



**Facultad de Ciencias Médicas**  
Universidad Nacional de Rosario  
Argentina

# CAMPAMENTO SANITARIO SAN ANTONIO DE ARECO

2019



**Ciclo de Práctica Final. Cohorte 37.**  
**Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario**

**Municipio de San Antonio de Areco**  
**Intendente Francisco Durañona**

**Instituto de Salud Socioambiental**  
**Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario**  
**Director Damián Verzeñassi**

**Instituto del Conurbano**  
**Universidad Nacional de General Sarmiento**

**Vecinos y vecinas de San Antonio de Areco**

## INTRODUCCIÓN

# 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 Nº 36 de la Práctica Final de la FCM – UNR se llevó a cabo en la localidad de San Antonio de Areco, ubicada en el departamento homónimo de la Provincia de Buenos Aires, desde el 5 al 9 de junio 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 SAN ANTONIO DE ARECO**

San Antonio de Areco es el municipio cabecera del departamento homónimo, emplazado al noreste de la provincia de Buenos Aires, República Argentina.

Limita al sur con el partido de San A. de Giles, al este con Exaltación de la Cruz y Zárate, al norte con Baradero y al oeste con Capitán Sarmiento y Carmen de Areco, encontrándose a 113km de la iudad de Buenos Aires, capital nacional.

Presenta un población de 23.114 habitantes según el Censo Nacional 2010 (INDEC 2010)

La superficie de San Antonio de Areco es de 857,59 km<sup>2</sup>. Formada por seis cuarteles divididos en zona urbana y de quintas. Su zona urbana se dispone en forma de damero.

# RELEVAMIENTO SOCIOSANITARIO

## FUNDAMENTACIÓN

La descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no es independiente de quién y desde cuál posición describe y explica<sup>1</sup>. 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 individuales<sup>2</sup>.

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 epidemiológica<sup>3</sup>. 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 enfermedades<sup>4</sup>. 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 morbilidad<sup>5</sup>.

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 Estado<sup>6</sup>, 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 CONSTRUCCIÓN 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 relacionados a salud-enfermedad, así como utilización de los sistemas asistenciales<sup>7</sup>.

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 estas<sup>8</sup>. 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 países<sup>9</sup>.

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 radios<sup>11</sup>.

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 mortalidad<sup>10</sup>.

- 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 San Antonio de Areco, en la provincia de Buenos Aires para el año 2017.

Entre los objetivos específicos:

- Caracterizar a la población de San Antonio de Areco 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 (CPF) 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)

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 tres meses por los docentes del CPF. 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).

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.

## SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA

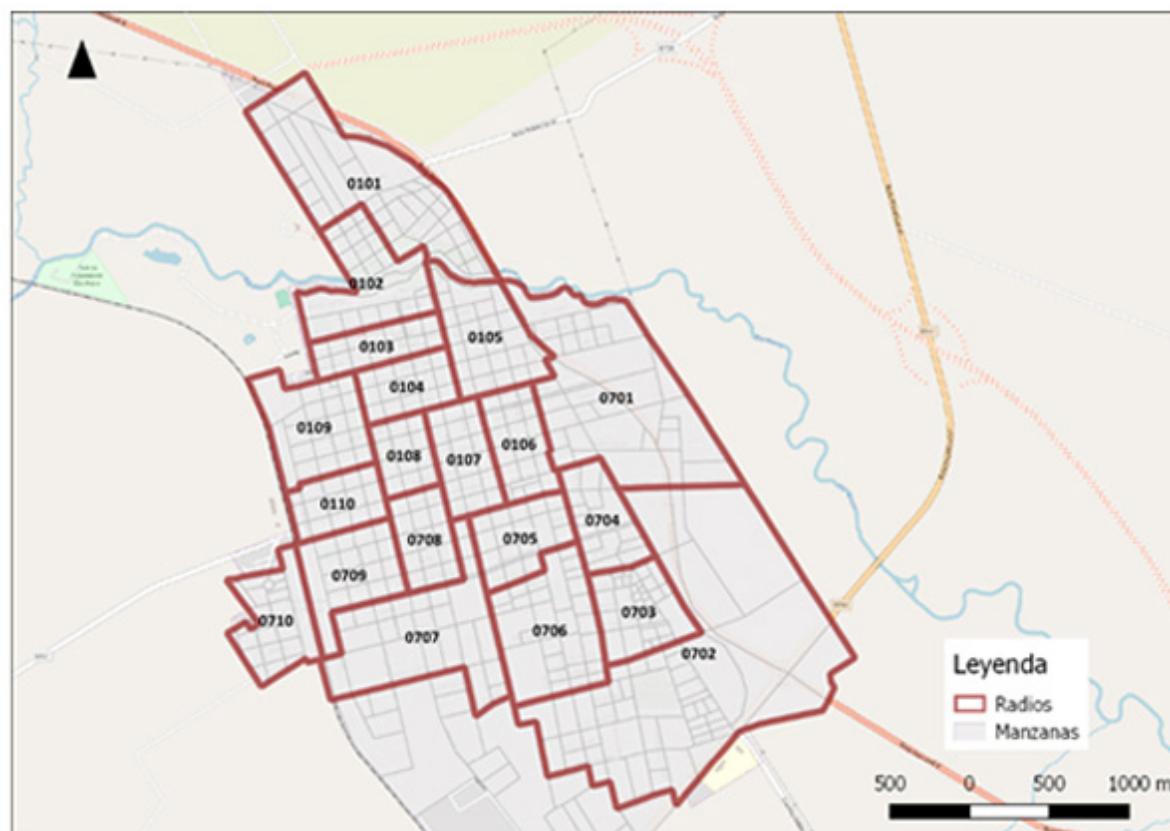
La localidad según el Censo 2010 cuenta con 8324 viviendas. El ejido urbano en 2017 según los mapas brindados por el Área de Planeamiento de San Antonio de Areco, sumado al reconocimiento en terreno arrojó un total de 409 manzanas.

Basados en el análisis de esta información, y teniendo el Código de Ordenamiento Territorial en vigencia, el área de ejido urbano incluida para el relevamiento socio-epidemiológico quedó constituida como indica el **mapa 1**.

