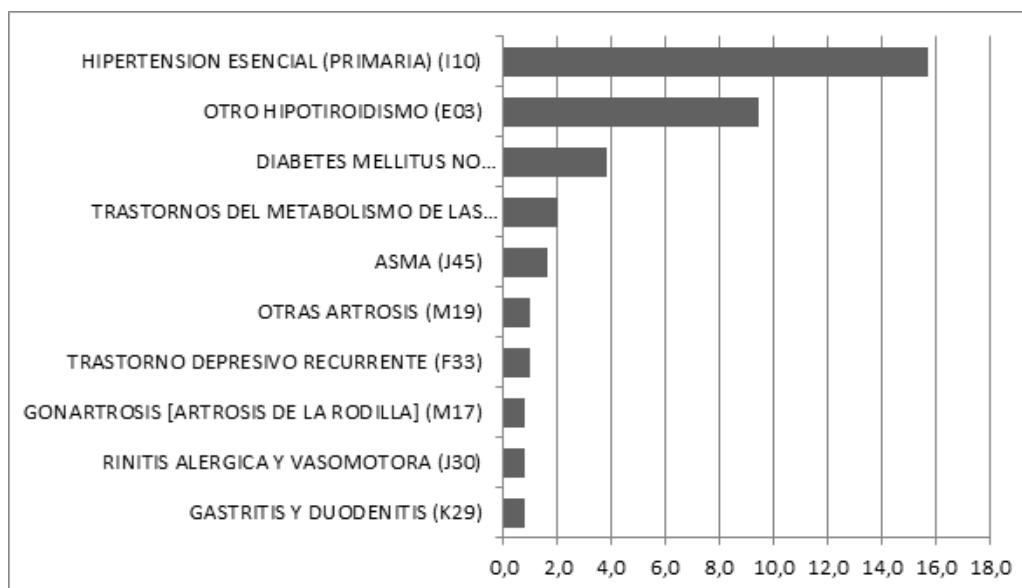


Figura 5. Problemas de salud diagnosticados hace más de 12 meses. Tasa cada cien habitantes

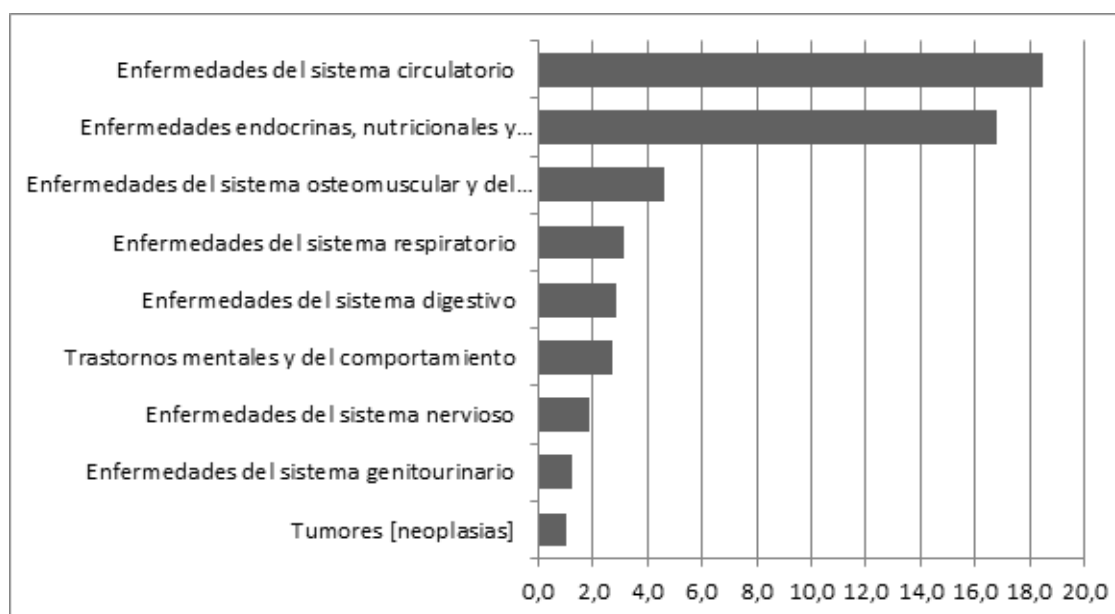
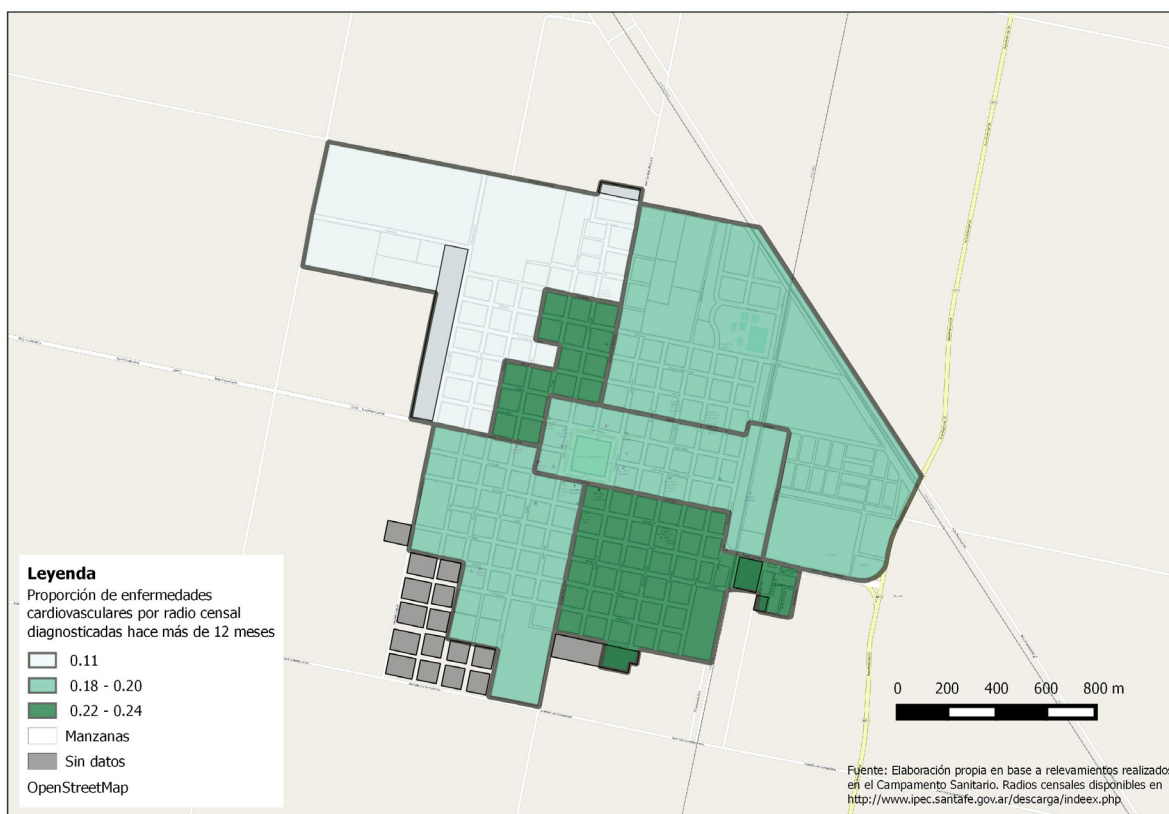


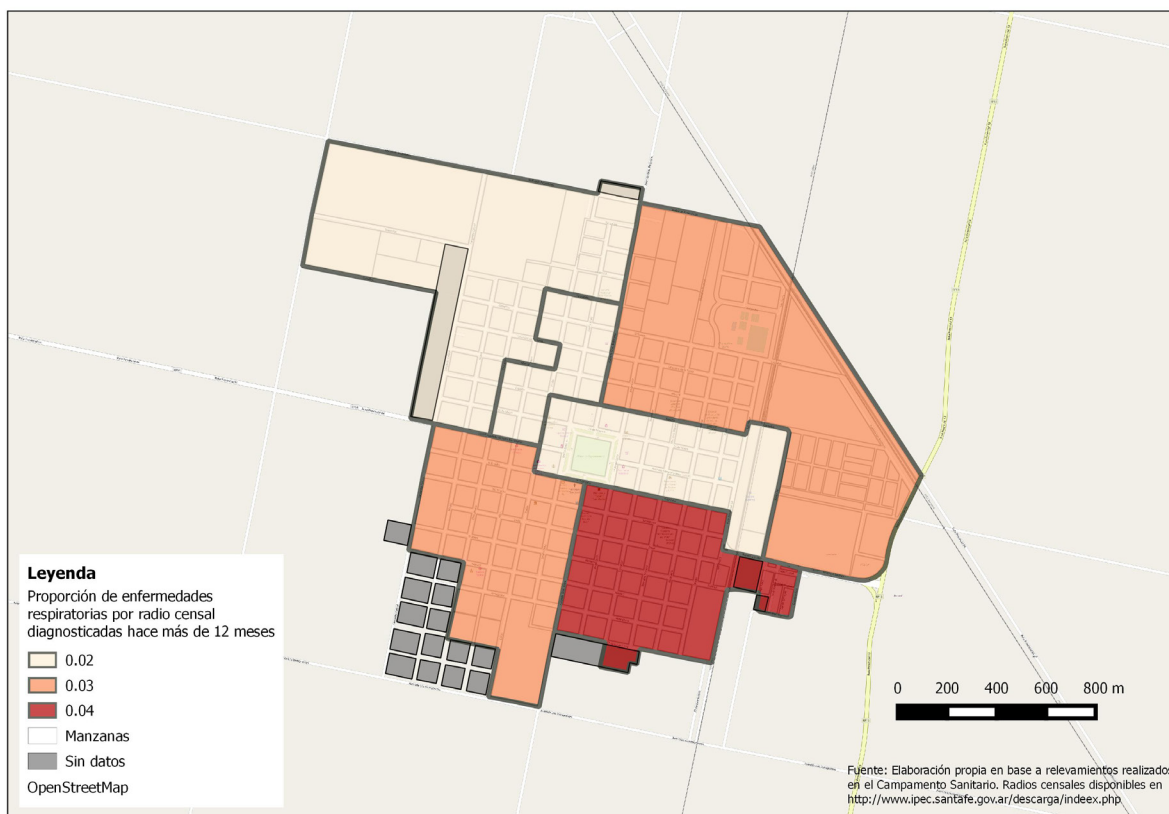
Figura 6. Problemas de salud diagnosticados hace más de 12 meses agrupados según capítulos del CIE-10. Tasa cada cien habitantes

70% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) se deben a las ECNT. Asimismo, se proyecta que para el año 2.030 más de tres cuartas partes de las muertes serán por esta causa, lo que representará el 66% de la carga de enfermedad mundial. En nuestro continente aproximadamente el 77% de las muertes y el 69% de la carga de enfermedad se atribuye a las ECNT. Se estima que, en caso de eliminar los principales factores de riesgo de las ECNT, un 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo 2 podrían evitarse, como así también un 40% de los cánceres¹.

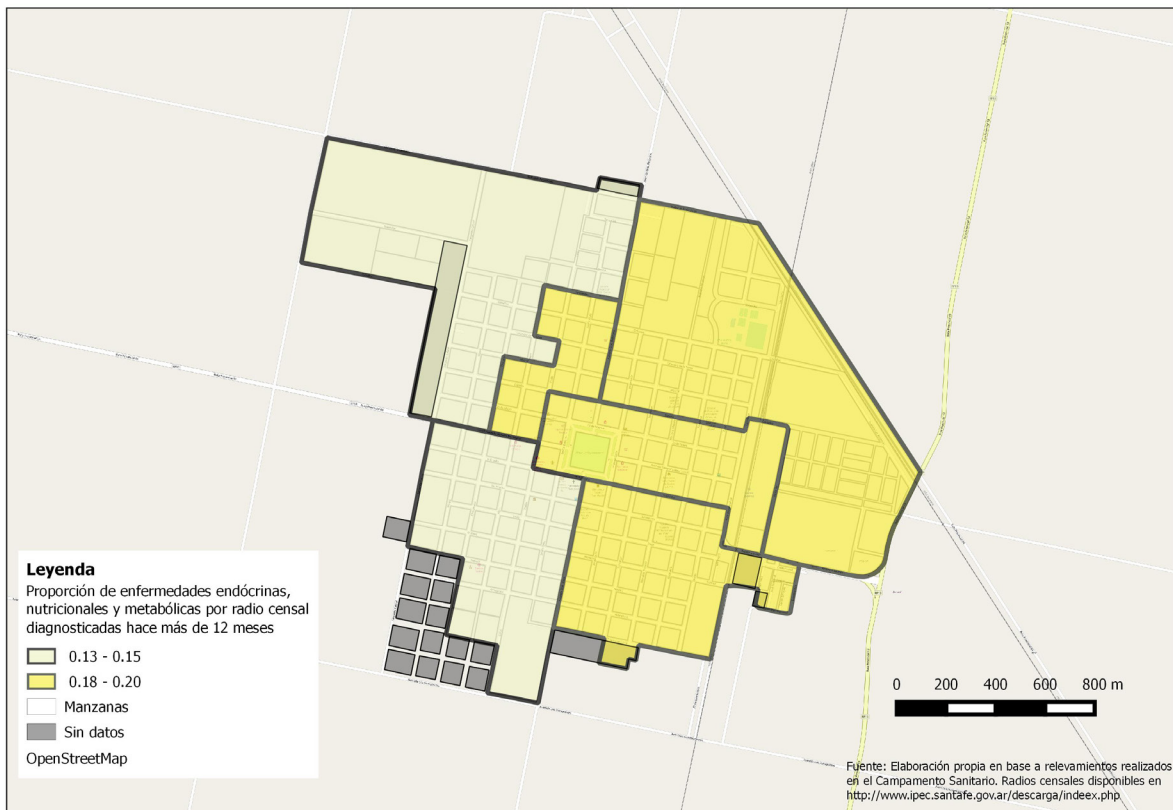
En relación al hipotiroidismo que aparece como segunda enfermedad de más de 12 meses de evolución referida por los habitantes de Sastre y Ortiz, como mencionamos previamente, no existe en nuestro país información actualizada acerca de la tasa de prevalencia. Una de las interpretaciones es que esta patología no se encuentra incluida dentro de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles probablemente por no estar asociada a una causa significativa de mortalidad.



