

Campamento
Sanitario
Facultad de
Ciencias
Médicas
UNR



INFORME

CAMPAMENTO SANITARIO – BIGAND

AUTORIDADES

DECANO

Prof. Dr. Miguel Angel Farroni

VICEDECANA

Prof. Lic. Lilian Frankel

SECRETARIO ACADEMICO

Prof. Dr. Eduardo Elizalde

SUBSECRETARIO ACADEMICO

Prof. Dr. Damián Verzeñassi

SECRETARIO DE POLITICAS ESTUDIANTILES

Dr. Alejandro Vallini

SUBSECRETARIA DE POLITICAS ESTUDIANTILES

Dra. Helga Mária

SECRETARIO DE EXTENSION UNIVERSITARIA

Prof. Dr. Marcelo Abdala

SUBSECRETARIO DE EXTENSION UNIVERSTIARIA

Dr. Gastón Palacios

RESPONSABLE ACADEMICO DE LA PRACTICA FINAL

Prof. Dr. Damián Verzeñassi



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario

**“Animémonos a mirarnos a los ojos, a comprometernos, a abrazarnos fuerte,
a decir lo que pensamos y hacer lo que decimos, a luchar contra las injusticias
y las inequidades y a pensar un futuro más justo,
más solidario ,más equitativo, donde entremos todos.**

Ese es el desafío.....”

Profesor Marcelo Petrich.

En el siguiente informe se expondrá el resultado de las encuestas realizadas para evaluar el perfil referido de morbi-mortalidad-atención en la localidad de Bigand, Pcia. de Santa Fe, entre los días 11 al 15 de marzo del año 2013, por los estudiantes de la Cohorte 20 del ciclo Práctica Final.

Sabemos de problemas comunes a las distintas comunidades, relacionados con dificultades en el acceso al sistema de salud, posibilidades de formación laboral, obtención de empleo, justicia, cuidado y respeto del ambiente.

La mayoría de las veces los esfuerzos locales están dirigidos a atender las consecuencias de la falta de políticas de integración en materia de desarrollo rural y cuidado del territorio. A medida que “explotan” y toman estado público ciertos problemas de altísima gravedad, como desnutrición, inundaciones, sequías, desempleo o subempleo, problemas de salud-enfermedad, las situaciones se complejizan y la comunidad se moviliza, obteniendo generalmente soluciones sólo superficiales.

La falta de mapas socioeconómicos que integren los datos regionales y nacionales sobre los determinantes de la salud y enfermedad, pobreza o desarrollo en las comunidades del interior del País, sumada a las características institucionales de muchas organizaciones del sector social y a la falta de articulación efectiva entre ellas y demás sectores, resulta en muy poca efectividad para los procesos de transformación social o incidencia en las políticas públicas.

En los últimos años, nuestro entorno ambiental se viene deteriorando a un ritmo vertiginoso. Esto torna insuficientes las posibilidades de organizaciones sociales, gobiernos locales o demás sectores que por sí solos pretendan revertir las situaciones descriptas.

A partir del año 2007, desde la conducción de la Facultad de Cs. Médicas de la UNR, impulsamos la idea de construir una red de apoyo para el empoderamiento de las comunidades de todo el país. La información disponible y la que fuimos obteniendo directamente de los destinatarios de esta red, nos muestra una gran atomización y desconexión de los esfuerzos para mejorar las condiciones de vida de familias de estos ámbitos, que individuos, organizaciones, instituciones oficiales vienen realizando.

Los Campamentos Sanitarios:

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, a partir de la Visión y Misión aprobadas en el año 2007, entiende que la Formación Profesional debe darse desde el compromiso y la vinculación comunitaria, identificando como herramientas necesarias a la extensión universitaria y la producción de un conocimiento científico al servicio del

mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, que es quien sostiene a la Universidad Pública.

Con ese contexto institucional, se entiende a la Atención Primaria de la Salud como estrategia para organizar los sistemas de salud (lo que implica mucho más que Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación) y garantizar el Derecho a la Salud y a una vida digna.

Intentando cumplir con esas Visión y Misión institucionales, desde la coordinación del Ciclo Práctica Final de la Carrera de Medicina de esa Casa de Estudios, se propuso, como dispositivo de evaluación final integradora de los estudiantes de éste, el último ciclo de la carrera, el “Campamento Sanitario”.

Se trata de lograr imprimir al cierre del Ciclo (que es el final del cursado de la carrera) un espacio en el cual el estudiante pueda ejercitar las habilidades, destrezas y competencias adquiridas a lo largo de su proceso formativo. En este sentido, se hace relevante la posibilidad de vivenciar una actividad de trabajo intensivo en un territorio específico, en el cual se realicen acciones diagnósticas y asistenciales, y se elaboren registros epidemiológicos que sirvan de insumo para la definición de políticas públicas de salud.

El Campamento Sanitario, constituye además una experiencia de vinculación institucional con otros ámbitos y organismos estatales que fortalecen el cumplimiento de la Misión de nuestra Facultad.

Asimismo, la realización de los Campamentos Sanitarios, pone en evidencia la importancia que tiene el contar con una institución universitaria comprometida con los problemas de las comunidades y su región, ya que de no ser por este tipo de trabajos, que nacen de la decisión política de las autoridades de poner la estructura académica en función de la construcción de conocimientos científicos relevantes para la comunidad, desde la vinculación y la extensión universitaria, no hubiese sido posible llevar a cabo esta investigación participativa

Materiales y Métodos:

El diseño del estudio es de tipo observacional, descriptivo, sin inferencia estadística de causalidad, por el método de muestreo utilizado, con inclusión de variables demográficas, de condiciones de vida, ambiente, procesos de atención, patologías en tratamiento, antecedentes de salud actual, tratamientos y terapéuticas.

Hay en la Evidencia Medica publicada, multiplicidad de estudios y trabajos epidemiológicos con nuestra hipótesis de trabajo (que los elementos

sociodemográficos, geográficos y productivos son determinantes de peso en el desarrollo de los procesos de salud-enfermedad-atención de los sujetos).

Esta presentación describe datos de asociaciones presentes, pero no genera conclusiones, estando aun en etapa DE SONDEO.

Se realizó un diagnóstico de situación, a partir del relevamiento domiciliario en el cual la población de la localidad de **Bigand, Pcia. de Santa Fe**, pudo referenciar la morbimortalidad percibida por ella.

Se utilizó como material un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas orientadas a identificar posibles determinantes y condicionantes de morbimortalidad referidos por la comunidad.

El cuestionario no tenía respuestas sugeridas en las preguntas respecto a la morbimortalidad, registrándose en cada encuesta la respuesta textual del entrevistado.

Para evitar el doble registro de mortalidad y morbilidad referida, se explicitó a los encuestados que las preguntas y las respuestas se limitaban a miembros del grupo familiar que viviesen en el domicilio relevado al momento del fallecimiento y, en el caso de las enfermedades crónicas, en el momento de la encuesta.