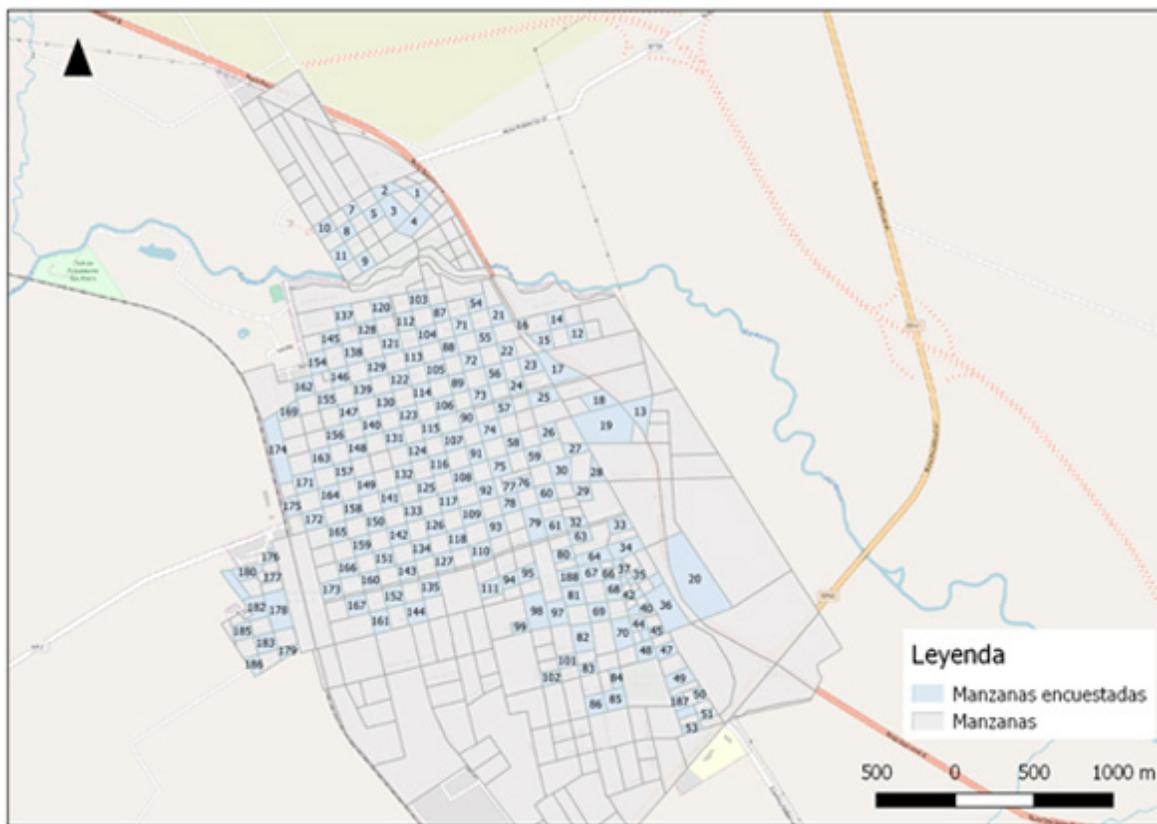
Habiendo definido un intervalo de confianza de 95%, la muestra debería estar constituida por 1864

viviendas. Esto implica relevar 1 de cada 4,5 viviendas (N/n muestra). Por cuestiones operativas (cantidad de encuestadores y dimensiones del territorio a cubrir), se definió una muestra de 183 manzanas sobre 357 con unidades habitacionales, garantizando una cobertura homogénea del territorio.

Así, la distribución de las manzanas incluidas en el muestreo son las que se pueden observar en el **mapa 2** en una distribución de tipo damero. En estas manzanas se trabajó con 1 de cada 2 unidades habitacionales consideradas por los encuestadores como habitadas, respetando así el objetivo de 1 de cada 4 unidades habitacionales.



Mapa 1. Área incluida en el relevamiento sociosanitario



Mapa 2. Manzanas incluida en el relevamiento sociosanitario

## 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>

# RESULTADOS DEL RELEVAMIENTO SOCIOSANITARIO

## CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Se pudieron relevar 1.489 (49%) viviendas de las 3.064 identificadas como inmuebles habitables por los estudiantes según la hoja de ruta. De las 1.575 (51%) viviendas que no fueron relevadas, 588 (19%) se negaron a participar de la encuesta, en 987 (32%) no atendieron al momento de las visitas. En el Mapa 3 se observa la relación de cobertura con respecto a los radios censales según el Censo 2010<sup>1</sup>.

La población incluida en este informe quedó constituida por **1.489 viviendas** y **4.639 habitantes** (2.421 mujeres y 2.218 varones), lo que representa el 20% de la población total tomando como referencia el Censo Poblacional 2.010.

El **promedio de habitantes por hogar** fue de 3,1. De acuerdo al tipo de hogar podemos señalar que fueron 103 (6,9%) hogares unipersonales; 667 hogares que contaban con entre 2 y 4 convivientes (44,8%); y 272 hogares (18,3%) con 5 o más convivientes.

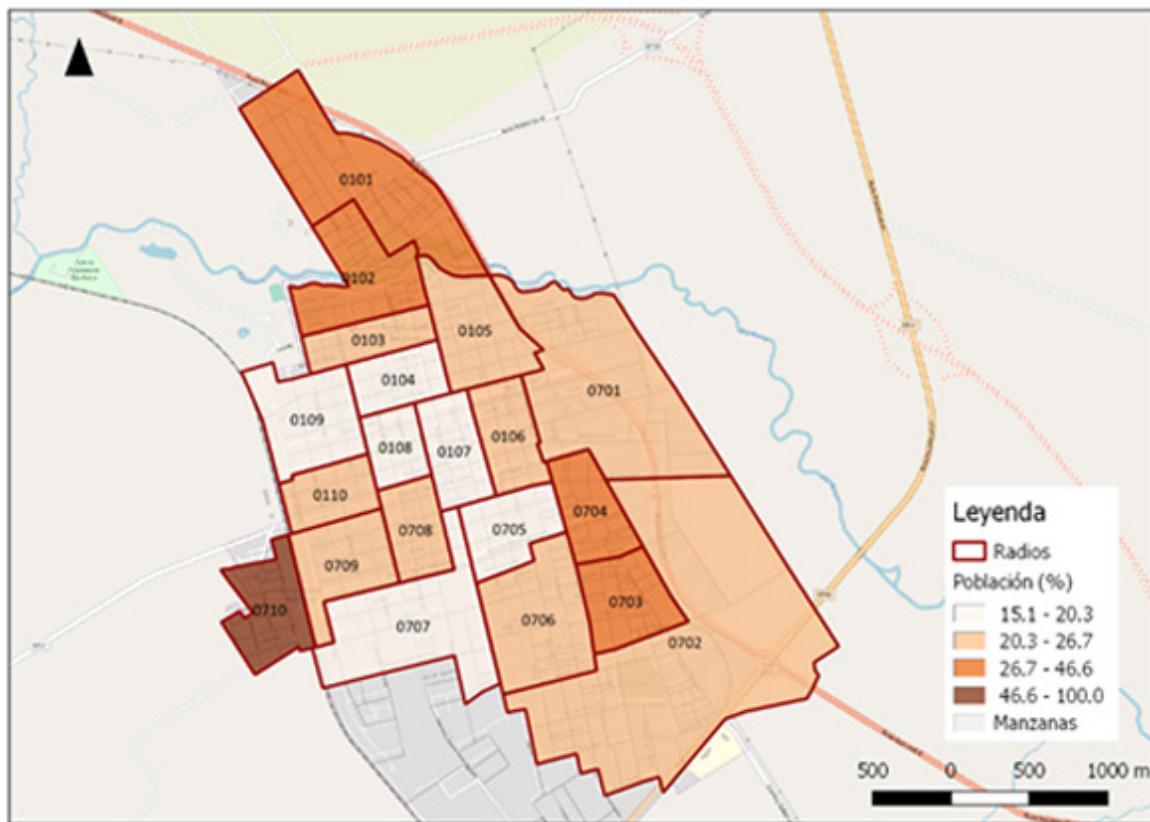
El **promedio de menores de 14 años por hogar** fue de 23% (0,72) y el de **mayores de 64 años por hogar** fue de 14,1% (0,47).

La **pirámide poblacional** quedó constituida como se muestra en la Figura 1. La proporción de varones y mujeres fue de 47,8% y 52,2% respectivamente. La pirámide se ensancha hacia la base, mostrando una tendencia decreciente en la natalidad.

La **mediana de edad** fue de 34 años. El **promedio de edad** de la población encuestada fue de 36, siendo de 35,1 para los varones y de 36,8 para las mujeres. El **índice de masculinidad** para esta población fue de 91,6.