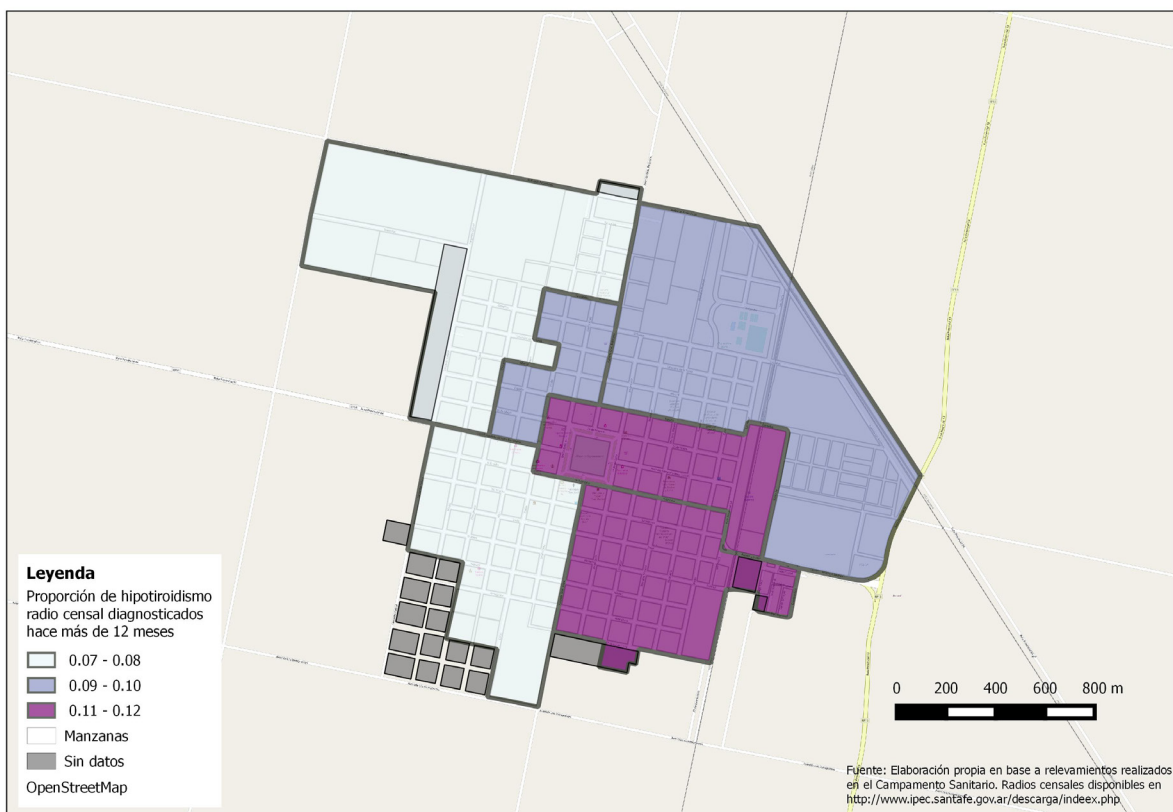
Mapa 4. Proporción de enfermedades cardiovasculares por radio censal



Mapa 5. Proporción de enfermedades respiratorias por radio censal



Mapa 6. Proporción de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas por radio censal



Mapa 7. Proporción de hipotiroidismo por radio censal

CONSUMO DE FÁRMACOS

Otra manera de visibilizar los procesos de salud-enfermedad de los vecinos de la localidad de Sastre y Ortiz es a través de la descripción de los fármacos consumidos, lo cual permite además ampliar el conocimiento del perfil de morbilidad referido.

- 1.569 (43%) personas refirieron consumir algún fármaco. De ellas, 717 (45,7%) personas refirieron consumir sólo un fármaco. Una persona refirió consumo de 14 fármacos.
- De las personas que consumen algún fármaco, 961 (61,2%) correspondieron a mujeres y 608 a varones (38,8%).
- La edad mínima fue menor a 1 año y la edad máxima, mayor de 100 años; con un promedio de 45,1 años. La mayor cantidad de personas que consumen algún fármaco se situaron entre los 65 y 69 años (168 personas, 10,7% del total de habitantes que consumen fármacos).

En las Figuras 7 y 8 observamos el consumo de fármacos cada mil habitantes por monodrogas y por acción terapéutica respectivamente.

Como puede apreciarse, el mayor consumo de fármacos corresponde a drogas usadas en la terapéutica de la hipertensión y enfermedades del sistema circulatorio,

a fármacos hipolipemiantes, a fármacos usados en terapéutica tiroidea y a fármacos normoglucemiantes e hipoglucemiantes. Este dato se corresponde con las enfermedades crónicas con mayor tasa de prevalencia: la hipertensión arterial esencial, las dislipemias, el hipotiroidismo y la diabetes tipo 2.

Respecto a la levotiroxina, su principal indicación la constituyen los cuadros de hipotiroidismo, además de otros trastornos tiroideos en menor medida. Si analizamos los motivos por lo que las personas lo consumen, podemos calcular que la tasa bruta de prevalencia de hipotiroidismo es de 12,6% (un 3,1% superior a la tasa de prevalencia referida previamente).

El grupo de los fármacos analgésicos aparecen en el tercer lugar de mayor frecuencia de consumo. Son fármacos que coinciden con el uso para algunos de los problemas de salud mencionados dentro de los más frecuentes como son las artrosis, pero que también se emplean para una multiplicidad de procesos patológicos. Son de relativo fácil acceso y de consumo extendido en la población. Del total de personas que refirieron consumirlos, un 13,1% no fueron prescritos por un/a profesional.

El consumo de ansiolíticos aparece entre los más frecuentes, con una prevalencia de 48,3 cada mil habitantes. El aumento de su consumo en las últimas décadas

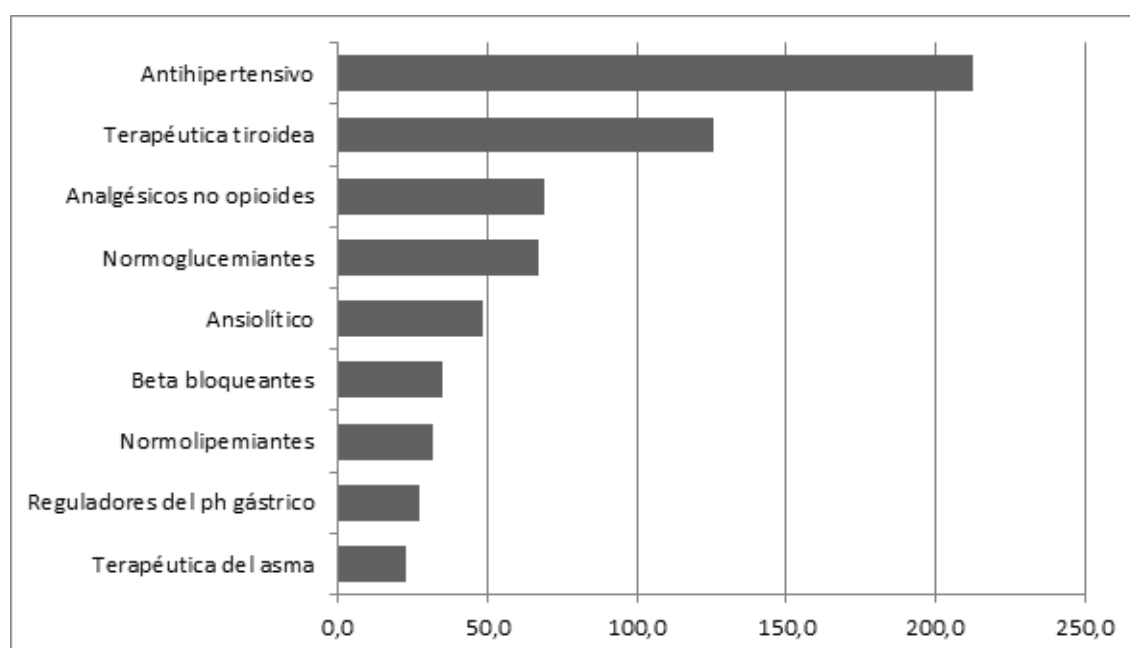


Figura 7. Consumo de fármacos por acción terapéutica. Tasa cada mil habitantes

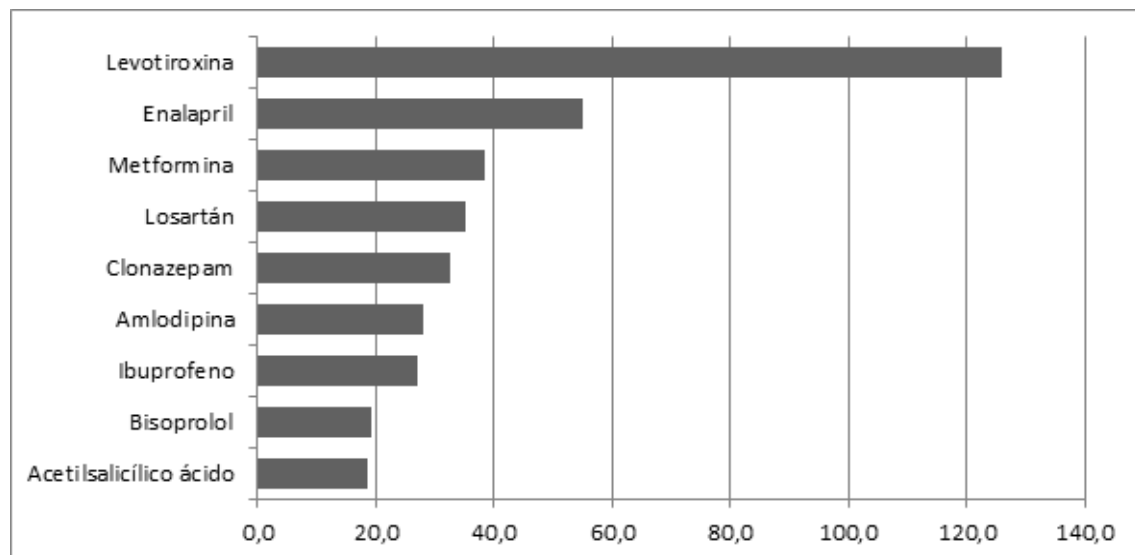
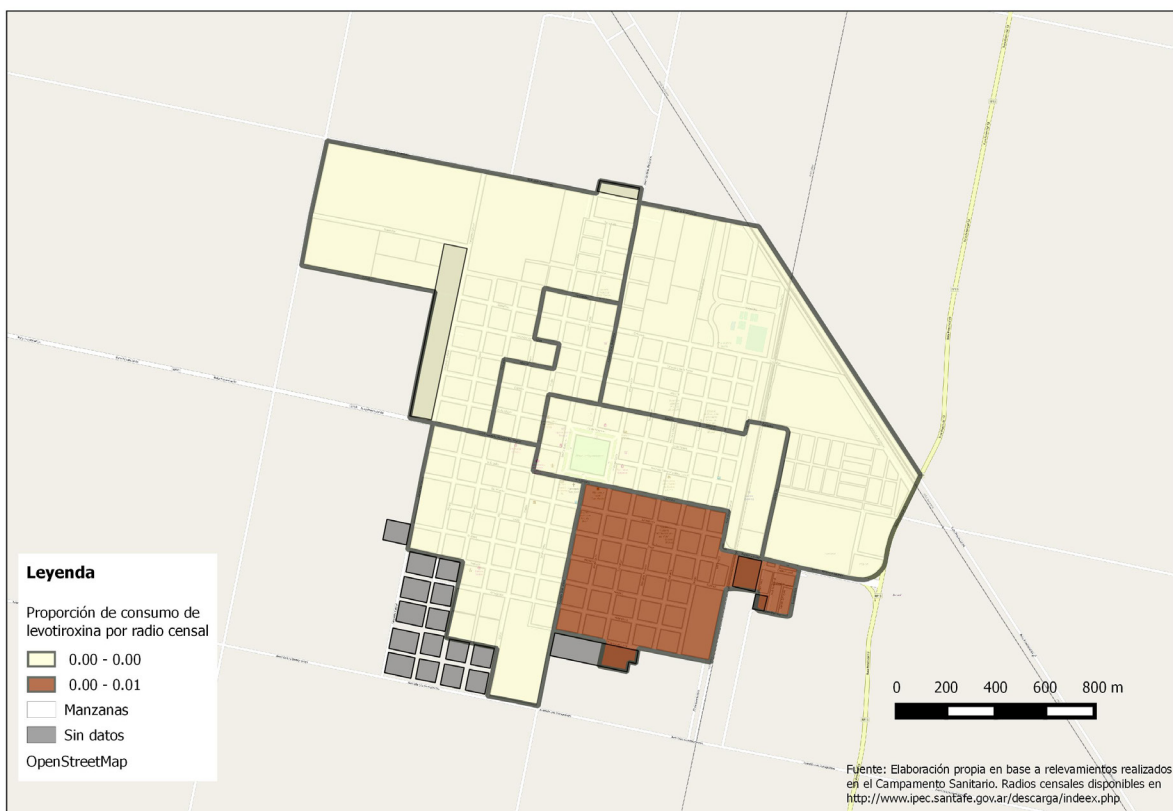


Figura 8. Consumo de fármacos por monodroga. Tasa cada mil habitantes

a nivel mundial y regional ha sido motivo de estudio y de debate en los campos médicos. Uno de los puntos que genera mayores controversias es la banalización y naturalización de estos fármacos en la vida cotidiana. Se estima que en Argentina, un 15% de quienes usa-

ron alguna vez algún fármaco tranquilizante lo hizo sin prescripción médica². En la población de Sastre y Ortiz, sólo 1 de las personas que consumen frecuentemente ansiolíticos refirieron hacerlo sin prescripción médica.