Se realizó la encuesta a mayores de 18 años de edad que habitasen el domicilio relevado, y se informó a todos los vecinos que respondieron, que podían interrumpir el cuestionario en el momento que desearan.

Los encuestadores fueron estudiantes de Medicina de la **Cohorte 20** del Ciclo Práctica Final, en lo que fue la evaluación final del cursado de éste último Ciclo de la carrera, al que se accede con todos los Ciclos previos de la misma ya aprobados.

Como criterio de exclusión, para dar de baja un domicilio y no realizar la encuesta, se visitó al menos 3 veces el mismo en el caso de aquellos en los que no atendieron al llamado, y una sola vez en caso de haber sido recibidos y obtener una negativa a responder el cuestionario por parte de un mayor de edad residente de esa unidad habitacional.

La distribución de los domicilios encuestados, así como de los que no respondieron (por alguno de los motivos expresados en el párrafo anterior), al georreferenciamiento, muestra una cobertura homogénea del plano de la localidad de Bigand, no existiendo áreas en las que la NO respuesta haya superado la media.

✓ **CANTIDAD TOTAL DE HOGARES: 1618 (100%)**

El dato de la totalidad de hogares se construye en terreno, teniendo en cuenta el número total de viviendas en condiciones de ser encuestadas, consideradas como tales aquellas en las cuales habita un individuo o un grupo familiar, quedando fuera las que se encuentran deshabitadas al momento del relevamiento.

Hogar: es la persona o grupo de personas, parientes o no, que viven bajo un mismo techo y comparten los gastos de alimentación. Las personas solas también constituyen un hogar.

✓ **CANTIDAD DE HOGARES RELEVADOS: 1297 (81% del total de hogares)**

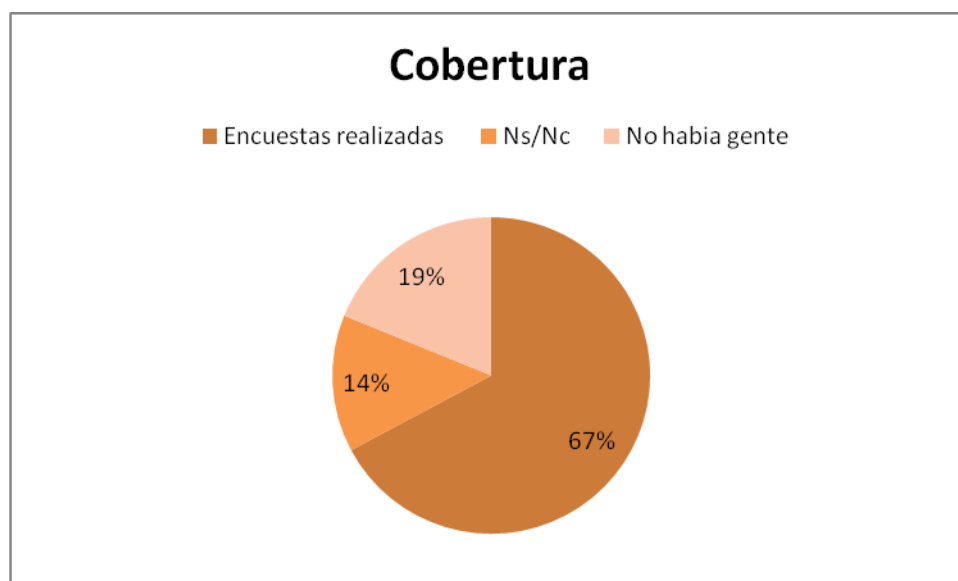
Surge del número de respuestas conseguidas, ya sea en encuestas efectivizadas o en la negativa a participar del relevamiento. De aquí se desprende el dato de cobertura total y el de población encuestada positivamente.

✓ **CANTIDAD DE HOGARES QUE RESPONDIERON LA ENCUESTA: 1074 (67% del total de hogares)**

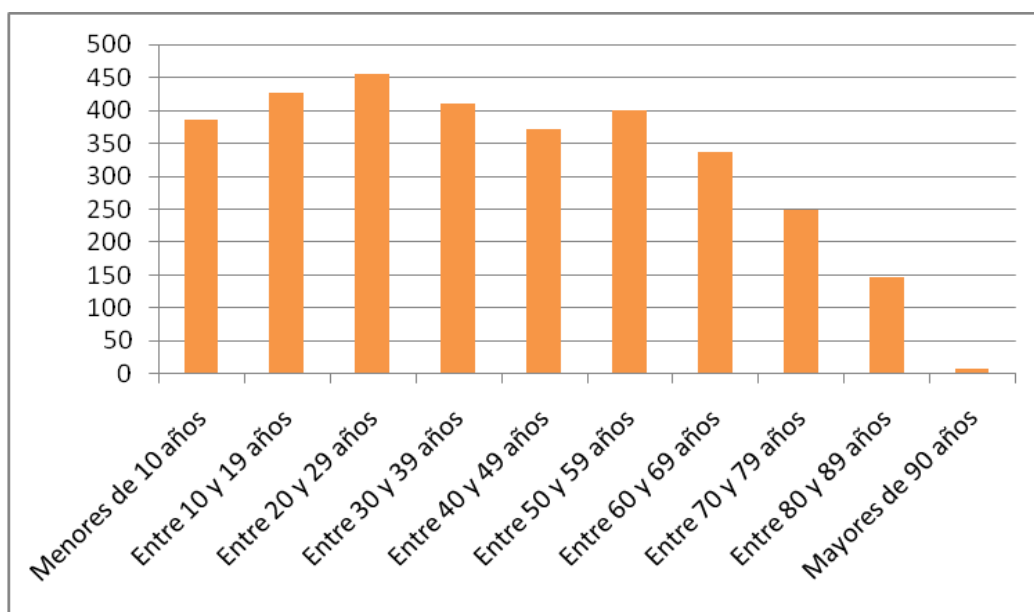
✓ **POBLACIÓN TOTAL SEGÚN CENSO NACIONAL AÑO 2001: 4525 HABITANTES**

✓ **CANTIDAD DE POBLACIÓN INCLUIDA: 3188 HABITANTES**

Este dato surge del total de personas vivas al momento del relevamiento que están incluidas dentro de las respuestas de los encuestados.



Distribución por rangos etarios:



✓ ESCOLARIDAD:

En la categoría “No escolarizados” se incluyeron individuos que, cumpliendo con la edad cronológica necesaria para estar escolarizados (se toma como corte la edad de 5 años que corresponde con el nivel pre-escolar), no lo está. Mientras que en la categoría “Otros” se incluyen a la población comprendida entre 0 y 4 años.

Pre Escolar	45
Primaria completa	718
Primaria en curso	277
Primaria incompleta	296
Secundaria completa	604
Secundaria en curso	211
Secundaria incompleta	229
Terciaria completa	276
Terciaria en curso	58
Terciaria incompleta	34
Universitaria completa	110
Universitaria en curso	74
Universitaria incompleta	46
Especial completa	8
Especial en curso	3
No escolarizados	28
Jardín en curso	103
Otros	68

✓ **TRABAJO**

En el número de habitantes que trabajan se incluyó también individuos que refieren estar jubilados y a su vez trabajan. La categoría “Otros” se hace referencia a individuos de 0 a 15 años, que sean estudiantes de manera exclusiva y/o que eventualmente por su discapacidad no pueden trabajar.