Respecto a las viviendas incluidas en el relevamiento podemos señalar:

- 21 viviendas (1,4%) contaban con baño fuera de la vivienda



Mapa 3. Porcentaje relevado por radio censal

- 848 (57%) contaban con pozo ciego como método de eliminación de excretas.
- 4 contaban con piso de tierra (0,3%)

La **calidad de conexión a servicios básicos** que analiza la conexión a red pública de agua y desagüe cloacal. Fue satisfactoria en el 41,7% de las viviendas, básica en el 50,5% e insuficiente en el 7,8%. Se considera satisfactoria cuando las viviendas disponen de provisión de agua de red pública y desagüe cloacal; básicas 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<sup>2</sup>.

La **provisión de agua dentro de la vivienda** según lo mencionado por los encuestados corresponde en el 92,3% de las viviendas a la red pública, 7,3% de pozo, y 0,3% otra fuente. Cuando analizamos el **agua de consumo** (para beber y cocinar) observamos que el 74,5% de las viviendas utilizan el agua de la canilla que proviene de la red, y un 6,2% que proviene de pozo. En el 49,5% de las viviendas se consume agua embotellada. Sólo en el 1,1% de las viviendas consumen agua de canilla comunitaria.

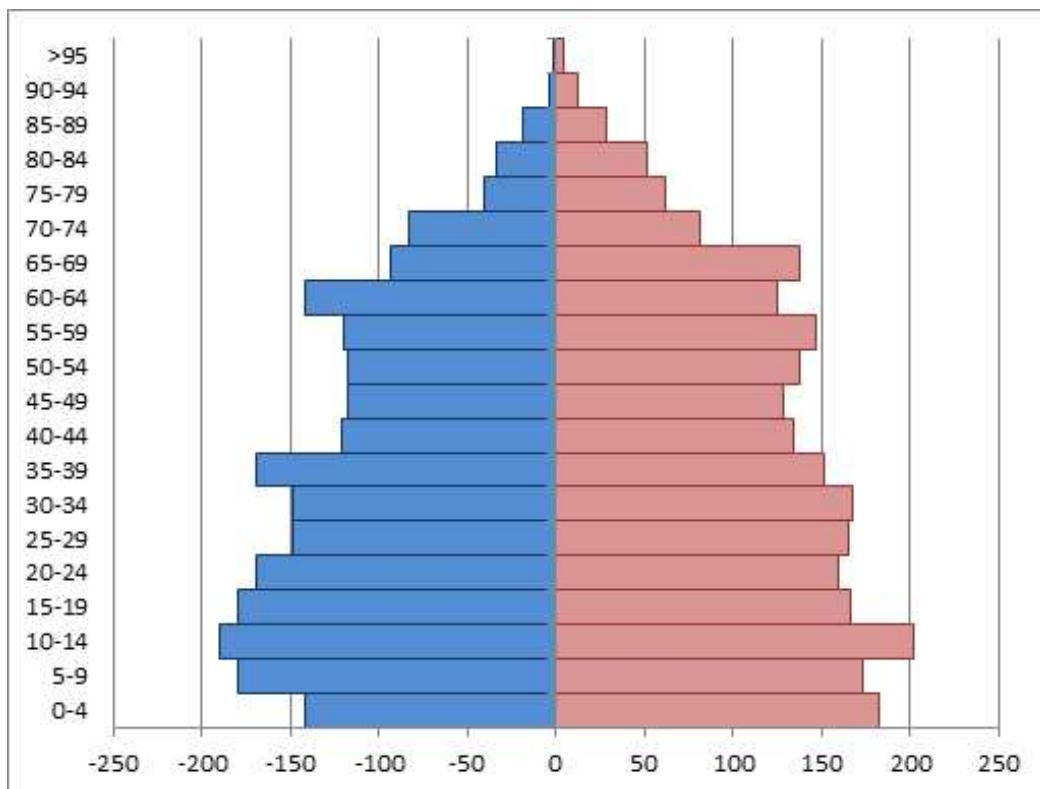


Figura 1. Pirámide poblacional

## ESCOLARIDAD. SITUACIÓN LABORAL. COBERTURA EN SALUD

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

- El 25,9% de la población se encontraba cursando dentro del sistema educativo formal.

- Un 20% alcanzó como su máxima escolaridad la primaria completa y un 17,1%, secundaria completa.
- Un 22,7% de la población tuvo la oportunidad de alcanzar algún grado de educación superior (998 personas).

- De ese subtotal, un 61% completó sus estudios terciarios o universitarios (13,5% de la población total).
- Hay 25 personas que nunca accedieron al sistema educativo formal, lo que representa un 0,6% de la población.

Escolaridad	Completa		En curso		Incompleta
<b>Preescolar</b>		135	3,1%		
<b>Primaria</b>	876	20%	443	10,1%	220 5%
<b>Secundaria</b>	750	17,1%	502	11,5%	408 9,3%
<b>Terciaria</b>	372	8,5%	101	2,3%	76 1,7%
<b>Universitaria</b>	238	5,4%	126	2,9%	85 1,9%
<b>Especial</b>	8	0,2%	11	0,3%	5 0,1%

Tabla 1. Nivel de escolaridad alcanzado

En cuanto a la **situación laboral**, el 78,1% 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 mayores de 60 años perciben una pensión o jubilación. En relación al sexo masculino, el 67,6% recibe jubilación o pensión.

El 77,7% de la población contaba con **obra social o prepaga**. Respecto a la distribución por sexos, en porcentajes acumulados, el 36,3% de los hombres y el 41,3% de las mujeres contaban con cobertura en salud

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 77,7% contaba con cobertura en salud, sólo un 22% acudía exclusivamente a efectores privados. Un 76,3% de los encuestados concurrían al subsistema público .

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 71,3% realizó una valoración satisfactoria con una puntuación de 6 o mayor, siendo el promedio de 6,9.

Un 63,8% de los hogares que usan el servicio público rescataron la atención recibida como el aspecto que más valoraban. Sin embargo, un 52,3% de la población que usa el servicio público señaló no estar conforme con los recursos de infraestructura y equipamiento.

Entre otros aspectos señalados como negativos se encuentran el “tiempo de espera” y “falta de turnos” (14%), y otras causas (18%).

El 46,2% de los grupos familiares entrevistados, refirieron realizar **consultas fuera de la localidad**. En 648 (24,2% de las consultas fuera de la localidad) viviendas refirieron concurrir a Capital Federal en caso de presentar algún problema de salud; 622 (23,2%) consultan en San Andrés de Giles; 546 (20,4%) en Pilar. Cabe remarcar que existen grupos familiares que se atienden hasta en cuatro ciudades diferentes.

De los hogares que reciben atención médica sólo en el subsistema público, un 28% recibe además atención

<b>Atención por grupo de convivientes</b>		
<b>Sólo público</b>	474	31,8%
<b>Sólo privado</b>	327	22%
<b>Mixto</b>	663	44,5%
<b>Sólo Afuera de la localidad</b>	23	1,5%

Tabla 2. Subsistema de atención por grupo de convivientes

en otra localidad. De los que reciben atención médica en el subsistema privado, un 56,9% recibe además atención en otra localidad, mientras que, de aquellos que se atienden tanto en el subsistema público como en el privado, el 51,9% se atienden fuera la localidad.

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.