Mapa 8. Proporción de consumo de levotiroxina por radio censal

CAUSAS DE FALLECIMIENTO

Para el período 2013-2017, el promedio de edad al deceso para los varones fue de 67,8 años y para las mujeres fue de 70,7. Entre los 60 y 64 años se agrupó la mayor cantidad de defunciones para los varones (17,5%), en tanto que para las mujeres esta situación se da en el grupo etario de 65 a 69 años (20%).

Se puede apreciar que, en las mujeres (Tabla 4), la principal causa de muerte en el quinquenio 2.003-2.007 lo constituyen los Tumores (neoplasias) (1,64 muertes cada mil mujeres). Con una frecuencia menor aparecen las Enfermedades del Sistema Circulatorio (1,08 cada mil mujeres). En tercer lugar, Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (0,81 cada mil mujeres); esta categoría se incluyen las causas de muerte mal definidas o desconocidas por el encuestado.

En el quinquenio 2.008-2.012, las defunciones atribuidas a causas cardiovasculares presentan una tasa de 1,5 cada mil mujeres, constituyéndose en la principal de muerte de este quinquenio. Mientras que las causas tumorales presentan una tasa ligeramente inferior (1,13 muertes cada mil mujeres).

En el último quinquenio (2.013-2.017), las causas cardiovasculares mantienen la misma tasa del quinquenio anterior (1,5 cada mil mujeres), similar a la tasa de muerte por tumores: 1,46 cada mil mujeres. De las muertes por tumores en este período, el 23% corresponden a tumor maligno de páncreas y el 15,4% a tumor maligno de mama.

Para el año 2.017, la tasa de mortalidad cada mil mujeres es de 1,54.

CAUSA DE FALLECIMIENTO EN MUJERES	2003-2007		2008-2012		2013-2017	
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	0	0,00	1	0,13	1	0,10
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1	0,13	1	0,13	5	0,56
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	0	0,00	0	0,00	1	0,11
Enfermedades del sistema circulatorio	8	1,08	13	1,50	14	1,54
Enfermedades del sistema digestivo	0	0,00	2	0,13	1	0,11
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	1	0,13	1	0,00	1	0,11
Enfermedades del sistema respiratorio	0	0,00	2	0,25	4	0,44
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	0,14	2	0,24	0	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0,00	0	0,00	1	0,11
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	6	0,81	2	0,51	12	1,33
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	0	0,00	0	0,00	1	0,11
Tumores [neoplasias]	12	1,64	9	1,13	13	1,46
TOTAL FEM	29	3,94	33	4,01	54	5,98

Tabla 4. Causas de fallecimiento en mujeres por quinquenio. Frecuencia absoluta y tasa cada mil habitantes

CAUSA DE FALLECIMIENTO EN HOMBRES	2003-2007		2008-2012		2013-2017	
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	7	1,07	7	0,97	5	0,64
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0	0,00	0	0,00	1	0,13
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0	0,00	1	0,14	4	0,51
Enfermedades del sistema circulatorio	21	3,24	12	1,64	21	2,65
Enfermedades del sistema digestivo	3	0,47	4	0,55	4	0,51
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0,00	2	0,28	0	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0	0,00	2	0,27	0	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	4	0,61	5	0,69	8	1,01
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas.	0	0,00	2	0,27	0	0,00
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	6	0,92	5	0,70	4	0,50
Trastornos mentales y del comportamiento	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	0	0,00	1	0,14	3	0,39
Tumores [neoplasias]	14	2,13	24	3,28	13	1,66
TOTAL MASC	55	8,44	65	8,93	63	8,00

Tabla 5. Causas de fallecimiento en hombres por quinquenio. Frecuencia absoluta y tasa cada mil habitantes

Para los hombres, en el quinquenio 2003-2007 la principal causa de defunción la constituyen las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa 3,24 cada mil hombres. Las defunciones debidas a Tumores son las que siguen en frecuencia con una tasa de 2,13 cada mil hombres, seguidas de causas extremas de morbilidad y mortalidad, no clasificados en otra parte (1,07 cada mil hombres).

En el quinquenio 2008-2012, las defunciones por causas tumorales se posicionan como la principal causa de muerte, con una tasa de 3,28 casos cada mil hombres. Las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio presentan un descenso significativo a una tasa de 1,64 casos cada mil hombres.

En los últimos cinco años (2013-2017) la tasa de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio presenta un aumento respecto al período anterior (2,65 cada mil hombres). Los tumores se presentan como la segunda causa de fallecimiento (1,66 cada mil hombres). De las muertes tumorales, el tumor maligno de colon y vejiga urinaria presentan una frecuencia de 30,8% cada uno; mientras que el tumor maligno de los bronquios y el pulmón representan el 23,1% de las causas tumorales.

Para el año 2017, la tasa de mortalidad cada mil hombres es de 1,76. La principal causa de muerte está representada por las enfermedades del sistema circulatorio con 1,17 casos cada mil hombres.

NEOPLASIAS

En los últimos 15 años el promedio de edad de diagnóstico de tumores malignos para los varones fue de 63,6 años y para las mujeres fue de 53,4 años. El rango

etario en el que se registró la mayor cantidad de estos tumores de acuerdo a la edad de diagnóstico es de 55 a 64 años para varones, y de 40 a 49 para mujeres.

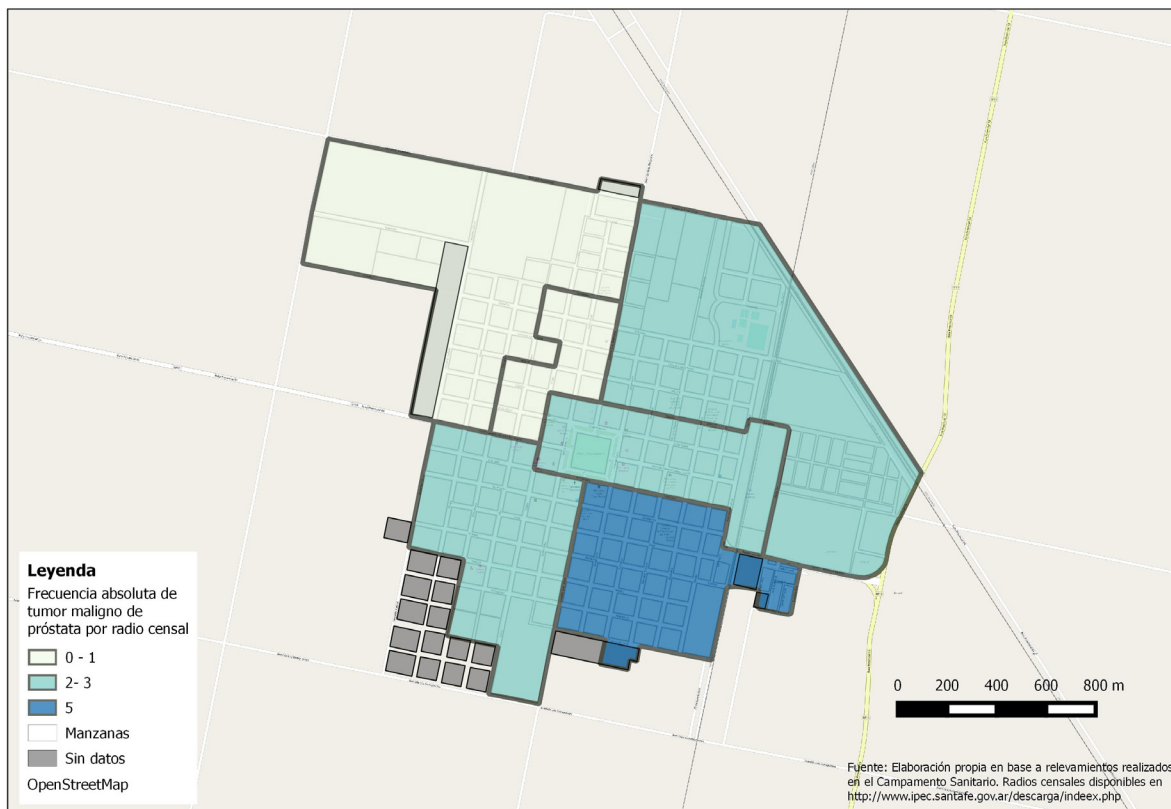
MASCULINO	2003-2007		2008-2012		2013-2017	
CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL (D04)	0	0,0	0	0,0	1	12,5
ENFERMEDAD DE HODGKIN (C81)	1	15,3	1	13,8	0	0,0
LEUCEMIA DE CELULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO (C95)	1	15,3	0	0,0	1	12,5
LEUCEMIA LINFOIDE (C91)	0	0,0	0	0,0	1	12,5
LEUCEMIA MIELOIDE (C92)	0	0,0	1	13,8	0	0,0
MELANOMA MALIGNO DE LA PIEL (C43)	2	30,5	2	27,6	3	37,5
MESOTELIOMA (C45)	0	0,0	0	0,0	1	12,5
OTRAS LEUCEMIAS DE TIPO CELULAR ESPECIFICADO (C94)	1	15,3	0	0,0	0	0,0
OTROS TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (C44)	0	0,0	0	0,0	2	25,0
TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA PAROTIDA (C07)	0	0,0	2	27,6	0	0,0
TUMOR MALIGNO DE LA MEDULA ESPINAL, DE LOS NERVIOS CRANEALES Y DE OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (C72)	0	0,0	0	0,0	1	12,5
TUMOR MALIGNO DE LA OROFARINGE (C10)	1	15,3	1	13,8	0	0,0
TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA (C61)	4	61,1	6	82,7	5	62,5
TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA (C67)	0	0,0	3	41,4	1	12,5
TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON (C34)	1	15,3	8	110,3	2	25,0
TUMOR MALIGNO DE OTRAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES Y DE LAS NO ESPECIF (C08)	0	0,0	0	0,0	1	12,5
TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS (C80)	0	0,0	1	13,8	0	0,0
TUMOR MALIGNO DEL ANO Y DEL CONDUCTO ANAL (C21)	0	0,0	0	0,0	1	12,5
TUMOR MALIGNO DEL COLON (C18)	7	106,9	1	13,8	2	25,0
TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO (C15)	1	15,3	0	0,0	0	0,0
TUMOR MALIGNO DEL HIGADO Y DE LAS VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS (C22)	1	15,3	2	27,6	1	12,5
TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO DELGADO (C17)	1	15,3	0	0,0	0	0,0
TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS (C25)	1	15,3	1	13,8	0	0,0
TUMOR MALIGNO DEL RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL (C64)	0	0,0	0	0,0	2	25,0
TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO (C62)	1	15,3	1	13,8	0	0,0
TOTAL	23	351,3	30	413,7	25	312,5

Tabla 6. Tumores malignos en hombres por quinquenio. Frecuencia absoluta y tasa cada cienmil habitantes

Considerando la población masculina en el período 2003-2007, el tumor que presentó mayor tasa de incidencia fue el tumor maligno de colon (106,9 casos cada cien mil hombres), seguido por el tumor maligno de la próstata (61,1 casos cada cien mil hombres).

En el período 2008-2012, el tumor maligno de los bronquios y el pulmón es el que presenta mayor fre-

cuencia (110,3 cada cien mil hombres). En segundo lugar, la tasa de morbilidad del tumor maligno próstata muestra un aumento respecto al período anterior (82,7 cada cien mil hombres). En el último quinquenio (2013-2017) es el que presenta mayor frecuencia (62,5 cada cien mil hombres).



Mapa 9. Frecuencia absoluta de tumor maligno de próstata por radio censal

Respecto a la población femenina, el tumor maligno de la mama es el que presenta la mayor tasa de incidencia en cualquiera de los tres períodos. Entre los años 2.003-2.007 se registraron 68,3 casos cada cien mil mujeres, que descienden a 61,1 en el 2.008-2.012. En los últimos cinco años se observa un incremento del 79% de la tasa, alcanzando 109,4 casos cada cien mil mujeres.

En el período 2003-2007, el segundo tumor con mayor frecuencia es el tumor maligno de los bronquios y el pulmón (41 casos cada cien mil mujeres).

Para el período 2008-2012, el tumor maligno del útero (sin especificar si corresponde a cuello o a cuerpo) y el

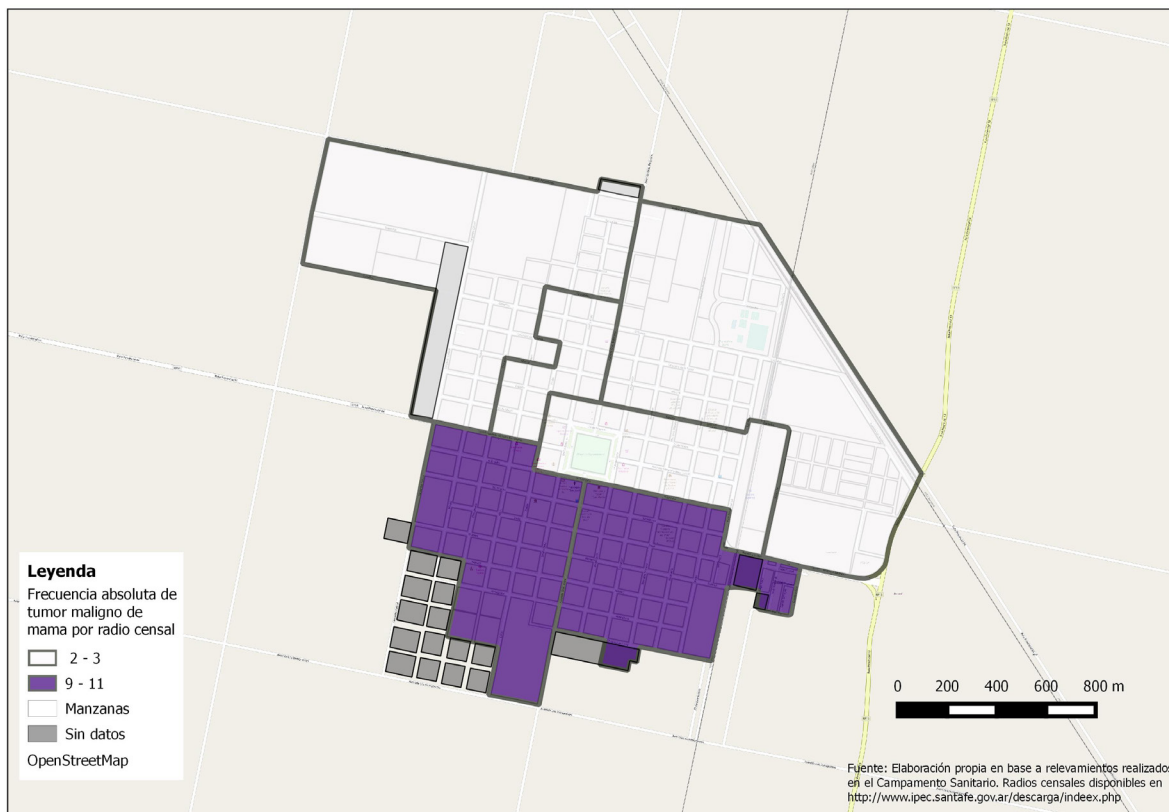
tumor maligno del colon presentan la misma tasa de 36,1 casos cada cien mil mujeres.