Trabajan	1536
No trabajan	694
Jubilados	513
Otros	251

✓ **TIEMPO DE ESTADIA EN LA COMUNIDAD**

Menos de 1 año	14 Grupos familiares
Entre 1 y 5 años	56 Grupos familiares
Más de 5 años	1004 Grupos familiares

✓ **CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS**

	SI	NO
Electricidad	1072	2
Agua de red	1056	18
Gas	1002	72
Presencia de olores desagradables	354	720
Baño dentro de la vivienda	1038	36
Eliminación de excretas	Cloacas	640
	Letrina	1
	Pozo	432

✓ **AGUA DE CONSUMO**

Cabe mencionar que la respuesta puede ser múltiple por lo que el total puede sobrepasar el 100% de hogares encuestados.

De Red	719 viviendas
Embotellada	603 viviendas
De Pozo	24 viviendas

✓ **LUGAR DE ATENCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**

Repitiendo el caso del consumo de agua, en este caso cabe la posibilidad que el grupo familiar haga uso de más de un sector para satisfacer sus necesidades de atención sanitaria.

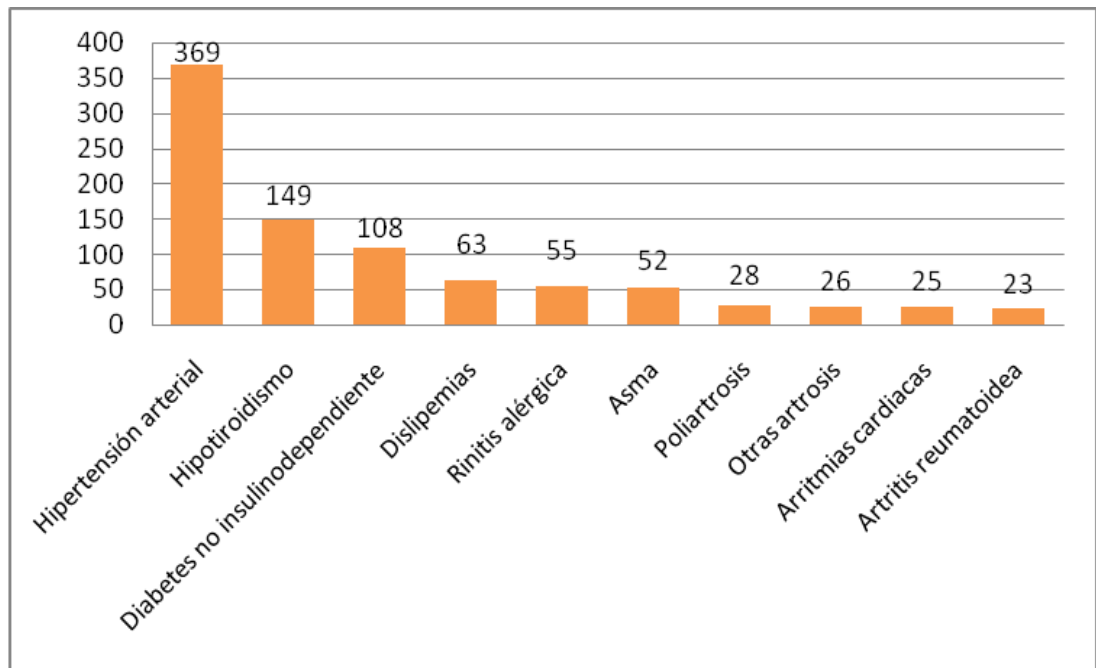
Efactor Público	797 Grupos Familiares
Efactor Privado	679 Grupos Familiares
Otra Ciudad	979 Grupos Familiares

✓ **OBRA SOCIAL/PREPAGA**

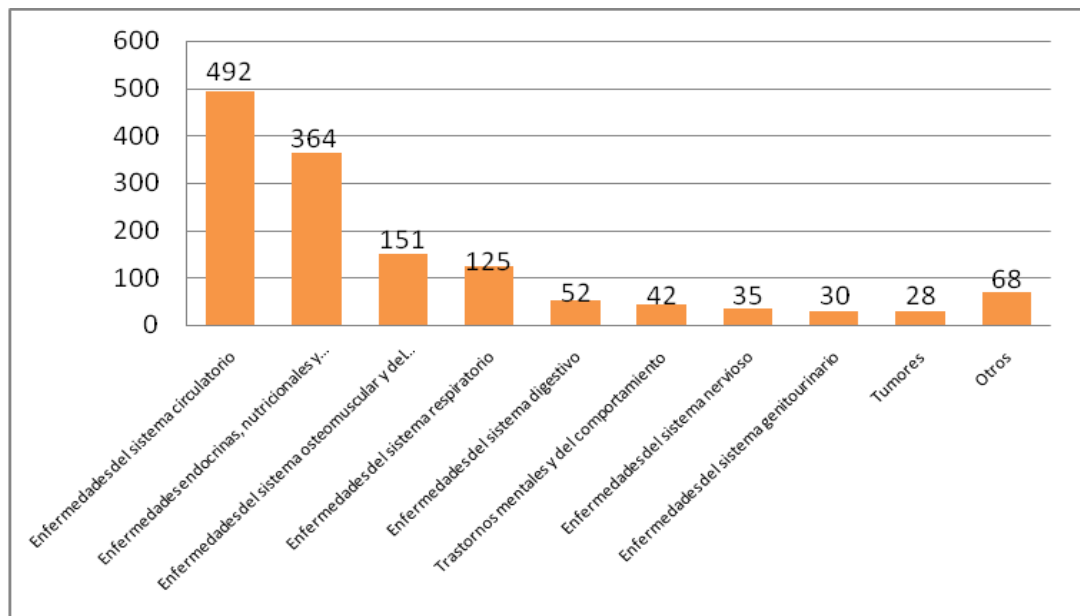
Población cubierta	2583
Población no cubierta	559
Sin datos	46

✓ **PATOLOGÍAS CRÓNICAS**

Consideradas como tales a todas aquellas patologías que padece uno o más integrantes del grupo conviviente recabada como presente desde hace más de doce meses. Se presentan aquí las diez más frecuentes