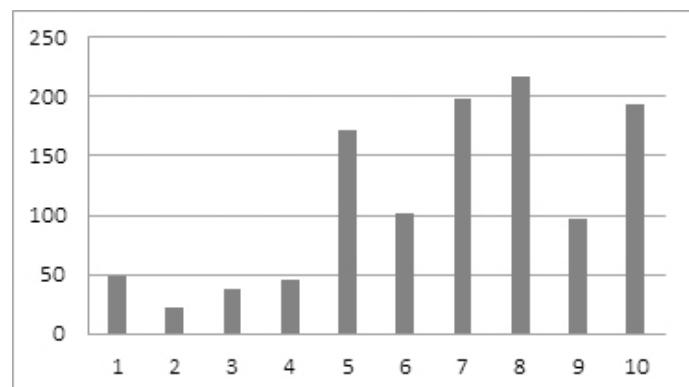
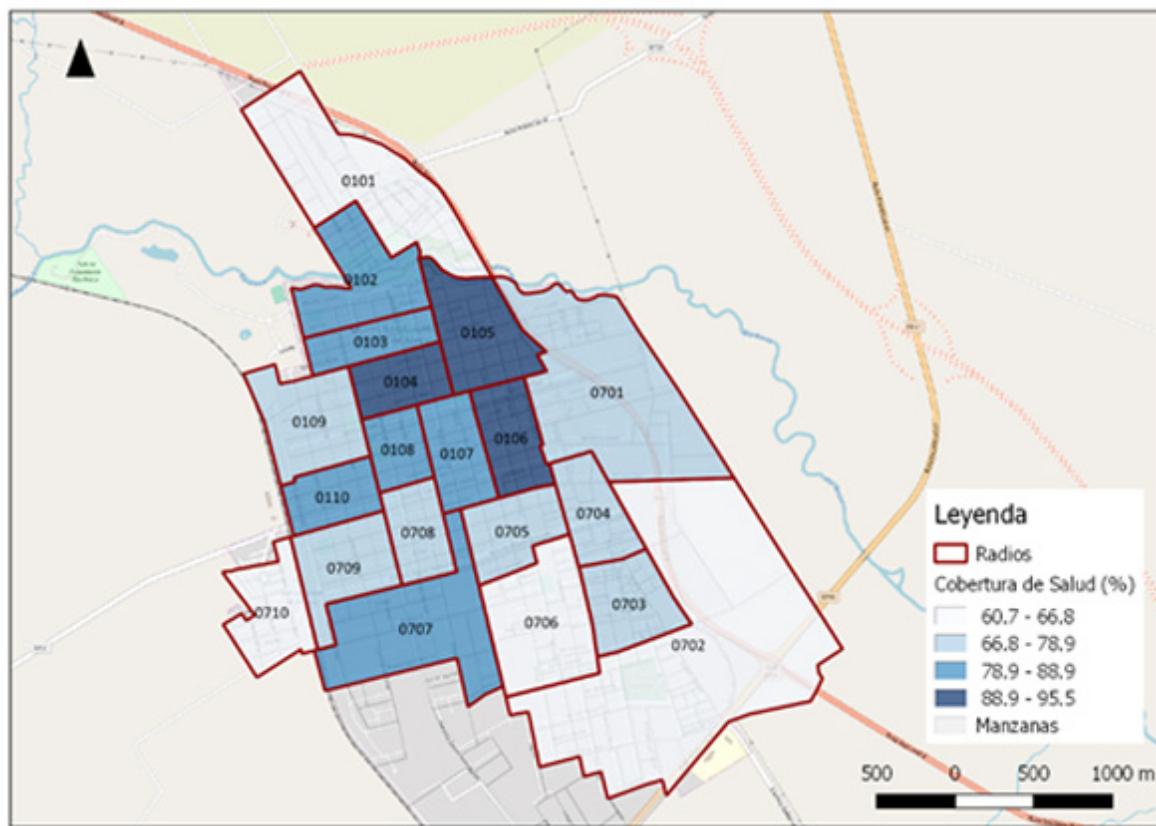


Figura 2. Distribución de las calificaciones de los usuarios del subsistema público



Mapa 2. Prcentaje de población con cobertura de salud por radio censal

## 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 enfermeda-

des agudas, a patologías crónicas de reciente diagnóstico o enfermedades crónicas que presentaron síntomas en el último año.

- 1.276 (27,5%) fueron las personas que refirieron haber presentado algún problema de salud en el último año, de las cuales 571 (45%) fueron varones y 705 (55%) mujeres.
- De estos, 1.010 (79%) personas refirieron haber padecido sólo un problema de salud en el último año. 266 (21%) 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, 98 años. La edad promedio es de 36,6 años.
- 253 de las personas que padecieron patologías agudas se encontraban en el rango etario de 0-9 años (19,8% del total de personas que padecieron algún problema de salud en el último año).

En la **Figura 3** se observa la frecuencia de patologías en el último año. **Infecciones agudas de las vías respiratorias** aparece como primer problema de salud referido en el último año, con una incidencia de 3,9 casos cada cien habitantes encuestados, seguida por otros cuadros respiratorios: **Faringitis aguda, rinofaringitis aguda, bronquitis, rinitis alérgica y vasomotora, estado asmático**. Las enfermedades infecciosas respiratorias presentan un gran coeficiente de transmisión, que explica su alta frecuencia.