El tumor maligno del útero, parte no especificado, es el segundo en frecuencia para el 2013-2017 con una tasa de 43,8 casos cada cien mil mujeres.

Cabe resaltar que para estos tumores existen medidas específicas desarrolladas desde el sector salud para su detección temprana. En el caso del tumor maligno del cuello del útero, es posible detectar lesiones preneoplásicas y con el tratamiento oportuno, reducir la incidencia del mismo³.

FEMENINO	2003-2007		2008-2012		2013-2017	
CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL (D04)	0	0,0	1	12,2	0	0,0
CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO DEL UTERO (D06)	0	0,0	1	12,2	0	0,0
ENFERMEDAD DE HODGKIN (C81)	1	13,7	0	0,0	1	10,9
LEUCEMIA MIELOIDE (C92)	0	0,0	0	0,0	1	10,9
LINFOMA DE CELULAS T, PERIFERICO Y CUTANEO (C84)	0	0,0	0	0,0	1	10,9
MELANOMA MALIGNO DE LA PIEL (C43)	1	13,7	2	24,4	1	10,9
OTROS TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (C44)	1	13,7	1	12,2	0	0,0
TUMOR MALIGNO DE LA BASE DE LA LENGUA (C01)	0	0,0	0	0,0	1	10,9
TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA PAROTIDA (C07)	1	13,7	0	0,0	0	0,0
TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES (C73)	1	13,7	0	0,0	2	21,9
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA (C50)	5	68,3	5	61,1	10	109,4
TUMOR MALIGNO DE LA MEDULA ESPINAL, DE LOS NERVIOS CRANEALES Y DE OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (C72)	0	0,0	1	12,2	0	0,0
TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA (C67)	0	0,0	0	0,0	2	21,9
TUMOR MALIGNO DE LA VESICULA BILIAR (C23)	0	0,0	1	12,2	0	0,0
TUMOR MALIGNO DE LAS MENINGES (C70)	0	0,0	0	0,0	1	10,9
TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON (C34)	3	41,0	1	12,2	0	0,0
TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTILAGOS ARTICULARES DE LOS MIE (C40)	1	13,7	0	0,0	0	0,0
TUMOR MALIGNO DE MAMA (C50)	0	0,0	1	12,2	0	0,0
TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS (C80)	1	13,7	0	0,0	0	0,0
TUMOR MALIGNO DEL COLON (C18)	0	0,0	3	36,6	2	21,9
TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO (C53)	0	0,0	1	12,2	2	21,9
TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL UTERO (C54)	1	13,7	1	12,2	2	21,9
TUMOR MALIGNO DEL ENCEFALO (C71)	1	13,7	0	0,0	1	10,9
TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO (C16)	0	0,0	0	0,0	2	21,9
TUMOR MALIGNO DEL HIGADO Y DE LAS VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS (C22)	1	13,7	0	0,0	0	0,0
TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO DELGADO (C17)	0	0,0	0	0,0	1	10,9
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO (C56)	1	13,7	0	0,0	2	21,9
TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS (C25)	1	13,7	1	12,2	3	32,8
TUMOR MALIGNO DEL RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL (C64)	0	0,0	0	0,0	2	21,9
TUMOR MALIGNO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA (C55)	1	13,7	3	36,6	4	43,8
TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTROS SITIOS (C79)	0	0,0	0	0,0	1	10,9
TOTAL	21	286,7	23	281,0	42	459,6

Tabla 7. Tumores malignos en mujeres por quinquenio. Frecuencia absoluta y tasa cada cienmil habitantes



Mapa 10. Frecuencia absoluta de tumor maligno de mama por radio censal

El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud, reporta para Argentina una tasa bruta de incidencia de 280,1 casos de neoplasias malignas cada cien mil personas y una tasa ajustada de 216,7 casos cada cien mil personas.⁶

Si consideramos el año 2016 para la localidad de Sastre y Ortiz (el último para el que se cuenta con información de los doce meses completos) obtenemos una tasa bruta de incidencia por neoplasias malignas de 384 casos cada cien mil personas. Cuando se ajusta por edad, esa tasa representa 311,3 casos cada cien mil (IC95%: 278,5-344).

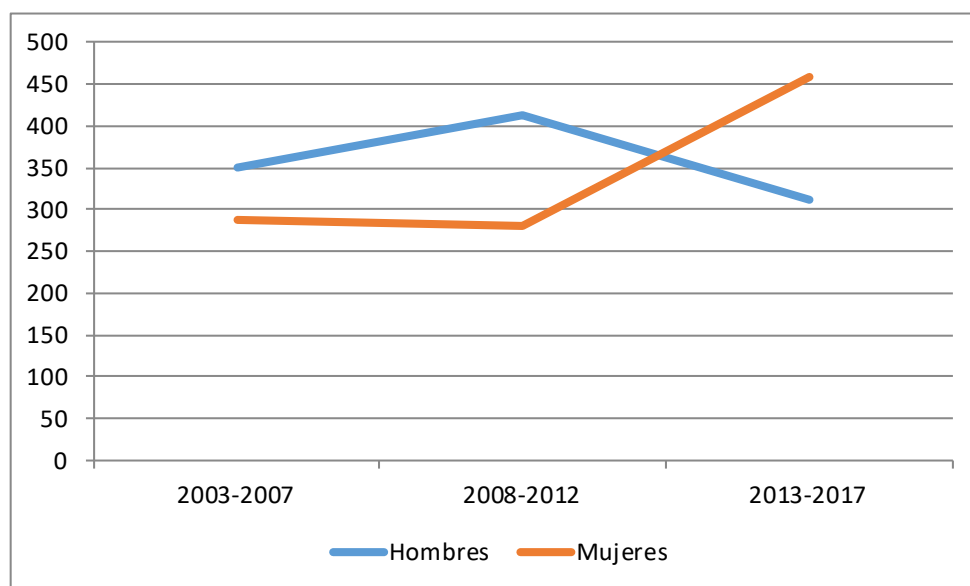


Figura 9. Evolución de la tasa de incidencia de neoplasias malignas por sexo

EMBARAZOS, PARTOS Y PÉRDIDAS DE EMBARAZOS

En la población relevada de Sastre y Ortiz en los últimos 20 años se produjeron 1.030 embarazos. De esos, al momento del relevamiento, 20 (2%) se encontraban en curso. La tasa bruta de natalidad (TBN) para el año 2.016 fue de 12,3 por mil habitantes.

La Figura 10 muestra los partos según su finalización. Se observa que hay una notable modificación en la relación entre partos vaginales y por cesárea. Es llamativo que los embarazos finalizados por cesárea son siempre mayores que los vaginales en todos los

períodos considerados. La tasa esperable sugerida por la Organización Mundial de la Salud es de entre 10% y 15%⁴. Cuando la tasa de cesárea se acerca al 10% a nivel de población, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos. Cuando la frecuencia va por encima del 10%, no se acompaña de mejores tasas de mortalidad materno-infantil.

Para Sastre y Ortiz, la tasa de cesáreas en los quinquenios 1998-2002, 2003-2007, 2008-2012 y 2013-2017 fue de 49,6%, 56,1%, 58,6% y 57,1% respectivamente.

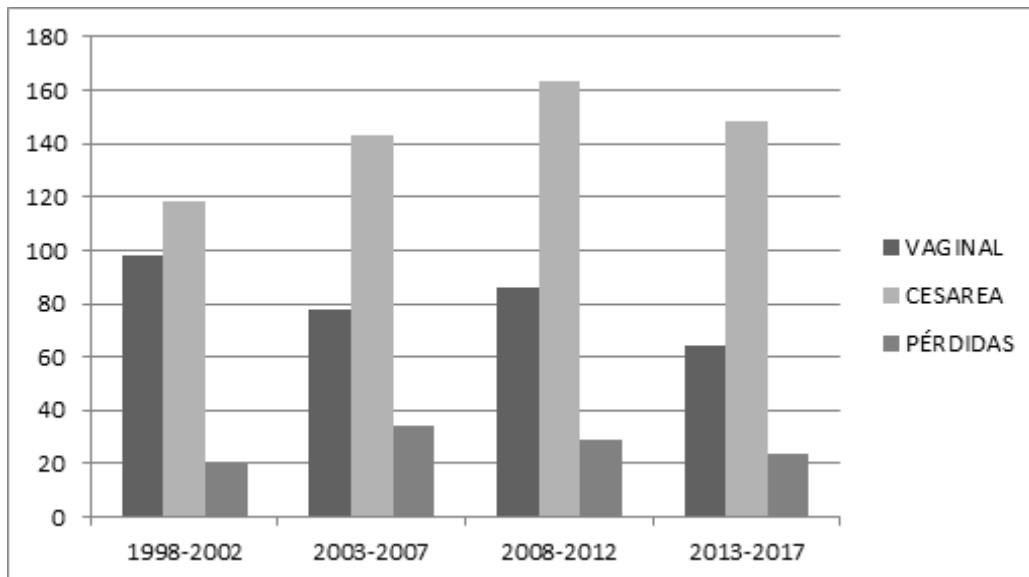


Figura 10. Proporción de finalización de embarazos por quinquenio

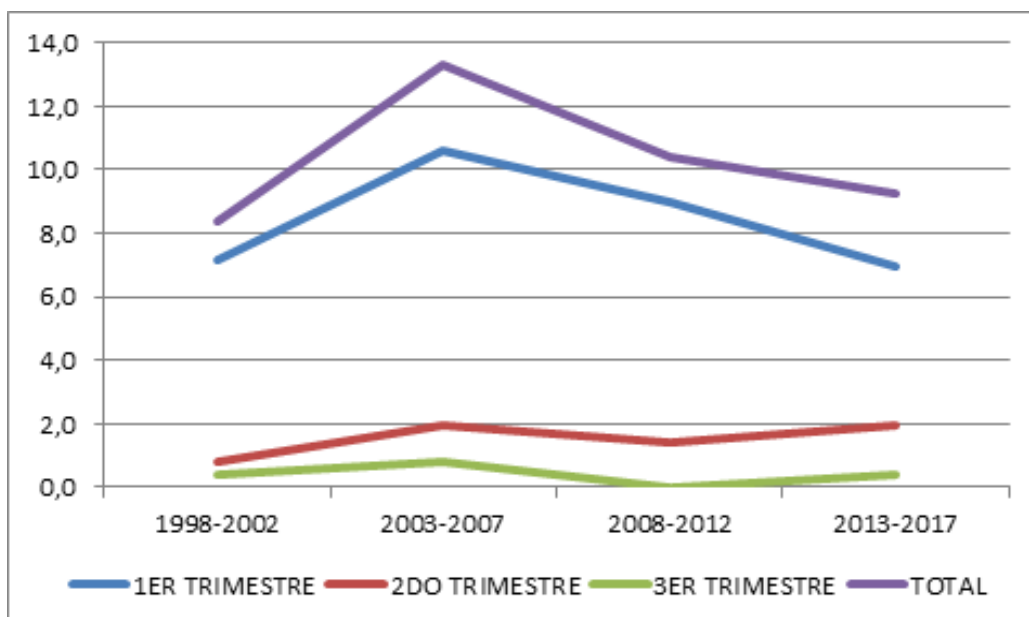
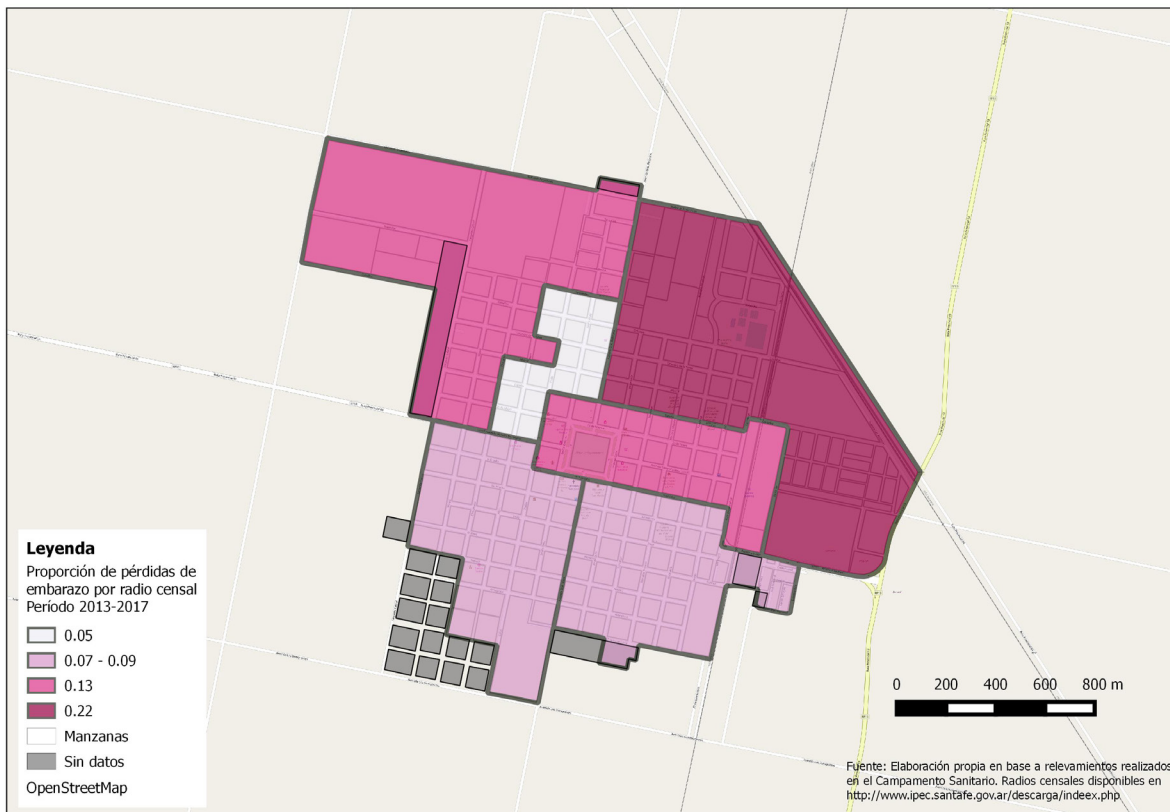