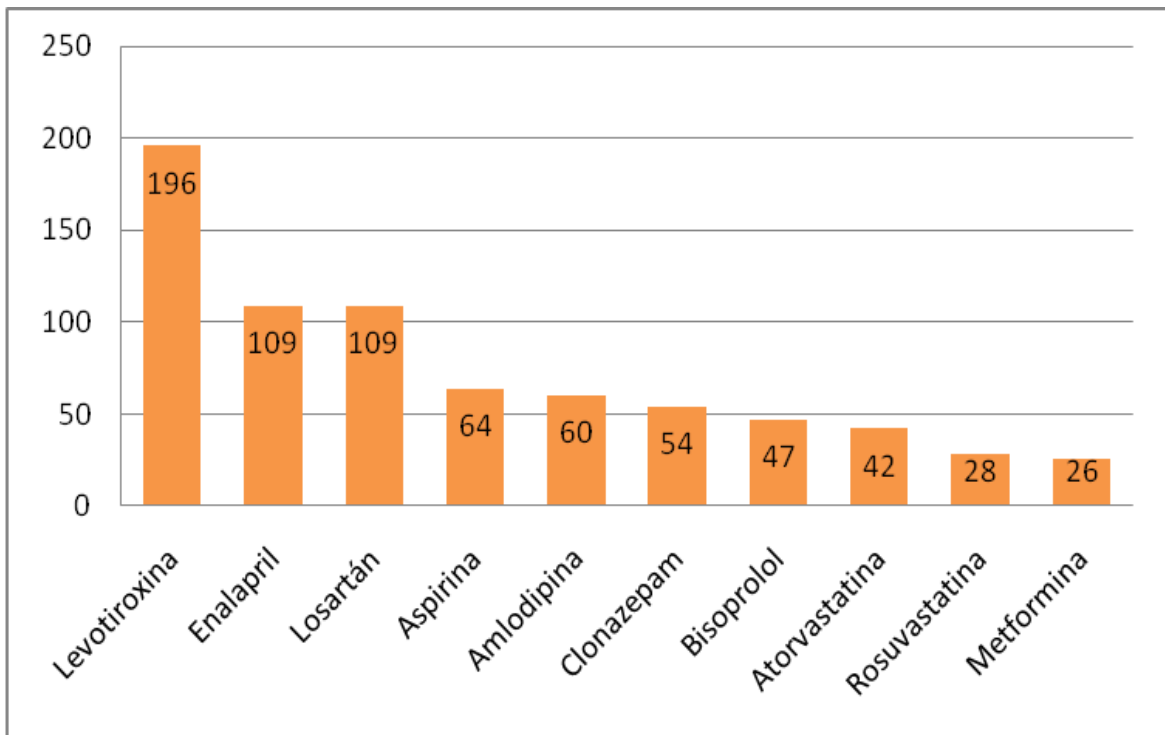
Y también se puede agrupar el total de patologías crónicas según el CIE-10



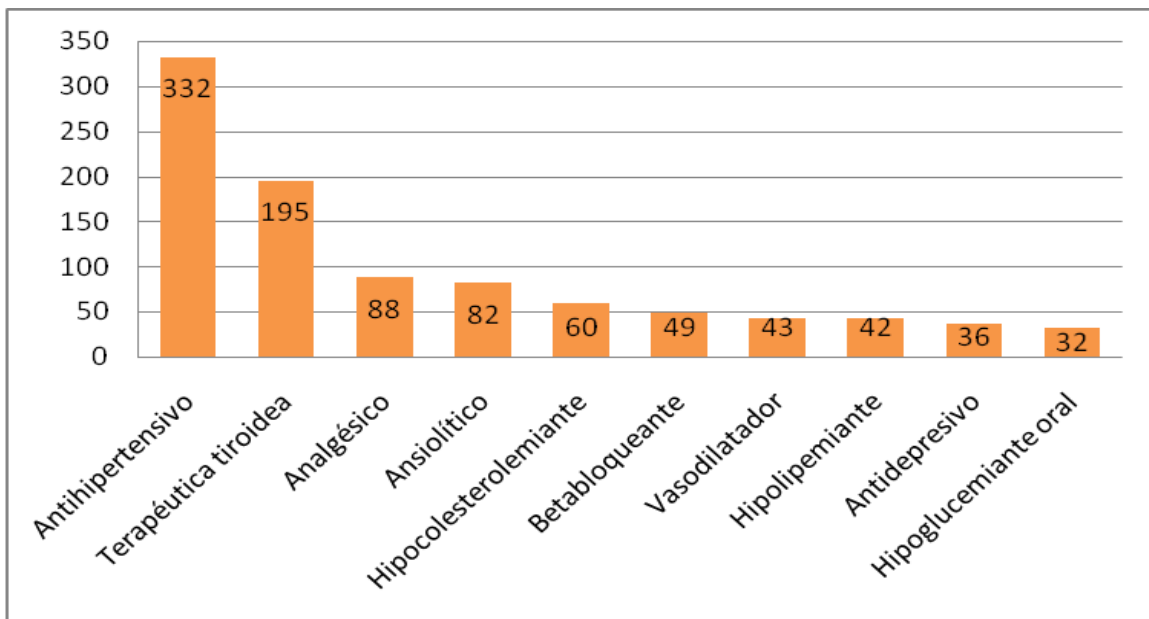
✓ **CONSUMO DE MEDICAMENTOS**

El siguiente gráfico muestra en orden de frecuencia, los medicamentos más consumidos por la población, según referencia y/o comprobación directa del encuestador.

Éstos son las 10 monodrogas más consumidas

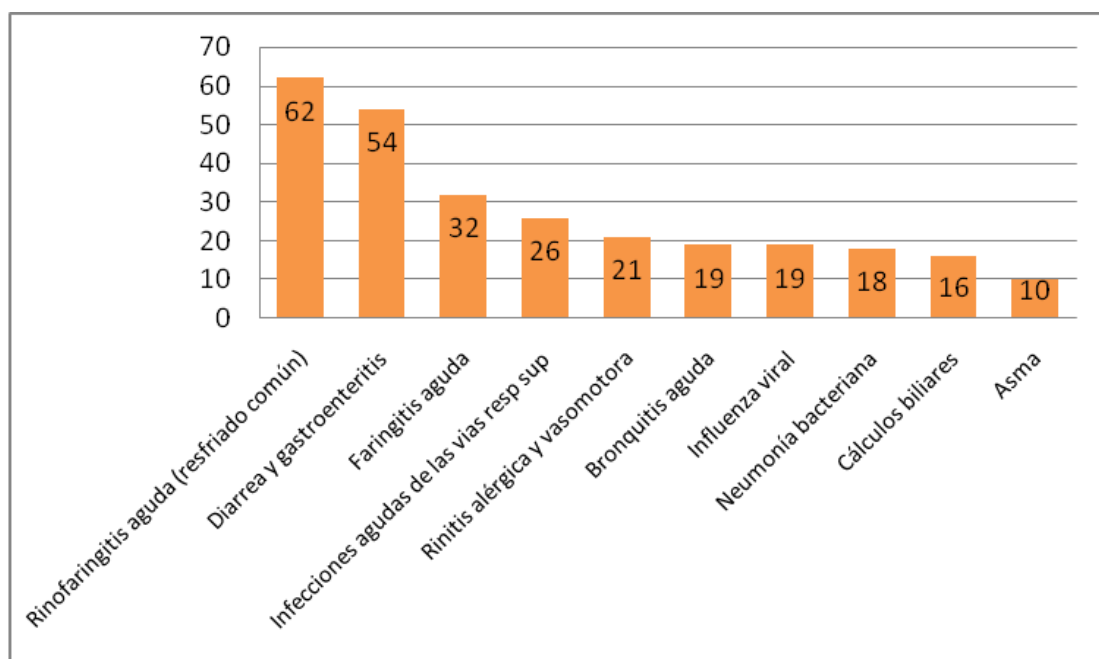


Y también podemos apreciar los 10 grupos de medicamentos más consumidos agrupados por su acción terapéutica.