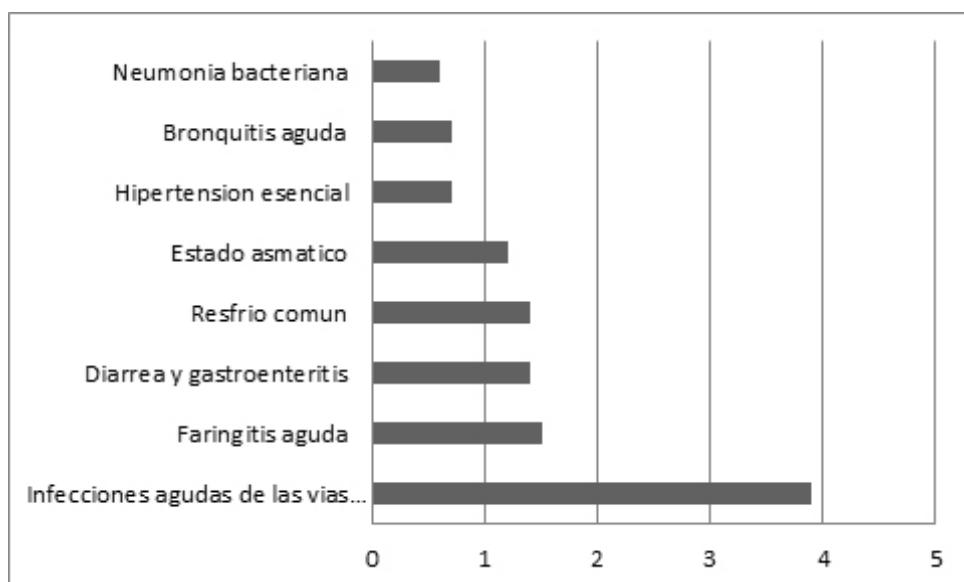


Figura 3. Problemas de salud en los últimos 12 meses. Tasa cada mil habitantes

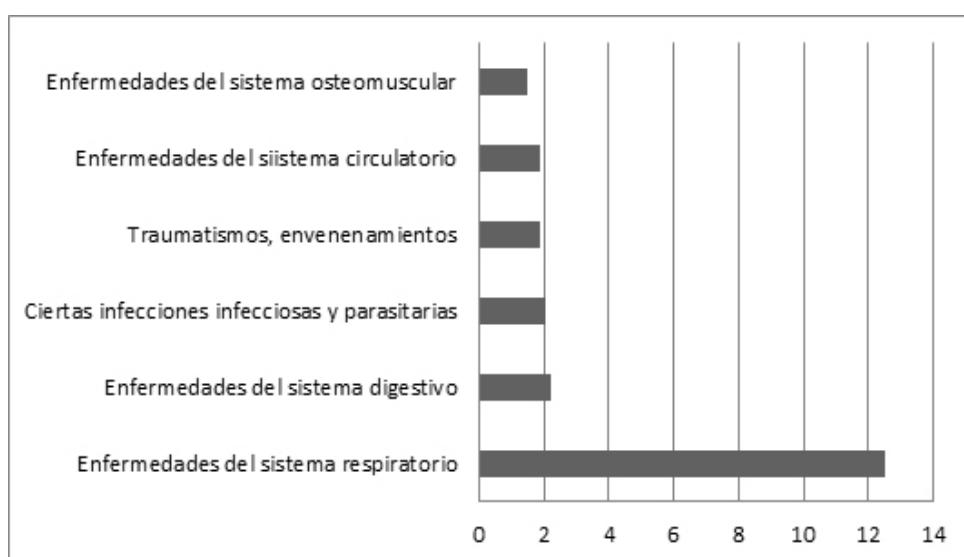
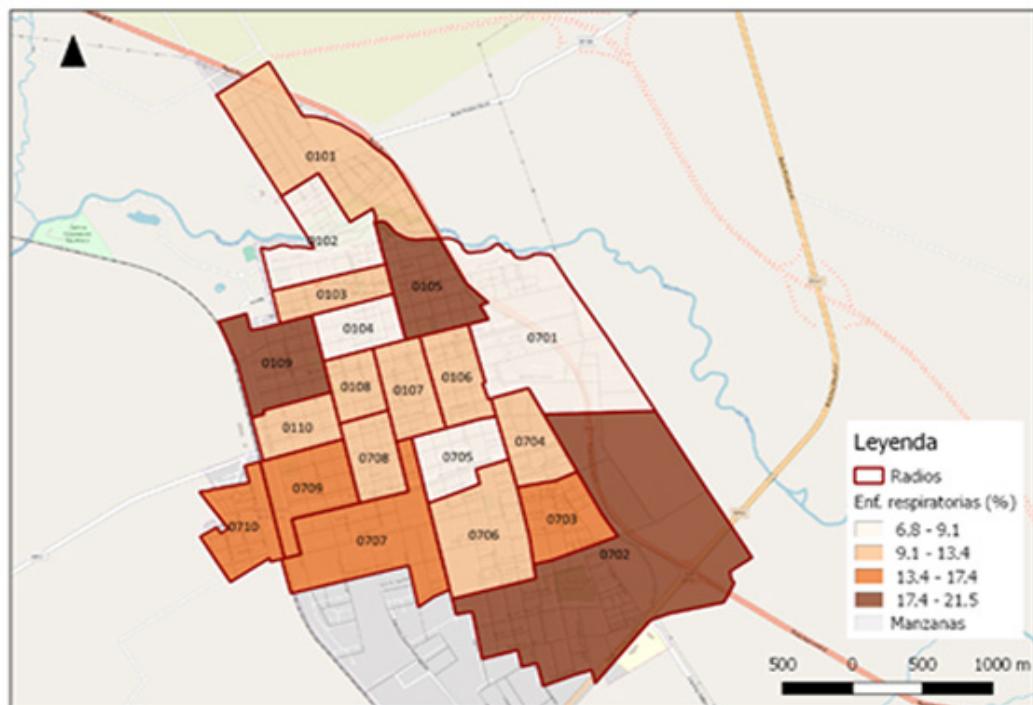


Figura 4. Problemas de salud en los últimos 12 meses agrupados según capítulos del CIE-10. Tasa cada mil habitantes

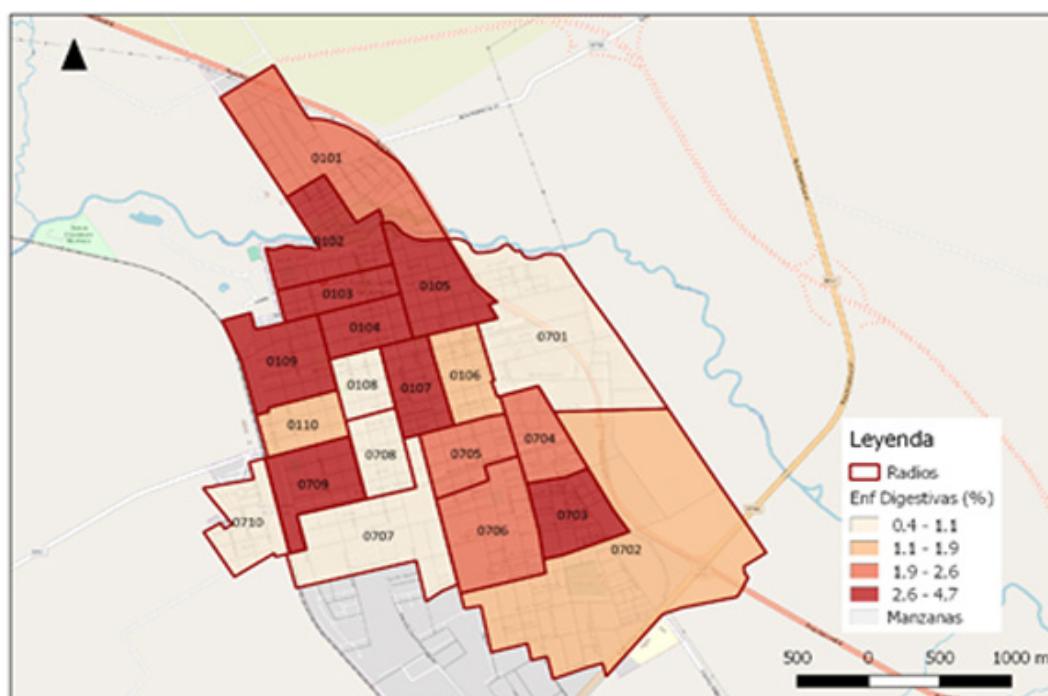
El **estado asmático**, con una frecuencia de 1,2 casos cada cien habitantes, hace referencia a reagudizaciones de asma crónico o broncoespasmos aislados en personas no reconocidas como asmáticas.

Las **diarreas y gastroenteritis** de presunto origen infeccioso se presentan en el tercer lugar en frecuencia 1,4 casos cada cien habitantes.

Dentro de los diez problemas de salud más frecuentes referidos por los encuestados, también encontramos la **hipertensión arterial esencial** con una frecuencia de 0,7 casos cada cien habitantes. Dentro de esa categoría se incluye tanto la hipertensión arterial de reciente diagnóstico, así como las emergencias y urgencias hipertensivas.



Mapa 3. Proporción de enfermedades respiratorias, por radio censal



Mapa 4. Proporción de enfermedades digestivas, por radio censal

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: 12,6 casos cada cien habitantes.

## PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS

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

- 1.220 personas (26,2% de la población incluida) refieren tener por lo menos un problema de salud crónico, siendo 517 varones (42,4%) y 703 mujeres (57,6%). 129 personas refirieron tener más de un problema de salud.
- La edad máxima fue de 100 años y la mínima de 1 año. El promedio de edad fue de 53,8 años; 54,6 para los hombres y 54 para las mujeres.
- En el rango de 19 a 65 años se encontró el mayor número de personas con patologías crónicas, representando 52,2% del total de las mismas (638 personas).