Figura 11. Tasa de pérdidas de embarazo por trimestre por quinquenio



Mapa 11. Proporción de pérdidas de embarazo por radio censal. Período 2013-2017

En nuestro país, la tasa de cesáreas es del 30,6% de los partos registrados entre 2.010 y 2.013 de acuerdo al Segundo Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico SIP-Gestión, es decir que la tasa de cesáreas en la población relevada de la localidad de Sastre y Ortiz se encuentra aún por encima del promedio nacional. La obra social IOMA realizó recientemente un análisis en 13 provincias con una muestra de 54 mil partos —incluyendo el sistema privado— que arrojó una tasa de cesáreas del 75%⁵. La cesárea podría ser necesaria cuando el parto vaginal entrañe un riesgo para la madre o el niño.

Al analizar las pérdidas de embarazos en los mismos quinquenios (Figura 11) podemos observar que hay un significativo aumento de las mismas desde el pri-

mer hasta el segundo período con un descenso progresivo en los últimos 10 años.

Más detalladamente podemos observar que la mayor proporción en cada período corresponden a las pérdidas ocurridas en el primer trimestre del embarazo. Las pérdidas de embarazo durante el segundo trimestre sin embargo, muestran una tendencia creciente desde el primer hasta el último quinquenio considerados.

Las pérdidas tempranas de embarazos por lo general obedecen a causas genéticas en el embrión. También pueden responder a causas infecciosas y/o a factores ambientales que incluyen la exposición a diferentes sustancias químicas o radiaciones^{7,8}.

De las 530 mujeres que tuvieron algún embarazo en los últimos 20 años, 140 (26,4%) refirieron alguna complicación (Figura 12). Las más frecuentes obedecen a problemas asociados a la hipertensión arterial (hipertensión gestacional con proteinuria significativa representa el 21,1% del total de complicaciones referidas; Hipertensión gestacional sin proteinuria significativa, el 13,9%) y que pueden tener consecuencias

deletéreas en el transcurso del embarazo. Si bien estas y otras de las complicaciones que se refirieron como frecuentes pueden generar un impacto en la morbi-mortalidad materno infantil, los controles periódicos y tempranos de los embarazos pueden ayudar a mitigarlos. Destacamos la importancia de los cuidados tanto durante el embarazo como los pre-concepcionales que ayudarían a cursar embarazos saludables.

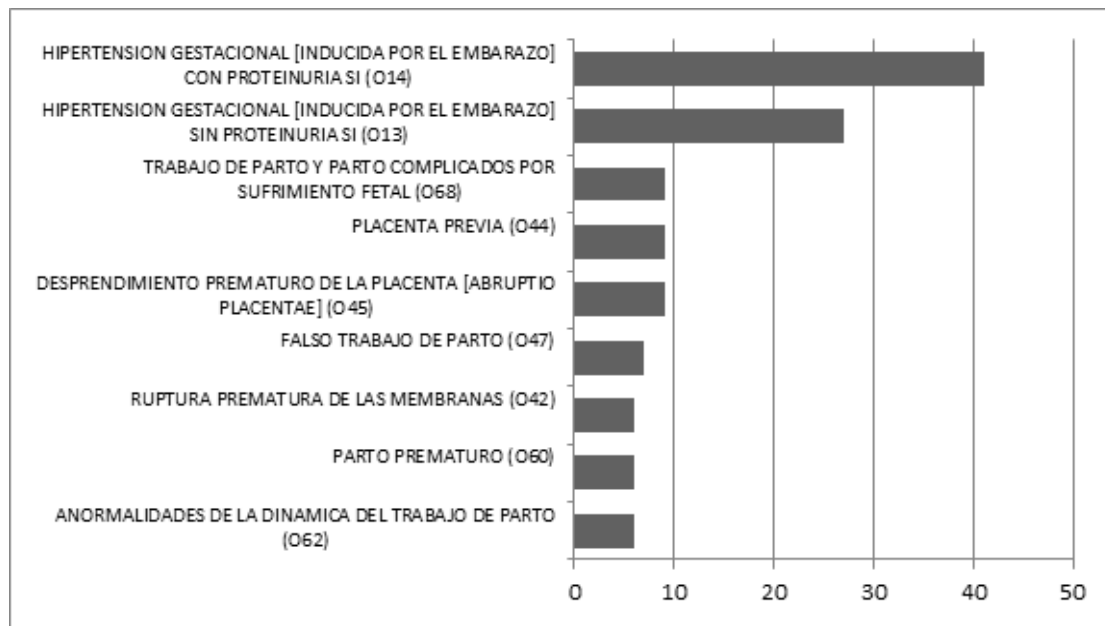


Figura 12. Proporción de problemas durante el embarazo y parto

En la población de Sastre y Ortiz, la tasa de bajo peso al nacer ha presentado variaciones a lo largo de los últimos 20 años. La mayor tasa se registra en los últimos cinco años, con 5,66 nacidos con bajo peso cada 100 nacidos vivos, sin diferencia entre varones y mujeres.

La tasa de nacidos pretérmino en los últimos 20 años presenta una tendencia creciente. Al igual que en el

caso de la tasa de nacidos con bajo peso, la mayor tasa de nacidos pretérmino se observa en el periodo 2013-2017 (6,6 cada 100 nacidos vivos), con predominancia en el sexo femenino.

Para el período 1998-2017 se registraron once casos de malformaciones. El 18% de los casos corresponden al último quinquenio.

BAJO PESO				
PERÍODO	NACIDOS VIVOS	FEMENINO CON BP	MASCULINO CON BP	TASA DE BP
1998-2002	216	0	2	0,93
2003-2007	221	8	3	4,98
2008-2012	249	3	8	4,42
2013-2017	212	6	6	5,66

Tabla 8. Bajo peso por sexo y quinquenio. Frecuencia absoluta y tasa cada cien nacidos vivos

PRETÉRMINO				
PERÍODO	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	FEMENINO	MASCULINO	TASA DE PRETÉRMINO
1998-2002	216	2	3	2,31
2003-2007	221	9	3	5,43
2008-2012	249	7	9	6,43
2013-2017	212	9	5	6,60

Tabla 9. Nacimientos pre término por sexo y quinquenio. Frecuencia absoluta y tasa cada cien nacidos vivos

FUENTES DE CONTAMINACIÓN

En 972 viviendas (73,9%), los encuestados han referido o identificado alguna fuente de contaminación en la localidad. En las mismas se refirieron entre 1 y 5 fuentes, contabilizándose un total de 1415 referencias que se agruparon en 72 diferentes tipos. En la Figura 16 se observa la distribución por frecuencia de respuestas.

En general, y como ocurre en otras localidades que han recibido Campamentos Sanitarios, en los primeros lugares aparecen las menciones que se relacionan a la matriz productiva de cada localidad. En este caso está muy presente para la población la actividad agroindustrial, que se expresa a través de la fumigación y uso de agroquímicos.

El gran avance de la frontera agrícola con la incorporación de nuevas tecnologías y la cercanía entre estas

actividades y la población ha configurado nuevos escenarios en las localidades de la región con la creciente preocupación por sus consecuencias.

La disposición final de los residuos sólidos urbanos se configura también como una de las problemáticas vigentes. El impacto del basural en la vida cotidiana de la localidad se evidencia también en la referencia de olores desagradables percibidos frecuentemente (figura 14)

Si tenemos en cuenta además la referencia de olores desagradables por parte de los encuestados en las intermediaciones de sus viviendas encontramos que en el 47,6% de las mismas (626 viviendas) hubo al menos una mención, contabilizando un total de 784 respuestas. (Figura 14)

Como puede apreciarse, muchos de los olores referidos guardan correlación con las respuestas obtenidas sobre las fuentes de contaminación.

Los datos presentados nos permiten aproximarnos a las situaciones que los vecinos de la localidad identi-

can como problemáticas y la interpretación que hacen de las mismas. Resaltamos la importancia que tiene para la gestión, la definición conjunta de las problemáticas y el establecimiento de prioridades, entre las distintas áreas de gobierno y los ciudadanos.

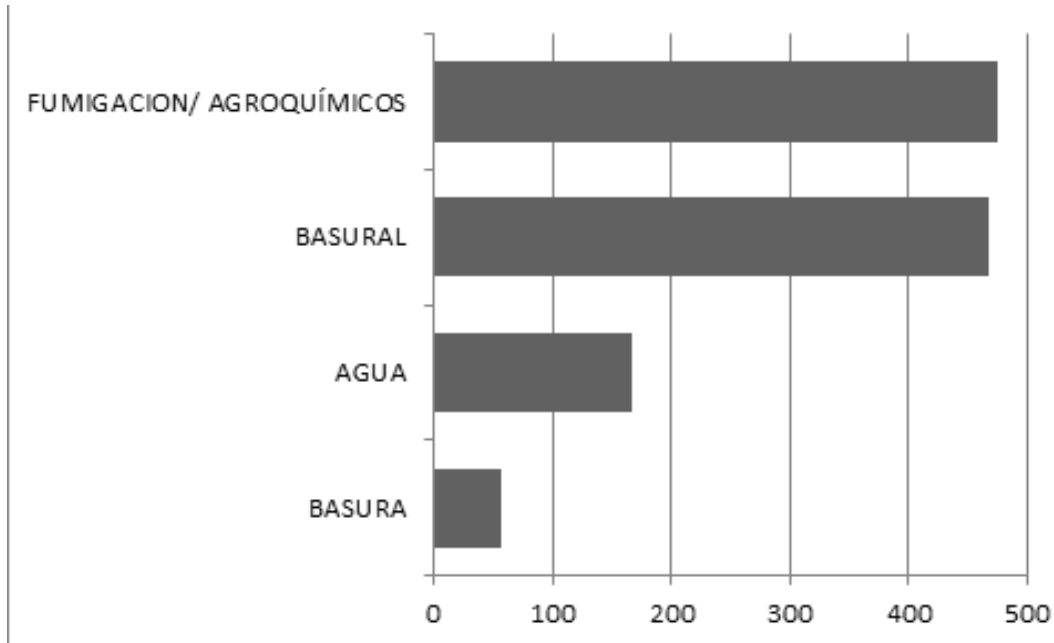


Figura 13. Fuentes de contaminación referidas por vivienda. Frecuencia absoluta

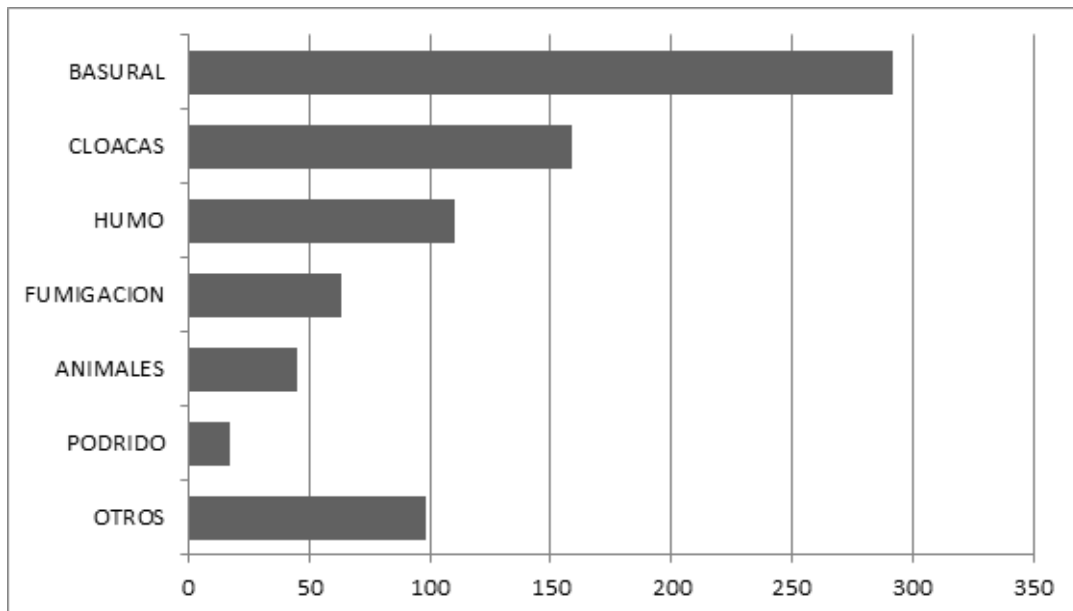


Figura 14. Olores desagradables referidos por vivienda. Frecuencia absoluta

PROBLEMAS DE SALUD PERCIBIDOS

Al consultar a los entrevistados sobre los principales problemas de salud que ellos identificaban en la localidad, en 716 hogares (54,4%) refirieron identificar por lo menos un problema de salud en la localidad. En la Figura 18 se muestran las respuestas más frecuentes.