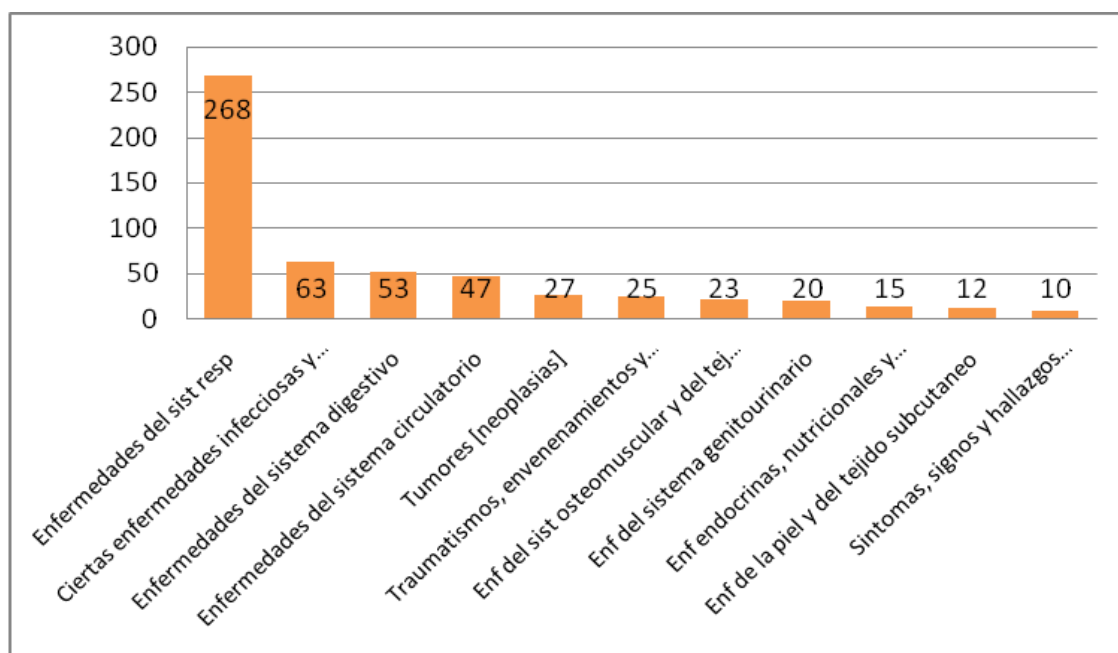


✓ **PROBLEMAS DE SALUD EN EL AÑO PREVIO A LA ENCUESTA**

Consideradas como tales a todas aquellas patologías que padecieron uno o más integrantes del grupo familiar durante el último año cronológico al momento de realizada la encuesta. Se presentan aquí las 10 más frecuentes.



Y también podemos observar las 10 más frecuentes agrupadas de acuerdo a los capítulos del CIE-10



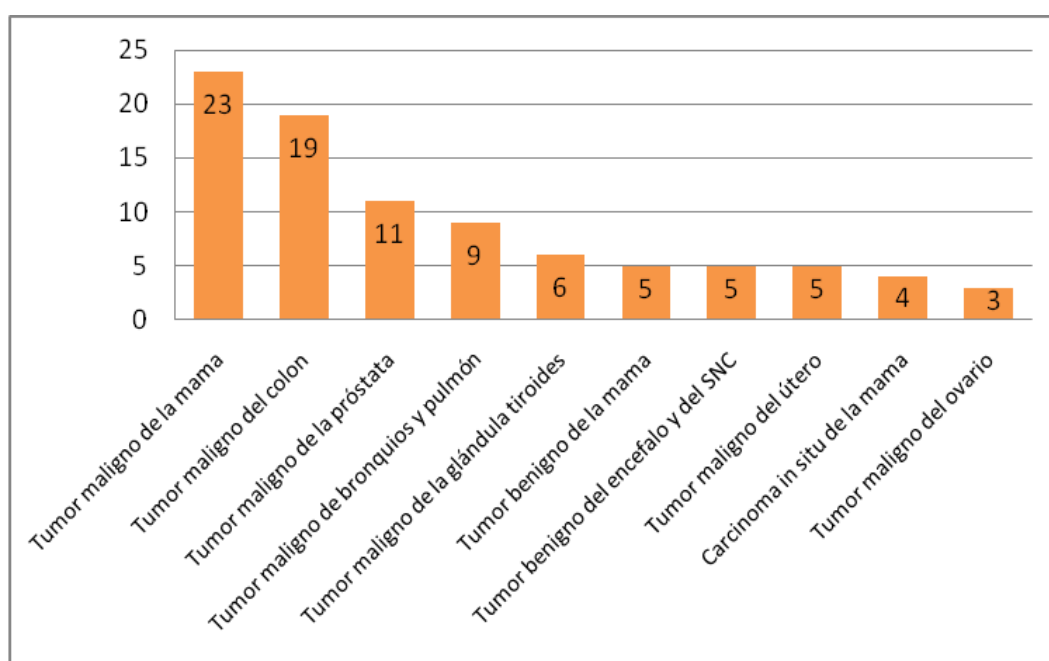
✓ **NÚMERO TOTAL DE SUJETOS CON DISCAPACIDAD**

Se hace la aclaración que no se refiere al número total de habitantes con discapacidad, ya que un mismo individuo puede presentar más de una.