En la **Figura 5** podemos observar la frecuencia de patologías crónicas referidas sobre la población encuestada. La patología crónica referida más frecuentemente fue la **hipertensión arterial esencial (HTA)** que presenta una prevalencia de 7,3% entre la población relevada. En orden decreciente aparece el **hipotiroidismo (2,5%)**, **diabetes (DBT) no insulinodependiente** con una prevalencia de 2,1%. El **asma**, una tasa de prevalencia de 1,5. Los **trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias** presentan una tasa de prevalencia de 0,9%.

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. Entre los primeros problemas de salud más frecuentes, tres se encuentran

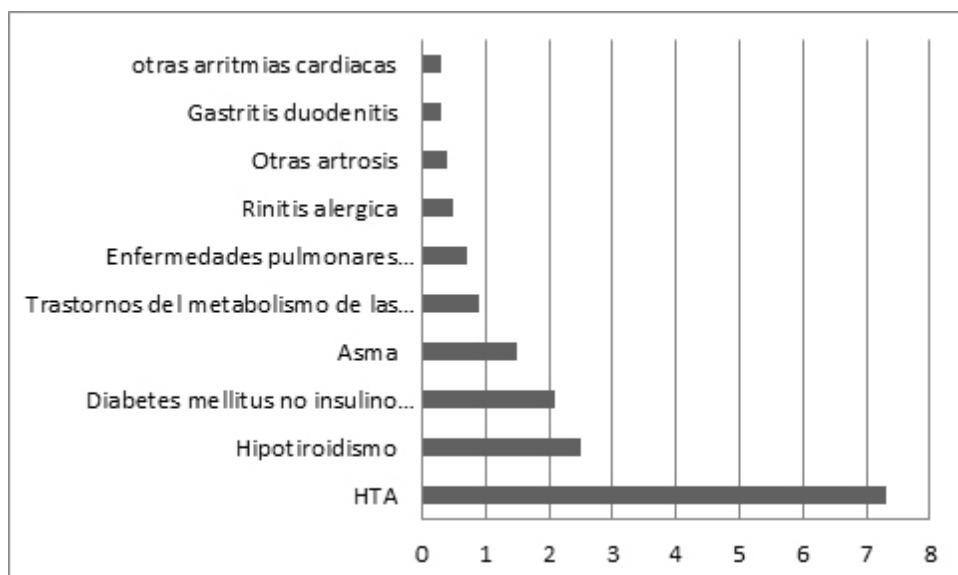


Figura 5. Problemas de salud diagnosticados hace más de 12 meses. Tasa cada cien habitantes

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, el sedentarismo, el consumo de tabaco, y el consumo de alcohol. A nivel mundial se estima que 6 de cada 10 muertes y el 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 cánceres<sup>5</sup>.

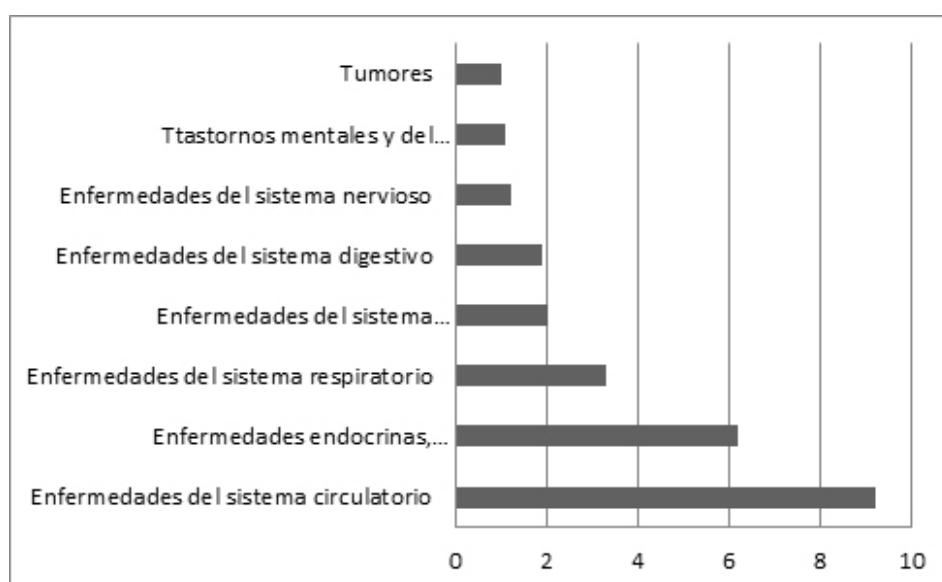
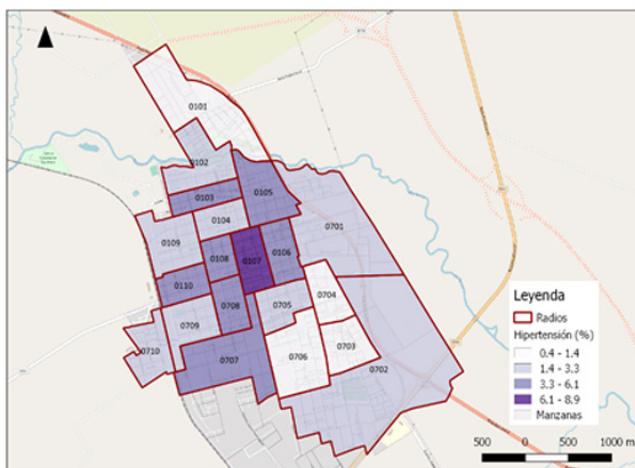


Figura 6. Problemas de salud diagnosticados hace más de 12 meses agrupados según capítulos del CIE-10. Tasa cada cien habitantes

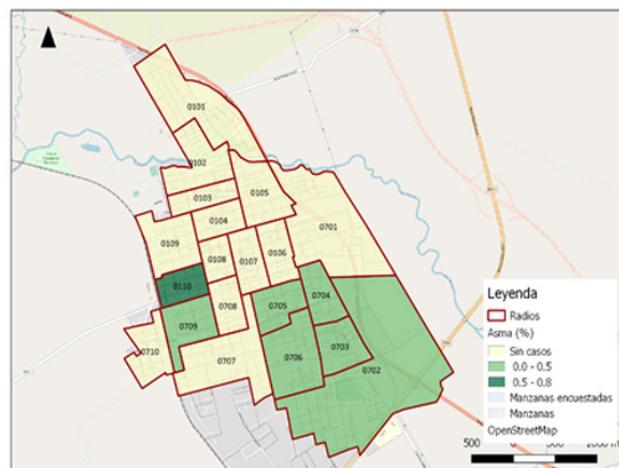
En relación al hipotiroidismo que aparece como segunda enfermedad de más de 12 meses de evolución referida por los habitantes, no existe en nuestro país información actualizada acerca de la tasa de prevalencia. Una de las interpretaciones es que esta patología no se encuentra incluida dentro de las Enfermedades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

El Asma, que se encuentra en cuarto lugar cuando se analiza la frecuencia de las enfermedades crónicas en