“Cáncer” es la respuesta que aparece con mayor frecuencia. La percepción de los problemas relacionados al cáncer puede estar asociada con una íntima relación a la muerte y la representación como una enfermedad incurable o muy difícil de curar. La carga subjetiva tanto del sujeto padeciente como de la población

que lo rodea tiene una alta connotación negativa con respecto a la salud, la enfermedad y el tratamiento. Como analizamos previamente, los tumores malignos constituyen una de las principales causas de muerte en los últimos 5 años. Este dato, puede ayudarnos a comprender la percepción por parte de la población del cáncer como el problema de salud que genera mayor preocupación.

Del resto de las respuestas, aparecen también, aunque con mucha menor frecuencia, hipotiroidismo, que como señalamos previamente aparece como una de las patologías crónicas con mayor prevalencia.

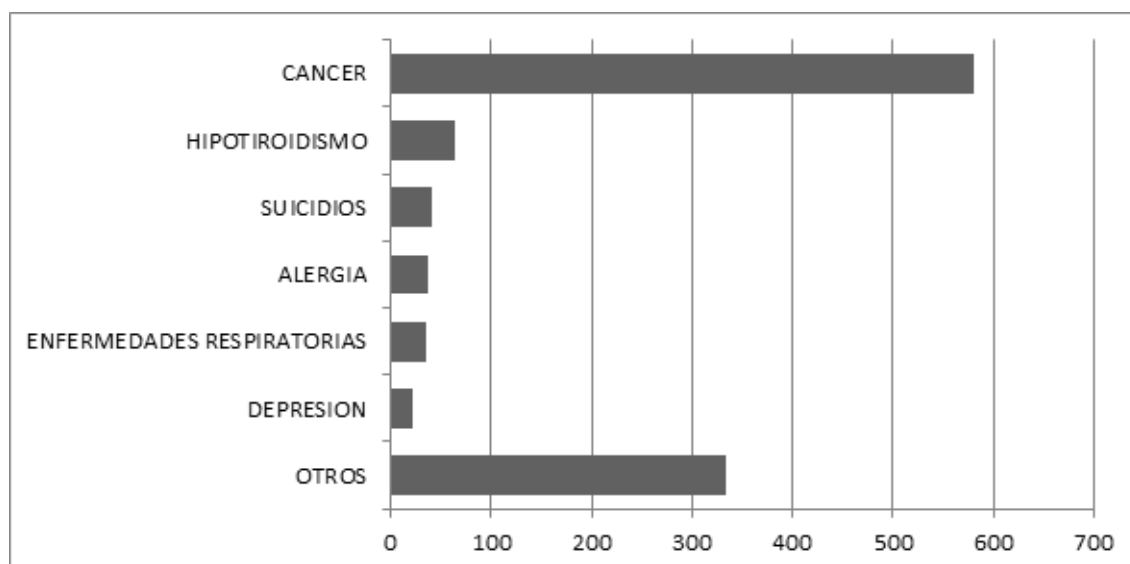


Figura 15. Percepción de problemas de salud en la localidad por vivienda. Frecuencia absoluta

CONCLUSIONES

El alcance del relevamiento permitió obtener datos representativos de los distintos radios censales de Sastre y Ortiz.

Desde el punto de vista de la constitución de la población se observa una pirámide estacionaria. Suggerimos la necesidad de correlacionar su estructura con la historia de la localidad, que permitirá comprender el entrante observado para el rango etario de 45 a 49 años en ambos sexos.

En lo que respecta a las condiciones habitacionales, si bien hay algunos déficits puntuales, en general cuenta con buena cobertura de servicios básicos y materiales de construcción de las viviendas. La conexión a servicios básicos resulta insuficiente en la mayoría de las viviendas porque la principal fuente de provisión de agua se hace a través de agua de pozo. En su gran mayoría el agua de consumo corresponde a agua embotellada. Esto compromete a la localidad a asegurar una óptima calidad del agua en todos sus aspectos dada

la relación que tiene este servicio fundamental con la salud pública.

Si bien el 57,8% de los hogares recurren al subsistema público local para recibir atención en salud, esa forma de atención no es exclusiva y se combina en gran medida con la atención en el subsistema privado, y a la vez se toma contacto con servicios de salud de otras localidades. Esto jerarquiza el trabajo que se realizó en este estudio dado que permite centralizar la información sanitaria que, por la complejidad mencionada, es difícil de construir con los datos aportados únicamente por el subsistema público y que les permita generar políticas de salud acordes a la situación sanitaria local.

Los problemas que se interpretan como agudos (en el último año) predominaron en la población más joven (0 a 9 años). Las patologías respiratorias y sobre todo las infecciones de las vías aéreas superiores fueron las más frecuentes. Como se mencionaba, esto puede entenderse por la gran contagiosidad de esos cuadros.

En las enfermedades de más de 12 meses de evolución, consideradas crónicas, se observa una diferencia con respecto a la edad en la que predominan las agudas. Aquí si bien también se refirieron para todas las edades, el predominio fue entre los adultos (65 a 69 años), principalmente en mujeres.

Dentro de las patologías crónicas predominan las ECNT. Resulta llamativa la prevalencia del hipotiroidismo como segunda patología crónica con mayor frecuencia. No se cuenta con información epidemiológica para poder realizar comparaciones tanto a nivel provincial como nacional. No obstante eso, el perfil de patologías más frecuentes es similar al encontrado en otros Campamentos Sanitarios.

El consumo de fármacos guarda correlación con las enfermedades crónicas más prevalentes. Hay patologías que aumentan su frecuencia cuando se calculan de acuerdo al consumo de fármacos dado que no son mencionadas como un problema de salud pero si son referidas a través del tratamiento. Dentro de éstos, el consumo de levotiroxina muestra una prevalencia mayor respecto al hipotiroidismo referido como problema de salud; mientras que los ansiolíticos aparece entre los más frecuentes sin una correlación con las patologías crónicas más prevalentes.

Las ECNT que se mencionaron previamente tienen su expresión entre las causas de muerte. Ese grupo de enfermedades representan factores de riesgo que se expresan con un predominio de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, que junto a los tumores representan las principales causas de muerte.

Las ECNT y sus consecuencias están vinculadas a los estilos de vida desarrollados en las sociedades modernas. Estos datos se correlacionan también con los hallados en la evaluación antropométrica de niños en edad escolar (ver Control de Salud Escolar). De allí surge la necesidad de impulsar programas y campañas de promoción de estilos de vida saludables en todos los grupos etarios.

En los últimos cinco años la incidencia de tumores malignos analizados por quinquenio muestra una tendencia creciente en las mujeres, mientras que para los varones se registra un descenso en la tasa respecto al quinquenio previo.

Como se mencionó previamente, en las mujeres predominan los tumores malignos de mama y del útero, tumores para los que existen estrategias de detección temprana: la citología exfoliativa, el autoexamen mamario y la mamografía. Esto permite mejorar la sobrevivencia pero además, en el caso del tumor maligno del cuello del útero, es posible detectar lesiones preneoplásicas y evitar su progresión. Es necesario entonces, insistir en que el screening para estas patologías alcance a toda la población y se realicen de manera periódica regular.

En el caso de la población masculina, el tumor de mayor incidencia es el tumor maligno de la próstata. Al igual que lo señalado en el párrafo anterior, existen estrategias de detección temprana (tacto rectal y medición del antígeno prostático específico), de fácil realización que deberían ser implementadas en las consultas de rutina.

En los embarazos analizados en los últimos 20 años la tasa de cesáreas se presenta más alta que la de partos vaginales en todos los períodos. Cabe considerar que los partos no se desarrollan en Sastre y Ortiz, si no en efectores ubicados en otras localidades.

Considerando además las tasas de bajo peso y pretérmino como indicadores de salud materno-infantil,

que muestran un aumento en los últimos cinco años, resulta necesario trabajar en acciones específicas para garantizar el acompañamiento de las mujeres y el desarrollo de embarazos saludables.

Las representaciones de la población respecto a sus problemas de salud y las fuentes de contaminación no están descontextualizados de los resultados que se

observaron en este análisis. La construcción de esas representaciones es compleja, pero expresan mucha información acerca del transcurrir en el cotidiano de los habitantes de Sastre y Ortiz, la forma en que se relacionan entre sí y con su entorno y, a la vez, cómo éste último puede estar transformando también la propia forma de vivir.

DISCUSIÓN

No es posible definir una relación de causalidad directa para comprender el perfil de morbimortalidad descripto. Los fundamentos teórico-metodológicos tradicionalmente utilizados para explicar los ciclos vitales y concomitantemente los procesos salud - enfermedad presentan limitaciones, generando la necesidad de nuevos desarrollos que permitan asumir dichos procesos como expresión de las condiciones de vida de diferentes grupos de población y comprender las articulaciones entre estas y procesos sociales más generales⁹.

El modelo “exposición-enfermedad” que generalmente rige los pensamientos de la ciencia considerada “normal”, y que supone cuatro elementos: “la exposición a la substancia, la dosis que el sujeto ha absorbido en la actualidad, el efecto biológico de la dosis absorbida y la enfermedad clínica que resulta de esa situación”, está impregnado de una perspectiva lineal que no refleja la realidad de la biología¹⁰.

La comprensión del proceso de salud-enfermedad-atención desde la óptica de la determinación social de la salud nos enfrenta al desafío de vincular los datos presentados en este informe con la realidad de la localidad de Sastre y Ortiz entendida desde la compleja trama de actores que configuran una comunidad, así como sus momentos de reproducción social

(momento de reproducción económica, ecológica, biológica, sin dejar de lado las prácticas y representaciones)¹¹.

El trabajo desarrollado a través de los Campamentos Sanitarios tiene como meta fortalecer las miradas ecoepidemiológicas necesarias para el entendimiento de los ciclos vitales de nuestras comunidades abordando la concepción de la salud humana en el contexto de la salud ambiental.

Estos datos deben convertirse en el sustento utilizado por diferentes instituciones locales, movimientos sociales, ONG, y otros colectivos en pos de problematizar los procesos de salud – enfermedad observados, orientar los recursos y estrategias no sólo desde el sector salud, sino de todos los sectores involucrados en el desarrollo de la comunidad, para poder alcanzar el máximo potencial en salud y una mejor calidad de vida.

Creemos que la definición de las problemáticas y su abordaje debe darse a través de un proceso de participación democrático, que conduzca al empoderamiento de la comunidad para tener un mayor control sobre los determinantes que afectan su calidad de vida y sus procesos salud – enfermedad – atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tercera encuesta nacional para factores de riesgo de ECNT. Ministerio de Salud de la nación. Argentina 2013
2. Kierbel, V; Ciccía, M. “Una mirada específica sobre la problemática del consumo de psicofármacos en Argentina 2012” Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Marzo 2013.
3. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. “Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries”. OMS 2001
4. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud 2015
5. Segundo Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico SIP-Gestión. Desarrollo e implementación a escala nacional de un sistema de información en salud de la mujer y perinatal en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud.
6. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization.
7. Obstetricia Clínica de Llaca-Fernández. 2º Edición. Editorial McGraw Hill. México 2009.
8. Ginecología y obstetricia aplicadas. 2º Edición. Editorial El Manual Moderno. México 2003.
9. Globalización y salud global. Giovanni Berlinguer. Salud Problema y Debate. Buenos Aires, 1999.
10. Situación Crítica. Eric Chivian. Barcelona, Flor del Viento Editora. 1995
11. Castellanos PL. Sobre el concepto salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud. Bol. Epidemiológico OPS. Vol. 10, N° 4. 1990

CONTROL DE SALUD ESCOLAR

-CAMPAMENTO SANITARIO SASTRE Y ORTIZ-

INTRODUCCIÓN

Durante las actividades correspondientes al Programa Escuela Saludable realizadas en marzo de 2017 se trabajó en las siguientes instituciones educativas de Sastre y Ortiz: Escuela Primaria José Hernández n°803, Escuela Primaria Fiscal Aristóbulo del Valle n°267, Escuela Primaria San Francisco de Asís n°1031, Jardín Nucleado n°122 20 de junio.

En total, fueron evaluados/as 278 niñas (48,1%), y 300 niños (51,9%).

SALUD BUCAL

La salud bucal constituye un pilar fundamental en la salud de los seres humanos en cualquier etapa de la vida. Su importancia resulta evidente al considerar el papel que desempeña, no sólo en los procesos biológicos individuales si no también en el desarrollo social, es decir, la vinculación con otros.

Sin embargo, a pesar de los constantes esfuerzos en salud pública y la promoción de medidas de cuidado, las caries dentales y las enfermedades periodontales representan uno de los problemas de mayor carga para los servicios de salud a nivel mundial¹.

Examinada a través de la observación de la cavidad bucal, 231 niños/as presentaban caries, representando el 42,3% de los evaluados.

Como puede observarse, la población entre 7 y 10 años son los que presentan el mayor porcentaje de caries dentales.

La prevalencia de caries dentales no muestra diferencias significativas de acuerdo al sexo, considerando todos los rangos etarios.

Sin embargo, al considerar la distribución por sexo para cada rango etario, verificamos que en menores de 7 años, la prevalencia es mayor en mujeres; mientras que entre los 7 y 10 años, es mayor en varones.