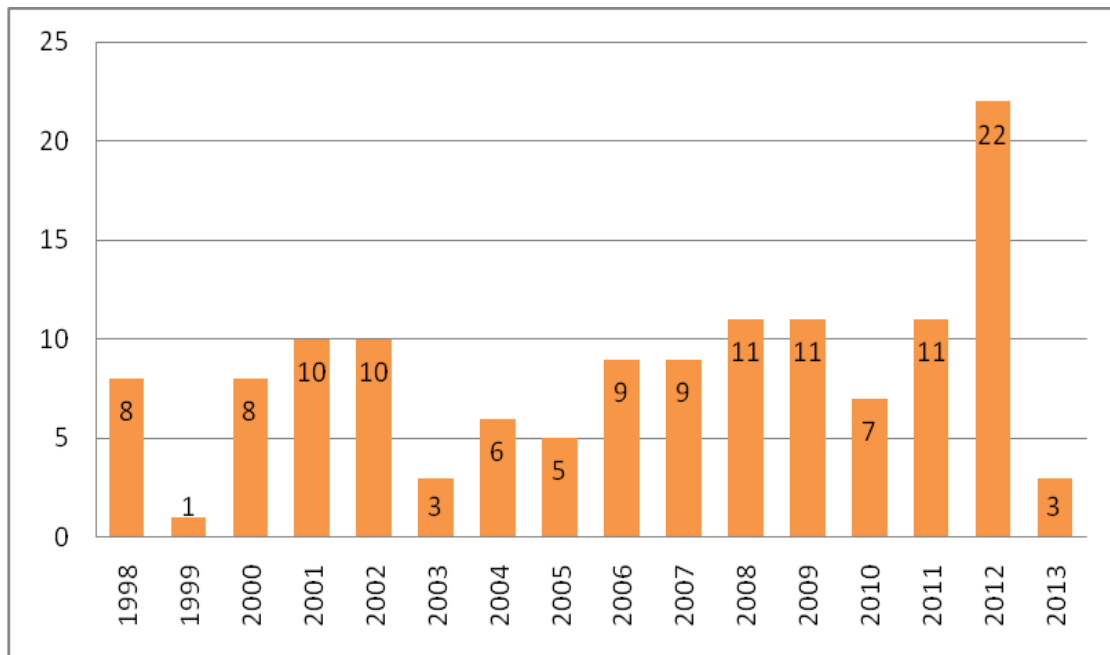
	Adquirida	Congénita
Física	39	6
Psíquica	8	1
Sensorial	28	7
Intelectual	7	4

✓ **APARICIÓN DE TUMOR O CÁNCER EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS**

El siguiente gráfico refleja el número total de casos de tumores o cáncer referidos por la población encuestada en los últimos 15 años.

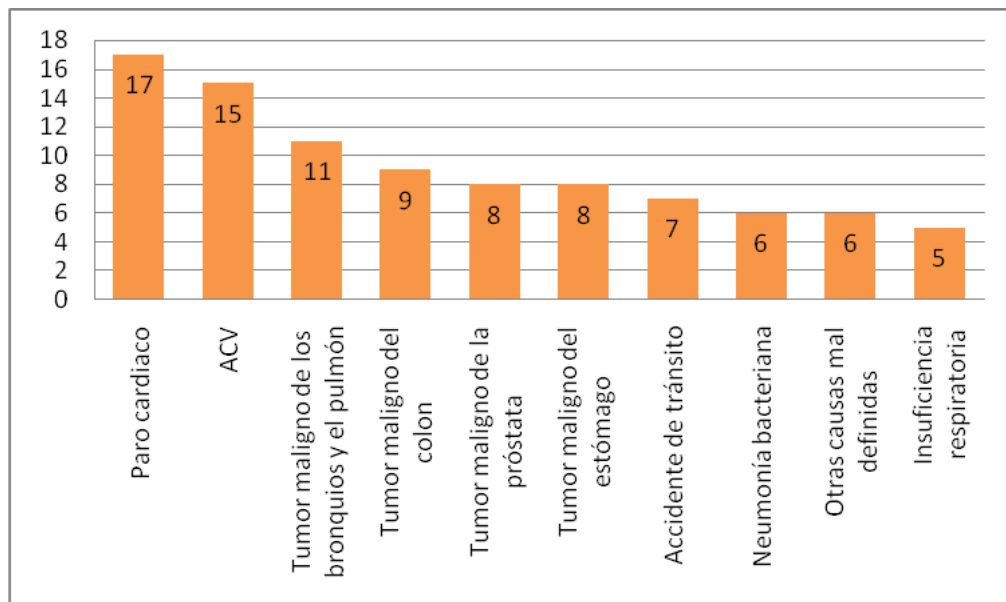


También se puede observar el número absoluto de tumores/cáncer por año de diagnóstico