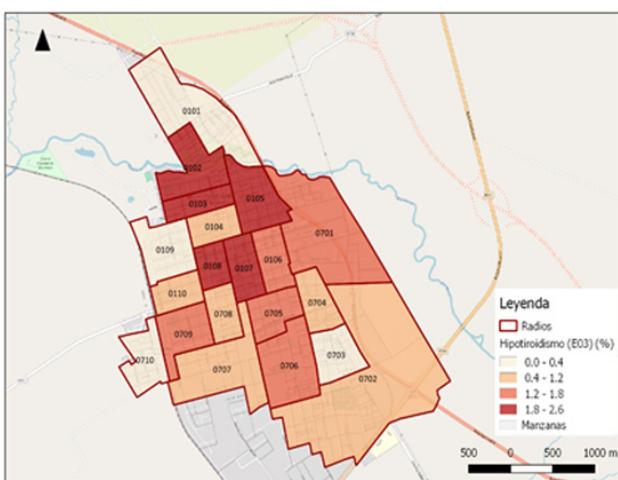
forma individual muestra una prevalencia 1,5%, por debajo de la prevalencia nacional (5,9%). Si analizamos la utilización de broncodilatadores (Salbutamol como monodroga o combinado con otros medicamentos) los cuales fueron referidos para el tratamiento del asma o bronquitis obstructivas la frecuencia asciende al 2,1%.



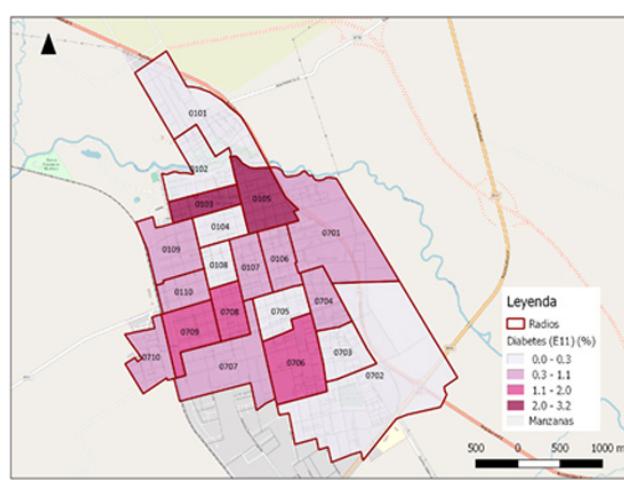
Mapa 5. Proporción de hipertensión esencial diagnosticada hace más de 12 meses, por radio censal



Mapa 7. Proporción de asma diagnosticado hace más de 12 meses, por radio censal



Mapa 6. Proporción de hipotiroidismo diagnosticado hace más de 12 meses, por radio censal



Mapa 8. Proporción de diabetes no insulinodependiente diagnosticado hace más de 12 meses, por radio censal

## CONSUMO DE FÁRMACOS

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

- 1.720 (37%) personas refirieron consumir algún fármaco. De ellas, 717 (45,7%) personas refirieron consumir sólo un fármaco. Una persona refirió consumo de 14 fármacos.
- La edad mínima fue menor a 1 año y la edad máxima, mayor de 100 años; con un promedio de 42,2 años. La mayor cantidad de personas que consumen algún fármaco se situaron entre los 65 y 69 años (511 personas, 15% del total de habitantes que consumen fármacos).

- De las personas que consumen algún fármaco, 1.023 (70%) correspondieron a mujeres y 697 a varones (30%).

En las **Figuras 7 y 8** observamos el consumo de fármacos por acción terapéutica y por monodroga respectivamente.

Al analizar el consumo de fármacos por monodroga, podemos observar que la droga más utilizada es la **levotiroxina**, la cual se emplea para la terapéutica de del hipotiroidismo principalmente.

En segundo lugar, en frecuencia decreciente, el **enalapril**, mayormente utilizado para el tratamiento de la hipertensión Arterial. En tercer lugar, el **ibuprofeno**

(analgésico) y en cuarto lugar la **metformina** (hipoglucemante oral) utilizado para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Al analizar el consumo de fármacos, agrupados por acción terapéutica, los **anti-hipertensivos**, se ubican como los de mayor utilización (19%), seguidos por la **terapéutica tiroidea** (8%). Luego los **analgésicos** (7,2%), **ansiolíticos** (6,2%) **hipocolesterolemiantes** (5,9%), **normoglucemiantes** (5,4%).

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

bólicas como hipolipemiantes, y normoglucemiantes orales. 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, y su acción terapéutica, es relevante respecto a la frecuencia de uso, ya que no existen registros sobre prevalencia de hipotiroidismo en la región.

El grupo de los fármacos analgésicos aparecen en el cuarto lugar de mayor frecuencia de consumo. Son fármacos que coinciden con el uso para algunos de los problemas de salud mencionados dentro de los

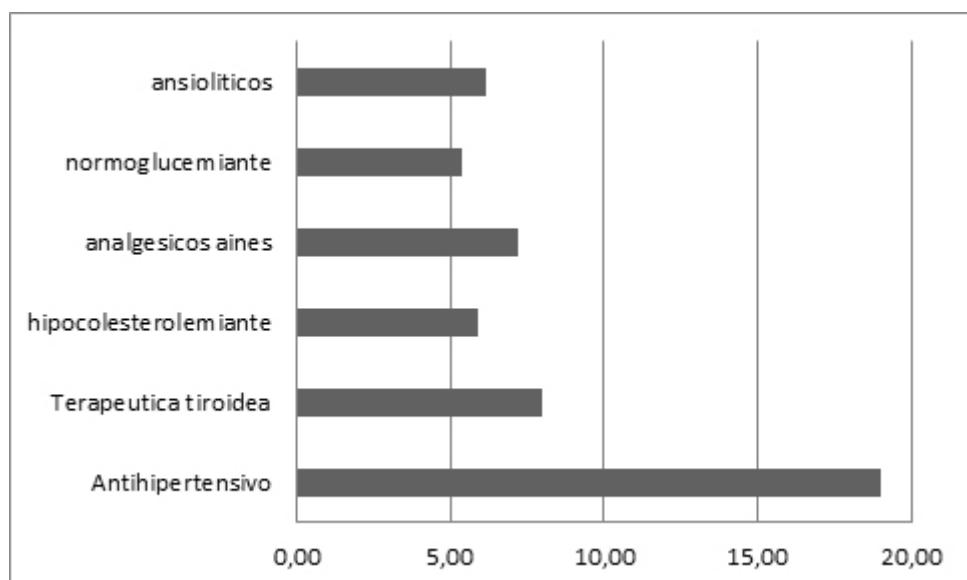


Figura 7. Frecuencia de consumo de fármacos agrupados por acción expresado en porcentaje