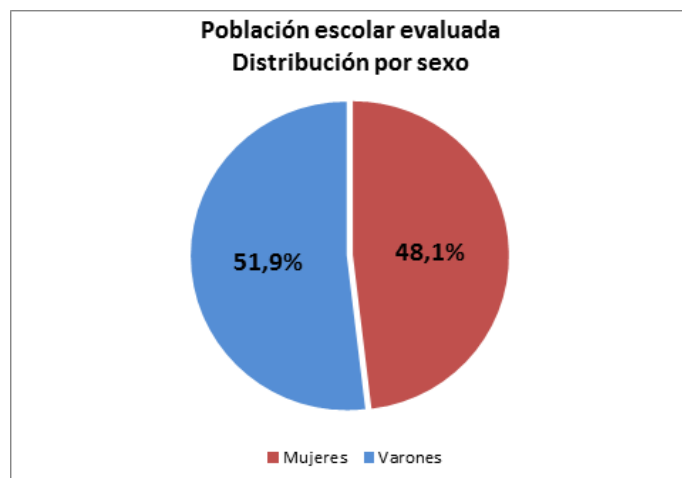


Figura 1. Población evaluada. Porcentaje por sexo.

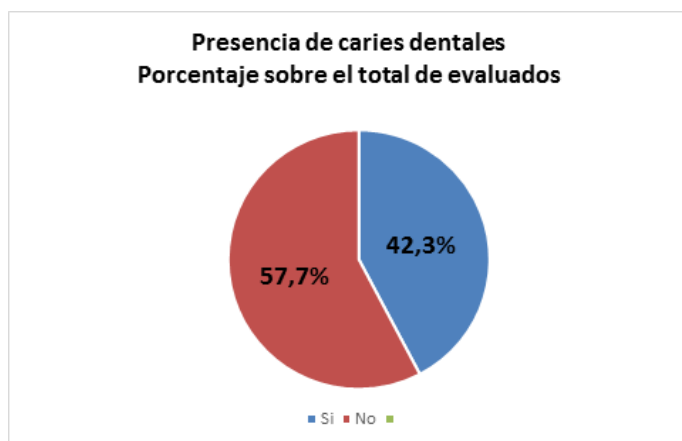


Figura 2. Presencia de caries dentales. Porcentaje sobre el total de evaluados.

AGUDEZA VISUAL

La mayor cantidad de estímulos sensoriales que percibimos del medio externo, corresponden a estímulos visuales y son éstos los que desempeñan un papel central en los procesos de comunicación, aprendizaje y socialización. Estos aspectos adquieren mayor importancia si consideramos a niños en edad escolar, cuyo desempeño en el proceso de enseñanza aprendizaje está fuertemente vinculado con su capacidad visual. Muchas veces, alteraciones en la agudeza visual suelen explicar fracasos en el desempeño escolar².

Siguiendo los lineamientos establecidos por la Sociedad Argentina de Pediatría, se emplearon para la evaluación de la agudeza visual lejana, los optotipos de

PRESENCIA DE CARIES DENTALES (Porcentaje sobre el total de evaluados para cada rango etario por sexo)				
EDAD	<7 AÑOS	7 A 10 AÑOS	>10 AÑOS	
VARONES	22 (10%)	62 (34,8%)	34 (18,8%)	118 (39,3%)
MUJERES	47 (21,5%)	32 (18%)	34 (18,8%)	113 (40,6%)
TOTAL	69 (31,5%)	94 (52,8%)	68 (37,6%)	231 (42,3%)

Tabla1. Presencia de caries dentales. Porcentaje sobre el total de evaluados para cada rango etario, por sexo.

Snellen. Este método tiene una sensibilidad del 85% y una especificidad del 96%³. Sin embargo, por el rápido desarrollo del sistema visual en la infancia y adolescencia, es necesario el control anual sugerido por las sociedades científicas para el correcto diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la visión.

Se evaluaron 569 niños y niñas (9 no pudieron ser evaluados por distintas razones). De ellos, 305 (53,6%) presentaron agudeza visual adecuada para la edad y 264 (46,4%) presentaron alguna alteración de la agudeza visual lejana.

La población de menores de 7 años son los que presentan mayor porcentaje de niños/as con agudeza visual alterada, con un leve predominio en mujeres. Esto no necesariamente significa la existencia de patologías, sino que puede representar inmadurez en el desarrollo de la función visual. Se puede observar que en el rango etario de mayores de 10 años, la preva-

lencia de alteraciones en la agudeza visual lejana es significativamente menor que en las demás edades, independientemente del sexo.

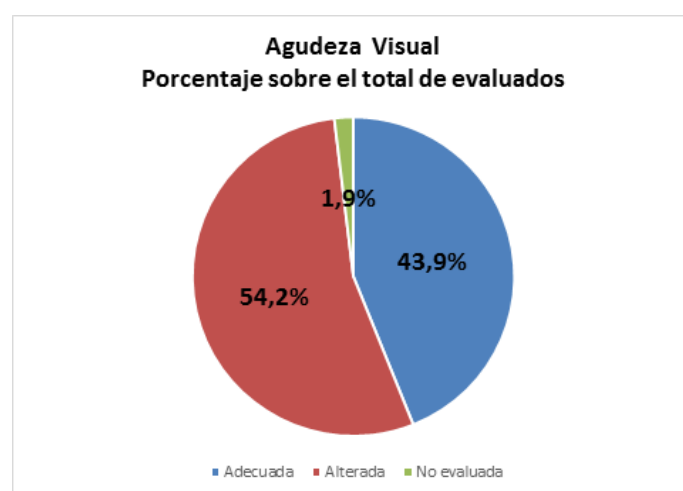


Figura 3. Agudeza visual. Porcentaje sobre el total de evaluados.

AGUDEZA VISUAL ALTERADA (Porcentaje sobre el total de evaluados para cada rango etario por sexo)				
EDAD	<7 AÑOS	7 A 10 AÑOS	>10 AÑOS	
VARONES	61 (57%)	53 (49%)	20 (24,4%)	134 (44,7%)
MUJERES	69 (65,7%)	31 (45,6%)	30 (30,3%)	130 (46,8%)
TOTAL	130 (59,4%)	84 (47,2%)	50 (27,6%)	264 (46,4%)

Tabla 2. Agudeza visual alterada. Porcentaje sobre el total de evaluados para cada rango etario, por sexo.

ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS Y ESTADO NUTRICIONAL

Se realizó la evaluación antropométrica de 460 niños/as a través de las mediciones de peso, talla, y cálculo del índice de masa corporal.

Las mediciones antropométricas de cada escolar fueron analizadas en los gráficos “patrones de crecimiento infantil” (OMS, 2006). Score Z de peso, talla e IMC para niños y niñas de 1 a 5 años y de 5 a 19 años (OMS, 2006).

PESO

La medición antropométrica de peso para la edad como variable única, se utiliza para el diagnóstico de bajo peso y desnutrición. No siendo eficaz para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad.

Se realizó la evaluación y análisis de peso/edad a 397 niños/as de hasta 10 años de edad.

Del total de escolares evaluados, 179 (45%) fueron niñas. De ellas, el 55,3% presentaron peso adecuado para la edad, mientras que un 35,8% se encontraba en

Los datos obtenidos se analizaron según los puntos de cortes de índice de masa corporal para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, incluidos en el consenso “Obesidad: guías para su abordaje clínico”, Sociedad Argentina de Pediatría 2015; y de los índices nutricionales derivados del peso y la talla incluidos en el artículo “Valoración del estado nutricional” de la Asociación Española de Pediatría.

el espectro de alto peso. Un 8,9% se encontraba en el rango de bajo peso.

De los 218 varones evaluados (54,9%), presentaron peso adecuado para la edad el 56%, y alto peso, 37,6%. Un 6,4% se registraron en el rango de bajo peso.

Considerando ambos sexos, 55,7% presentaron peso adecuado para la edad, mientras que un 36,8% se encontraba en el rango de alto peso. Sólo un 7,6% correspondió a bajo peso.



Figura 4. Relación de peso para la edad. Porcentaje sobre el total de evaluados.

Peso/edad						
	Menores de 7 años		De 7 a 10 años		Total	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Bajo peso severo	0,0%	0,9%	0,0%	0,9%	0,0%	0,9%
Bajo peso	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%	1,7%	0,0%
Riesgo de bajo peso	9,1%	6,4%	4,3%	4,6%	7,3%	5,5%
Peso adecuado	60,9%	54,1%	46,4%	57,8%	55,3%	56,0%
Sobrepeso	16,4%	22,9%	23,2%	23,9%	19,0%	23,4%
Obesidad	7,3%	7,3%	18,8%	10,1%	11,7%	8,7%
Obesidad grave	6,4%	8,3%	2,9%	2,8%	5,0%	5,5%

Tabla 3. Distribución de peso para la edad. Porcentaje sobre el total de evaluados para cada rango etario, por sexo.

TALLA

La importancia de analizar la talla de un niño radica en que esta medición representa la resultante de la historia del crecimiento del niño desde su nacimiento hasta la actualidad⁴. Una medición aislada tiene un valor relativo, ya que si bien puede darnos cuenta de procesos que han afectado de manera crónica el crecimiento de la persona, es necesario relacionarlo con su velocidad de crecimiento para corroborar dicho hallazgo.

Se realizó la evaluación y análisis de talla/edad en 578 niños/as.

El 83,4% presentó una talla adecuada para la edad. El porcentaje de niños/as con alta talla fue de 4,2%, mientras que para baja talla, fue de 12,5%.

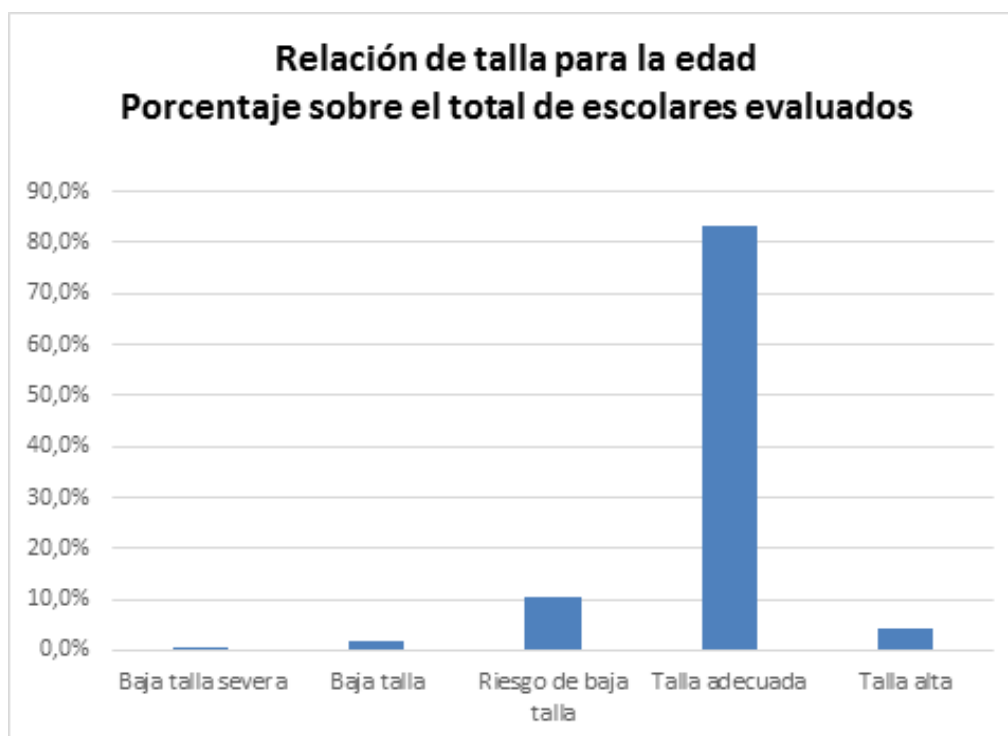


Figura 5. Relación de talla para la edad. Porcentaje sobre el total de evaluados.

Talla/edad								
	Menores de 7 años		De 7 a 10 años		Mayores de 10 años		Total	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Baja talla severa	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
Baja talla	1,8%	0,0%	0,0%	1,8%	2,0%	6,1%	1,4%	2,3%
Riesgo de baja talla	12,8%	13,8%	13,0%	5,5%	7,0%	11,0%	10,8%	10,0%
Talla adecuada	80,7%	83,5%	85,5%	87,2%	85,0%	78,0%	83,5%	83,3%
Talla alta	4,6%	2,8%	1,4%	3,7%	6,0%	4,9%	4,3%	3,7%

Tabla 4. Distribución de talla para la edad. Porcentaje sobre el total de evaluados para cada rango etario, por sexo.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Surge del cálculo que relaciona el peso y el cuadrado de la talla de cada individuo de acuerdo a su sexo. Este indicador resulta muy eficaz para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad.

Según el Consenso de Obesidad: abordaje clínico, de la Sociedad Argentina de pediatría, el IMC es uno de los indicadores más idóneos para el tamizaje de obesidad en las etapas prepuberales y puberales, ya que presenta un equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad y menor error de clasificación⁵. Los valores altos del IMC tienen una sensibilidad de moderada a alta (del 70% al 80%) para diagnosticar como verda-

dero un cuadro de obesidad, y una especificidad del 95% para diagnosticar como no obeso cuando el paciente no lo es.

Se evaluaron 577 escolares, 277 niñas (48%) y 300 niños (52%).

El 49,3% de los/as evaluados/as presentaron IMC adecuado para la edad (Score Z IMC entre -1 y 1 DE).