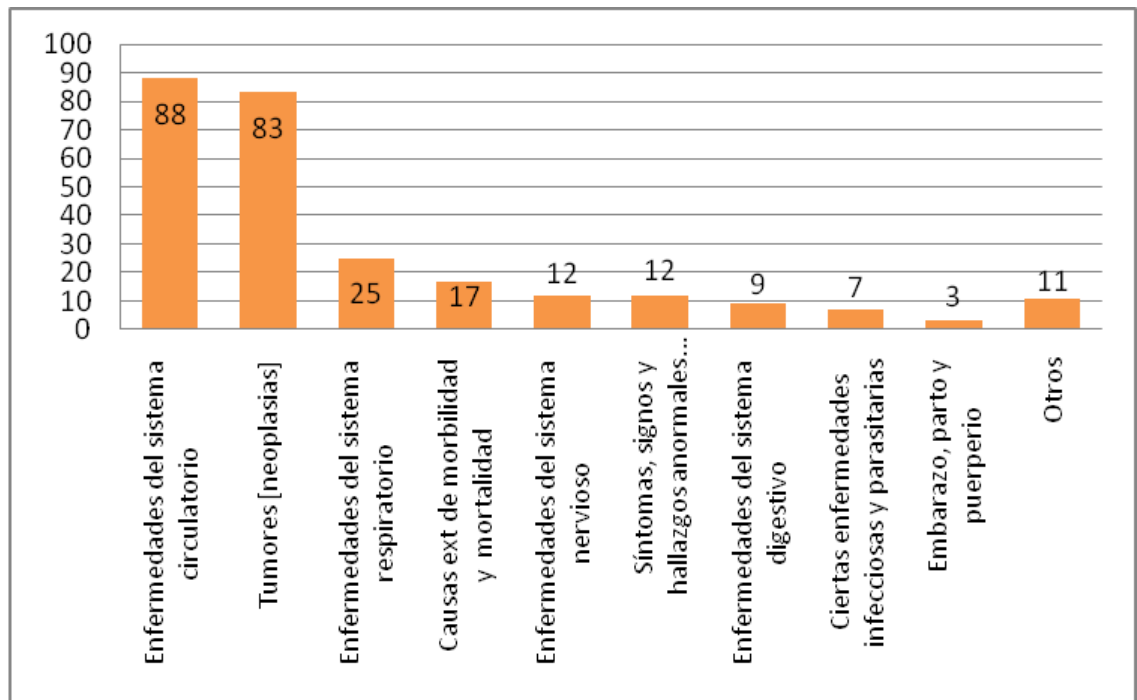


✓ **CAUSAS DE FALLECIMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS**

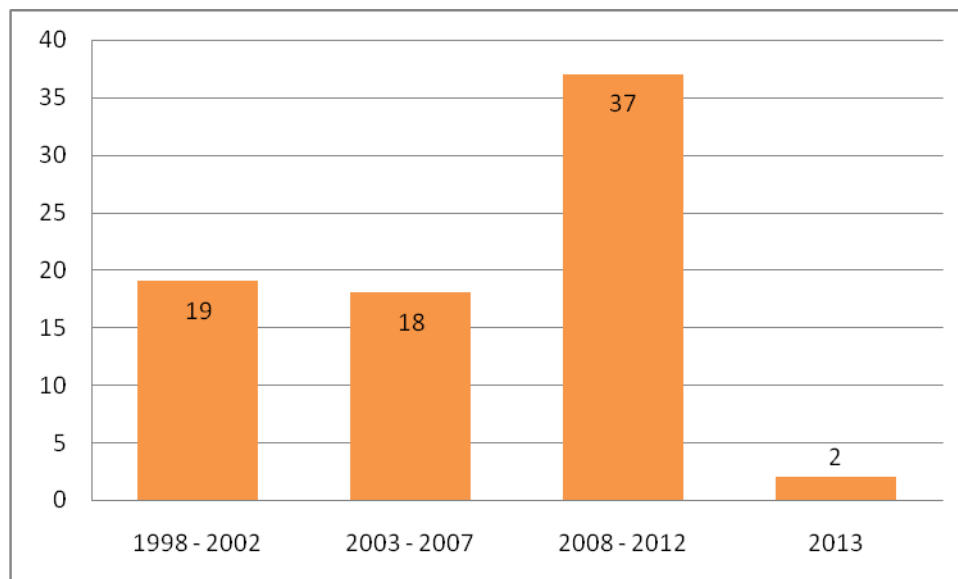
Dentro de las causas de fallecimiento, las 10 más frecuentemente referidas son



Si agrupamos al total de fallecimientos utilizando los capítulos del CIE-10, las diez causas más frecuentes son las siguientes



✓ **PÉRDIDA DE EMBARAZOS EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS**



Se observa que en el periodo 2008 – 2012 se refieren la misma cantidad de embarazos perdidos que en los dos periodos anteriores juntos.

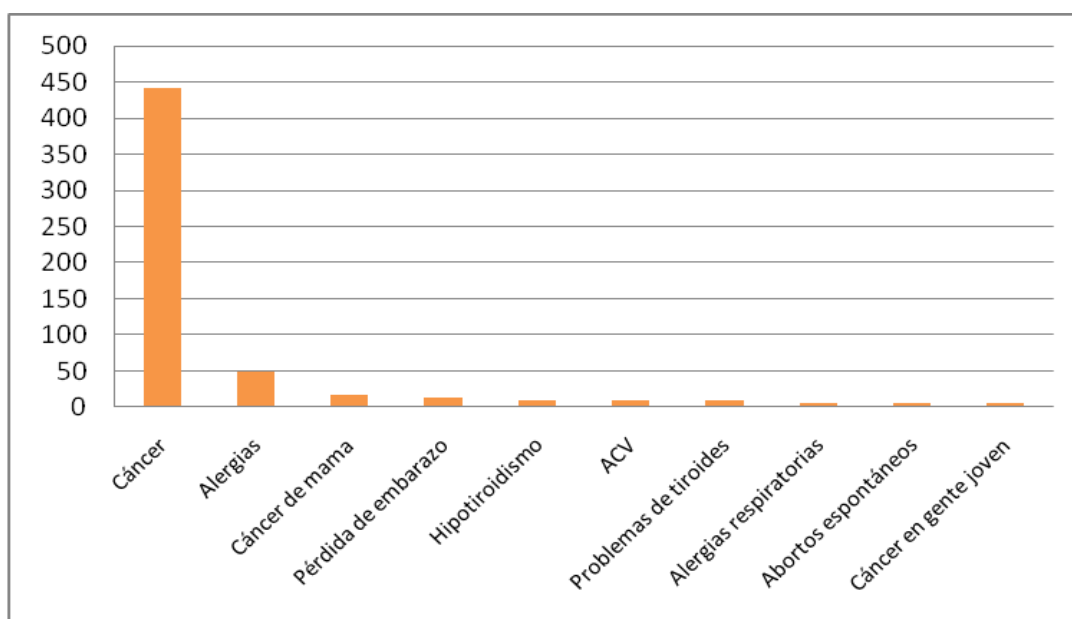
✓ **CANTIDAD DE HABITANTES QUE NACIERON CON ALGUNA PATOLOGÍA**

Se hace la aclaración que un mismo individuo puede presentar más de una

Bajo peso	67
Pre-término	69
Con malformaciones	19
Con otro problema de salud	31

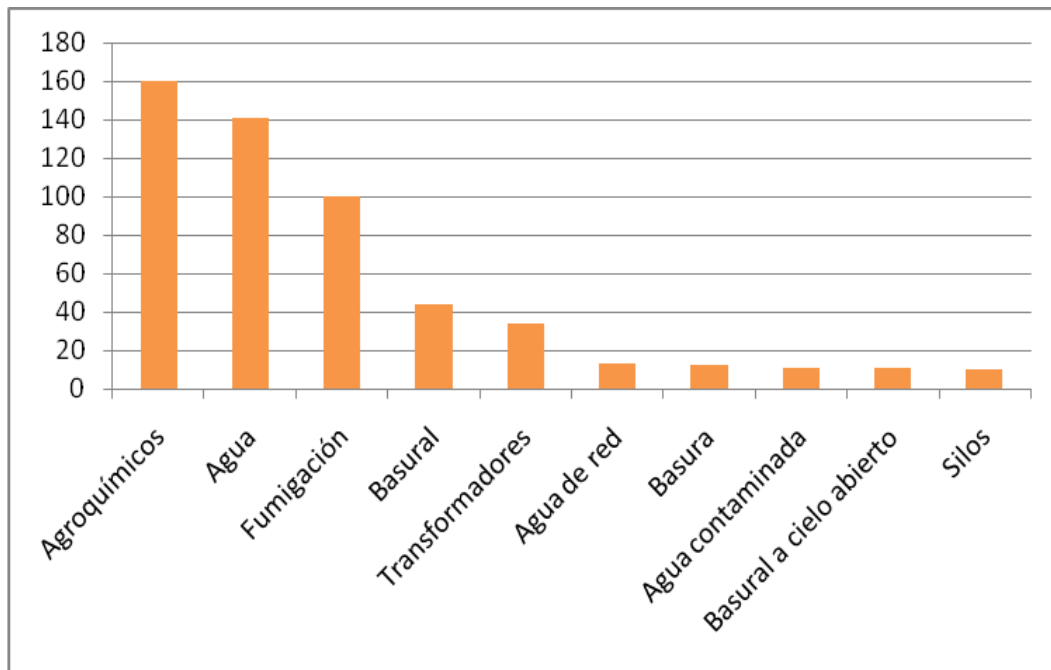
✓ **PROBLEMAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD REFERIDOS POR LA POBLACIÓN**

Mencionamos nuevamente aquí que el número total puede ser mayor al 100% de la población encuestada, dado que cada persona puede referir más de un problema de salud.



✓ **FUENTES DE CONTAMINACIÓN REFERIDO POR LA POBLACIÓN**

Igualmente válida para este resultado es la aclaración realizada anteriormente en cuanto a los problemas de salud referidos.



✓ **CERCANÍA DE LA VIVIENDA AL CAMPO MÁS CERCANO REFERIDA POR LA POBLACIÓN**

Menos de 500 metros	662 Grupos Familiares
Entre 500 y 1000 metros	269 Grupos Familiares
Más de 1000 metros	143 Grupos Familiares

✓ **CERCANÍA DE LA VIVIENDA AL CAMPO MÁS CERCANO SEGÚN PLANO**

Cada estudiante al momento de realizar el relevamiento cuenta con un plano de la localidad entre otros elementos, que le permite verificar con exactitud la cercanía del hogar encuestado al campo más cercano al mismo.

Menos de 500metros	858 Grupos Familiares
Entre 500 y 1000 metros	189 Grupos Familiares
Más de 1000 metros	27 Grupos Familiares

✓ **DONACIÓN DE SANGRE**

Se preguntó a la comunidad ¿cuándo fue la última vez que donó sangre? Con el fin de concientizar sobre la importancia de este hecho, que practicado de forma voluntaria y periódicamente genera hábitos saludables.

Menos de un mes	12
Entre un mes y menos de seis meses	44
Entre seis meses y menos de un año	61
Un año o más	835
Nunca donó	1531
Menores de 18 años/ Ns/Nc	705

CONCLUSIONES

La morbimortalidad de la localidad (rural y urbana) no sólo va a depender de la distribución geográfica de la población, sino de la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, que en este panorama se halla representado por la congruencia de los sistemas público y privado, a mayor predominio del segundo y por el traslado de la población para atender sus problemas de salud en otras localidades, así como de las condiciones sanitarias de población, (que en esta localidad muestran acceso a condiciones de saneamiento adecuados), lo que también incluye tener en cuenta las condiciones geográficas, ambientales y los modelos productivos instalados en las localidades donde desarrollan sus actividades los grupos humanos.

A partir del trabajo realizado en la localidad de Bigand, podemos inferir que las patologías crónicas más referidas por la población son: hipertensión arterial, patología tiroidea, dislipemias, diabetes, enfermedades cardiovasculares, artrosis, entre otras. A su vez, las causas de fallecimiento referidas en orden de jerarquía son enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes cerebrovasculares, accidentes en vía pública, diabetes, etc.

Podemos observar una relación entre las patologías crónicas y las causas de fallecimiento de la población por lo que desde acciones de promoción y prevención podemos generar cambios en el hábito de vida de la comunidad para tratar de disminuir esa relación y de esa manera mejorar la calidad de vida de los habitantes

El perfil de morbilidad tiene características que no difieren de las halladas en otros Campamentos Sanitarios realizados en localidades similares, con una fuerte presencia de problemas que, desde un modelo de análisis de los determinantes sociales de la salud, estarían vinculados con problemáticas socioambientales.

La prevalencia de diabetes e hipotiroidismo, en el mundo han aumentado significativamente en las últimas décadas, y se estima que para el 2030 el 4.4% de la población mundial sufrirá como trastorno metabólico, diabetes. Este hecho tendrá graves consecuencias en los programas de salud pública, ya que ocupará una parte importante de los recursos. Los factores que están determinando este rápido incremento, específicamente, diabetes no son todavía en su totalidad, bien conocidos, pero los hallazgos científicos prevenibles, fomentarían que el desarrollo económico de zonas rurales controlen bajo acciones ecológicas, la promoción y prevención en salud.

La evolución de Diabetes tipo II, podría estar asociada a la exposición a pesticidas (Compuestos Orgánicos Persistentes, COPs), que ingeridos a través de los alimentos, el aire o el agua, independientemente de su sexo, edad o masa corporal, tienden a acumularse en la grasa del cuerpo humano, y podrían ser una de las causas por las cuales las personas obesas tienen más posibilidades de desarrollar diabetes

porque, al tener más cantidad de grasa, acumulan una mayor cantidad de COPs. El mismo análisis se traslada a trastornos tiroideos, a expensas de hipotiroidismo.

En un artículo publicado en la revista *Environmental Research*, se ha demostrado que las personas con mayores concentraciones del compuesto DDE, principal metabolito del plaguicida DDT, tienen cuatro veces más riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, con respecto a las que presentan niveles más bajos. Además, otro de los pesticidas que se hallaron en el tejido adiposo de los participantes en el estudio, β -HCH (beta-hexaclorociclohexano), presente en las formulaciones del plaguicida Lindano, también está relacionado con el aumento de riesgo de la enfermedad.

El envejecimiento de la población tiene profundas consecuencias sociales de toda índole, en especial para la salud. Uno de los retos más grandes consiste en desarrollar programas y acciones enfocadas a prevenir la enfermedad y la incapacidad, manteniendo simultáneamente la salud y la independencia de la población.

Que más del 90% de la comunidad viva a menos de 1000 metros de las áreas productivas que son fumigadas, y la presencia de patologías que son vinculadas a la exposición crónica y aguda a determinados tóxicos, utilizados en la producción agroindustrial de la región, ayuda a pensar que el panorama de salud de la localidad, no es ajeno a estas proximidades.

Si bien no se establecen con este estudio relaciones de causalidad, la lectura de los datos expuestos hace imprescindible una evaluación y un análisis multidisciplinario de elementos ambientales en el origen de la patología humana.

Las diferentes estrategias de vigilancia epidemiológica nos permiten conocer la situación de salud de la población y los sistemas de información son un insumo importante para la priorización de los problemas de salud, el diseño de políticas y la evaluación de las acciones.

Necesitamos seguir fortaleciendo los sistemas de vigilancia para que tengamos siempre información oportuna y de calidad para la toma de decisiones, para lo cual la vinculación de la Universidad Pública con las instituciones del Estado, como las comunas, escuelas, y con las organizaciones sociales en general, es de vital importancia.

En este sentido, el Campamento Sanitario de la Cohorte 20 del ciclo Práctica Final de la carrera de Medicina de la Facultad de Cs. Médicas de la UNR, en la localidad de Bigand, Pcia. de Santa Fe, fue posible gracias a la activa participación de las autoridades Municipales, así como de la comunidad en su conjunto, es un paso trascendente en la consolidación de las alianzas estratégicas que permitan consolidar

una red articuladora de acciones tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

Desde la Facultad de Cs. Médicas de la UNR, asumimos el compromiso de poner a disposición de las autoridades Municipales de Bigand, todos los medios con que se cuenten para elaborar y colaborar en la construcción e implementación de políticas públicas en las que, esas autoridades consideren pertinente nuestro aporte, para continuar fortaleciendo la Salud, entendida como el ejercicio del derecho a luchar por una vida digna y condición esencial para la libertad de los sujetos y los pueblos.

Este informe fue elaborado por el equipo de docentes tutores de la Práctica Final de la Carrera de Medicina y el Programa de Inteligencia Epidemiológica de la Secretaría de Extensión Universitaria de la Facultad de Cs. Médicas de la UNR, en base a los datos relevados por los estudiantes de la Cohorte 20 del Ciclo Práctica Final de la carrera de Medicina de la UNR, en el Campamento Sanitario realizado en la localidad de Bigand, durante los días 11 al 15 de Marzo del año 2013.