El 44,1% presentaron IMC aumentado para la edad (Score Z IMC entre 1 y > 3). Siendo 23,3% sobrepeso, obesidad 14,6% y obesidad grave 6,1%

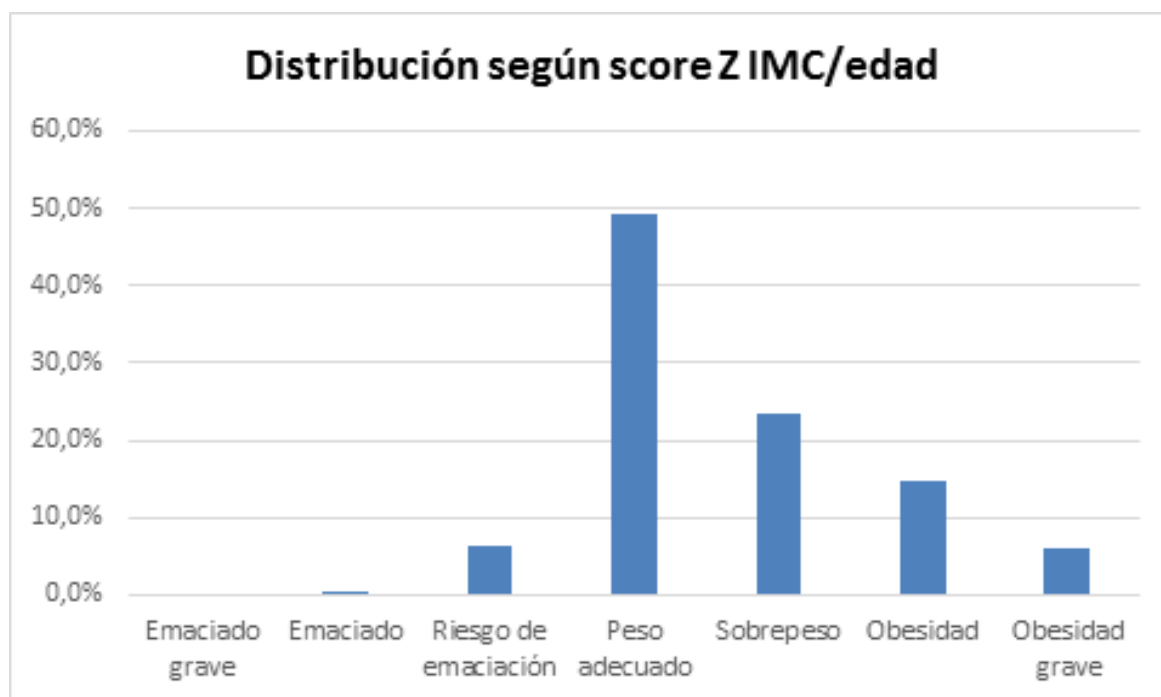


Figura 6. Relación de IMC para la edad. Porcentaje sobre el total de evaluados.

	IMC/edad							
	Menores de 7 años		De 7 a 10 años		Mayores de 10 años		Total	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Emaciado grave	0,9%	0,9%	0,0%	0,9%	0,0%	1,2%	0,4%	1,0%
Emaciado	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%
Riesgo de emaciación	4,6%	5,5%	8,7%	3,7%	6,1%	9,8%	6,1%	6,0%
Peso adecuado	55,0%	50,5%	43,5%	51,4%	45,5%	45,1%	48,7%	49,3%
Sobrepeso	20,2%	24,8%	20,3%	26,6%	28,3%	17,1%	23,1%	23,3%
Obesidad	11,9%	10,1%	21,7%	10,1%	16,2%	22,0%	15,9%	13,3%
Obesidad grave	7,3%	8,3%	2,9%	7,3%	4,0%	4,9%	5,1%	7,0%

Tabla 5. Distribución de IMC para la edad. Porcentaje sobre el total de evaluados para cada rango etario, por sexo.

Respecto a la relación por sexo, las mujeres presentan mayores porcentajes de obesidad que los varones para el rango de menores de 10 años. Sin embargo, el porcentaje de obesidad grave es superior en los varones en todos los rangos etarios considerados.

La Argentina se encuentra al igual que muchos países del mundo en una transición epidemiológica, caracterizada desde lo nutricional por la movilidad de las problemáticas nutricionales desde el bajo peso al sobrepeso y obesidad.

Recientes estudios evaluaron la tendencia de sobrepeso y obesidad comparando la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) del año 2007 con la del 2012. Los resultados indican que la prevalencia de exceso de peso en jóvenes de entre 11 y 17 años aumentó de 17,9% a 27,8% y específicamente la de obesidad creció de 3,2% a 6,1%⁶.

La obesidad es hoy considerada una epidemia a nivel global, lo que supone una carga de enfermedad crónicas no transmisibles en las poblaciones futuras de características impensadas. Ya no es posible ocultar tras las teorías de la multifactorialidad resumidas en el aumento de la ingesta calórica y el sedentarismo aquellos procesos que las determinan. Las sociedades actuales han abandonado el hábito saludable de la cocina para depositar su alimentación en los productos ultraprocesados escasos en nutrientes y de valores energéticos exuberantes, acompañándolo en combo con ofertas de la industria del entretenimiento en forma de plataformas de videojuegos y canales infantiles de televisión, que no sólo son agentes de sedentarismo y aislamiento de grupo (condición casi indispensable para que los niños a esta edad realicen actividad física mediante el juego) sino que también esas plataformas

son convertidas en extraordinarias pantallas de publicidad, teledirigida a un público vulnerable. En ese terreno se adentró la Fundación Interamericana del Corazón Argentina (FIC), que realizó una investigación durante dos años. Los resultados del estudio son alarmantes: revela que durante los cortes comerciales de los programas dirigidos a niños y niñas, el 85,3% de anuncios comerciales publicitan alimentos de bajo valor nutricional.

La población de niños y niñas evaluada no difiere de los datos epidemiológicos que caracterizan a la población escolar argentina.

Estos niños presentan una talla adecuada para la edad, lo cual refleja una población sin restricciones nutricionales acentuadas, ni factores ambientales que limiten el crecimiento estatural.

Por otro lado, a través del análisis de IMC podemos reconocer una tendencia al sobrepeso y obesidad, la cual pone en evidencia la transición epidemiológica mundial hacia las enfermedades crónicas no transmisibles, caracterizadas por hábitos sedentarios, además de dietas hipercalóricas y alimentos ultra procesados de bajo costo y acceso inmediato.

Podríamos inferir, que estas dietas junto a hábitos de higiene bucal ausentes o irregulares, se vincularían a la alta proporción de caries dentales halladas en esta población.

Por estas razones es necesario profundizar las acciones tendientes a promover estilos de vida que permitan una alimentación saludable, redescubriendo el sabor en la naturaleza, la comensalidad y la cocina hogareña.

Generar espacios para la recreación a través de actividades deportivas, juegos en equipos y el disfrute del aire libre y del encuentro con el otro.

En este sentido cobra un rol fundamental la articulación entre las familias y los distintos actores sociales (entidades educativas, agentes de salud, clubes, ONG) para el abordaje de dichas problemáticas y lograr los propósitos buscados.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Luz Ayala, Carmen. (2016). Los pediatras en la prevención de enfermedades bucales. Archivos de Pediatría del Uruguay, 87(3), 257-262.
2. Reyes JA, González I, Quintana Herrera C. Estudio de las anomalías oculares en la población infantil de la Comarca de Acentejo (Isla de Tenerife). Arch Soc Canar Oftal 2004; 15.
3. Delgado Domínguez JJ. Detección de trastornos visuales. Previnfad 2007; 1-30.
4. “Guía para la evaluación del crecimiento físico” Sociedad Argentina de Pediatría. 2013.
5. Obesidad: guías para su abordaje clínico; Comité Nacional de Nutrición Coordinadoras del documento: Dra. Débora Setton y Dra. Patricia Sosa; SAP.
6. “Las Brechas Sociales en la Epidemia de la Obesidad en Niños, Niñas y Adolescentes de Argentina: Diagnóstico de Situación”; Fernando Zingman, Miguel Ponce, Lorena Allemandi, Luciana Castronuovo, Victoria Tiscornia y Veronica Schoj., Fundación Interamericana del Corazón (FIC)-UNICEF. 2016.

ANEXO ÚNICO

1. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

¿Tiene electricidad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Fuente de agua dentro de la vivienda	De red <input type="checkbox"/>	Pozo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
¿Tiene gas? (Envasado o de red)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Dónde se halla el baño?	Dentro de la vivienda <input type="checkbox"/>	Fuera de la vivienda <input type="checkbox"/>	
Eliminación de excretas	Cloacas <input type="checkbox"/>	Letrina <input type="checkbox"/>	Pozo ciego <input type="checkbox"/>
Material del techo	Chapa <input type="checkbox"/>	Ladrillo <input type="checkbox"/>	Paja <input type="checkbox"/>
	Loza <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Cartón <input type="checkbox"/>
	Adobe <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
Material de las paredes	Adobe <input type="checkbox"/>	Chapa <input type="checkbox"/>	Ladrillo <input type="checkbox"/>
	Cartón <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Material del piso	Tierra <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
Nº de habitaciones para dormir		
¿Siente olores desagradables?	Sí <input type="checkbox"/>	¿A qué se parece?..... No <input type="checkbox"/>	

2. ¿QUÉ AGUA CONSUME? (Para beber y cocinar alimentos)

Canilla propia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Embotellada	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Canilla comunitaria	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 1 y 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 1 y 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 1 y 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 5 y 10 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 5 y 10 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 5 y 10 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 10 y 15 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 10 y 15 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entre 10 y 15 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 15 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Más de 15 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Más de 15 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. EN CASO DE TENER UN PROBLEMA DE SALUD ¿DÓNDE SE DIRIGE PARA RECIBIR ATENCIÓN PROFESIONAL? (El grupo conviviente)

A. Sistema Público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Sistema Privado (incluye consultorios de PAMI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. SAMCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. No se atiende en esta localidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1. EN CASO DE ASISTIR A SAMCO Y/O UN EFECTOR DEL SISTEMA PÚBLICO: ¿CÓMO CALIFICARÍA LA ATENCIÓN EN EL MISMO EN UNA ESCALA DE 1 A 10?

Sólo deben responder quienes en la pregunta 3 respondieron con algún efector público.
Utilizar la escala del 1 al 10, siendo 1 = "para nada satisfecho" y 10 = "completamente satisfecho".

CALIFICACIÓN

- ¿Qué es lo que más le gusta?.....
- ¿Qué es lo que menos le gusta?.....

3.2. ¿SE ATIENDE EN OTRA CIUDAD?

SÍ → ¿Dónde?.....

NO → ¿Por qué?.....

4. ¿ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DE LA CASA (Niño o Adulto) TUVO ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? (Aunque no haya concurrido al médico)

A. Sí

B. No

Nº INTEGRANTE	PROBLEMA (REFERIDO POR ENCUESTADO)	PROBLEMA (RECADADO POR ENCUESTADOR)	CIE-10

5. ¿ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DE LA CASA TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD DIAGNOSTICADO HACE MAS DE 12 MESES Y CONTINUA CON EL MISMO EN LA ACTUALIDAD? (Reciba o no atención médica)

A. Sí

B. No

Nº INTEGRANTE	PROBLEMA (REFERIDO POR ENCUESTADO)	PROBLEMA (RECABADO POR ENCUESTADOR)	CIE-10

6. ¿HA FALLECIDO ALGÚN INTEGRANTE DE LA CASA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS?

A. Sí B. No

Nº INT	SEXO	EDAD DE F.	AÑO DE F.	CAUSA DE FALLECIM. (REFERIDA)	CAUSA DE FALLECIM. (RECABADA)	CIE-10

7. ¿ALGUNO DE LOS INTEGRANTES TUVO ALGÚN TIPO DE TUMOR O CÁNCER EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS? (Independientemente del fallecimiento o no del mismo)

A. Sí B. No

Nº INT	SEXO	AÑO DEL Dx	EDAD AL Dx	TIPO DE CÁNCER O TUMOR (REFERIDO)	TIPO DE CÁNCER O TUMOR (RECABADO)	CIE-10

8. EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS ¿HUBO ALGÚN EMBARAZO ENTRE LOS INTEGRANTES?

A. Sí B. No

Nº INTEG.	AÑO DE EMB.	EMBARAZO EN CURSO	PÉRDIDA	TIPO DE PARTO		¿TUVO ALGUNA COMPLICACIÓN? (Sólo complicaciones del embarazo/parto)				
						No	Sí	¿Cuál?		
				Vaginal	Cesárea			Referida	Recabada	CIE-10

8.1. EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS ¿HUBO ALGUNA PÉRDIDA DE EMBARAZO ENTRE LOS INTEGRANTES?

A. Sí B. No

N° INTEG	AÑO DE PÉRDIDA	TRIMESTRE DE LA PÉRDIDA			
		1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Desconoce

9. EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS, ¿NACIÓ ALGÚN INTEGRANTE CON...?

A. Sí B. No

N° INT	BAJO PESO Año	PRETÉRMINO Año	MALFORMACIONES			
			Año	Tipo		
				Referida	Recabada	CIE-10

OTRO PROBLEMA DE SALUD				
N° INT	Año	Referida	Recabada	CIE-10

10. ¿EN LA FAMILIA EXISTE ALGÚN INTEGRANTE CON DISCAPACIDAD?

A. Sí B. No

N° INT	DISCAPACIDAD REFERIDA	DISCAPACIDAD RECABADA	(Marcar con una cruz según corresponda)		CIE-10
			Adquirida	Congénita	

N° INT	TRATAMIENTO		¿TIENE CERTIFICADO?		
	SÍ ¿Dónde? (Ciudad)	NO ¿Por qué?	Sí	No	No Sabe

12. A SU CRITERIO, ¿EXISTE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA CIUDAD?

- A. Sí ¿Qué problema/s?.....
- B. No

13. ¿IDENTIFICA ALGUNA FUENTE DE CONTAMINACIÓN EN LA CIUDAD?

- A. Sí ¿Cuál/es?.....
- B. No

14. ¿CUÁNDO DONÓ SANGRE POR ÚLTIMA VEZ?

Nº INTEG.	Menos de 1 mes	Entre 1 mes y menos de 6 meses	Entre 6 meses y menos de 12 meses	1 año o más	Nunca donó	No Corresponde	No Sabe/ No Contesta
1							

*: Se les otorgará como número de integrante **A PARTIR del N° 101** a los casos donde se solicite número de integrante y el/los mismo/s se encuentre/n fallecido/s. (Excluyéndola/s de la información recabada en la hoja 1)

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