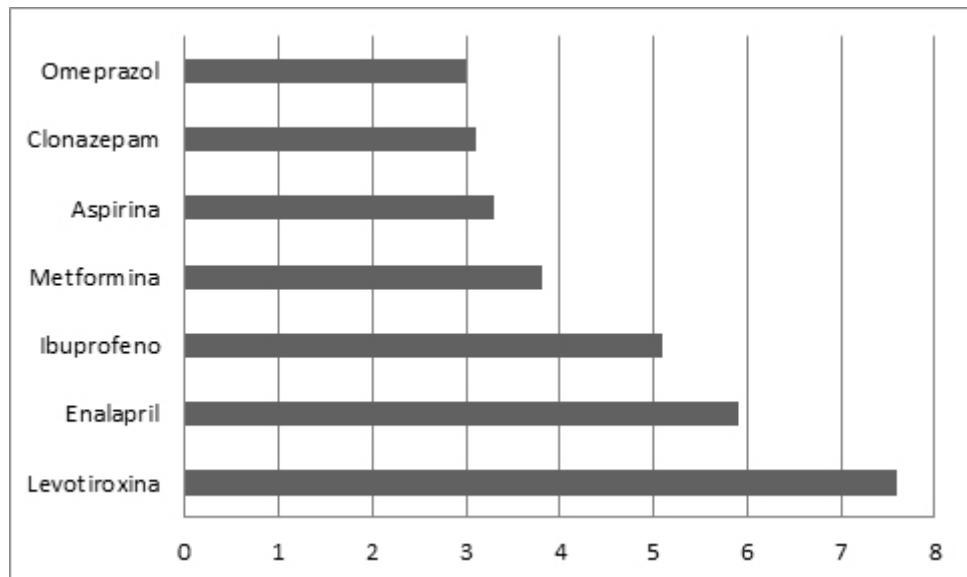


Figura 8. Frecuencia de consumo de fármacos (monodroga) expresada en porcentaje

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 y su aumento en las últimas décadas a nivel mundial y regional ha sido motivo de estudio y de de-

bate 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 usaron alguna vez algún fármaco tranquilizante lo hizo sin prescripción médica<sup>6</sup>. Entre los encuestados de San Antonio de Areco solo tres personas refirieron tomar algún tipo de ansiolítico sin prescripción médica.

## CAUSAS DE FALLECIMIENTO

En la **Tablas 3 y 4** se presentan las principales causas de muerte referidas por los encuestados de en los últimos 15 años diferenciadas por sexo y agrupadas cada cinco años.

Evaluando por quinquenio el promedio de edad al deceso para los varones fue de 61 años (2003-2007) 60 años (2008-2012) y 65 años (2013-2017). Para las mujeres fue de 65 años (2003-2007) 74 años (2008-2012) y 77 años (2013-2017). 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 la población femenina (**Tabla 3**), la principal causa de muerte en el **quinquenio 2.003-2.007** lo constituyen los Tumores (neoplasias) (31,58 cada 100 defunciones). Con una frecuencia menor aparecen las Enfermedades del Sistema Circulatorio (18,42 cada 100 defunciones). En tercer lugar, Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (11,1 cada 100 defunciones); esta categoría se incluyen las causas de muerte mal definidas o desconocidas por el encuestado.

En el **quinquenio 2.008-2.012**, las defunciones debidas a causas tumorales continúan siendo las de mayor

CAUSA DE FALLECIMIENTO EN MUJERES	2003-2007		2008-2012		2013-2017	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1	2,63	1	1,85		
Trastornos mentales y del comportamiento	2	5,26	0	0	1	1,3
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.	3	7,89	0	0	0	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	2	5,26	0		2	2,6
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0	0	0	0	5	6,49
Enfermedades del sistema nervioso	0	0	5	9,26	1	1,30
Traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causas externas	0	0	4	7,41	2	2,60
Enfermedades del sistema digestivo	3	7,89	2	3,7	3	3,90
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	5,26	2	3,7	4	5,19
Enfermedades del aparato respiratorio	3	7,89	2	3,7	9	11,69
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	5	13,16	6	11,1	10	12,99
Enfermedades del sistema circulatorio	7	18,42	13	24,07	16	20,78
Tumores [neoplasias]	12	31,58	16	29,63	23	29.87
<b>TOTAL FEM</b>	<b>38</b>		<b>54</b>		<b>77</b>	

Tabla 3. Causas de fallecimiento en población femenina por quinquenio. Frecuencia absoluta y tasa cada mil habitantes

CAUSA DE FALLECIMIENTO EN HOMBRES	2003-2007	2008-2012	2013-2017
Enfermedades del sistema genitourinario	1	1,45	2
Enfermedades del sistema digestivo	2	2,9	0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1	1,45	2
Enfermedades del sistema nervioso	2	2,9	1
Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas de morbilidad	2	2,9	1
Enfermedades endocrinas y nutricionales	2	2,9	2
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0	0	3
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3	4,35	4
Enfermedades del sistema respiratorio	9	13,04	3
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	4	5,8	9
Enfermedades del sistema circulatorio	20	28,9	20
Tumores [neoplasias]	23	33,3	26
<b>TOTAL MASC</b>	<b>69</b>	<b>73</b>	<b>78</b>

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

frecuencia (29,63 cada 100 defunciones), en segundo lugar se encuentran las muertes atribuidas al sistema cardiovascular (24,07 cada 100 defunciones). En tercer lugar, Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (12,9 cada 100 defunciones).

En el último **quinquenio (2.013-2.017)**, no se observa variabilidad en las principales causas de muerte siendo las tumorales, seguidas por las enfermedades del aparato circulatorio y síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, con un porcentaje de 29,87%, 20,78% y 12,9% respectivamente.

Durante el **quinquenio 2.003-2.007**, para los hombres, la principal causa de defunción la constituyen los tumores (33,3 %). Las defunciones debidas a En-

fermedades del sistema circulatorio, son las que siguen en frecuencia (28,9%), seguidas de causas extremas de morbilidad y mortalidad, no clasificados en otra parte (5,8%).

En el **quinquenio 2.008-2.012**, las defunciones por causas tumorales se posicionan como la principal causa de muerte (35,65%), seguidas por las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio (27,4), y las causas externas de morbilidad y mortalidad (12,33).

En el último **quinquenio (2.013-2.017)**, no se observa variabilidad en las principales causas de muerte siendo las tumorales, seguidas por las enfermedades del aparato circulatorio y síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, con un porcentaje de 32,05%, 21,79% y 10,26% respectivamente.

## NEOPLASIAS

En las **Tablas 5 y 6** se muestra la tasa de morbilidad por los diferentes tumores malignos por quinquenios para hombres y mujeres, respectivamente.

En los últimos 15 años el promedio de edad de diagnóstico de tumores malignos para los varones fue de 62 años y para las mujeres fue de 60 años. El rango etario en el que se registró la mayor cantidad de estos tumores de acuerdo a la edad de diagnóstico es de 56 a 66 años para varones, y de 40 a 49 para mujeres.

Considerando la población masculina en el **período**

**2.003-2.007**, el tumor que presentó mayor tasa de incidencia fue el tumor maligno bronquios y pulmón (57,42 casos cada cien mil hombres), seguido por el tumor maligno de colon (45,93 casos cada cien mil hombres) y el tumor maligno de próstata (45,93)

En el **período 2.008-2.012 y 2.013-2.017**, los tres tipos de tumores mencionados continúan siendo los más frecuentes. Las tasas de morbilidad para el tumor maligno de los bronquios y el pulmón es de 83,54 y 37,99 casos cada cien mil hombres respectivamente. Para el tumor maligno de colon 62,66 y 37,99 casos

cada cien mil hombres. Y para el tumor maligno de próstata 52,21 y 28,5 casos cada cien mil hombres.

Respecto a la población femenina, el tumor maligno de la mama es el que presenta la mayor tasa de morbilidad considerando los tres períodos en conjunto.

Entre los años **2.003-2.007** se registraron 21,6 casos cada cien mil mujeres, que ascienden a 96,18 en el **2.008-2.012**. En los últimos cinco años se observa un incremento alcanzando 130,87 casos cada cien mil mujeres.

MASCULINO		2003-2007		2008-2012		2013-2017
TUMOR MALIGNO DE BRONQUIOS Y PULMON (C34)	5	57,42	8	83,54	4	37,99
TUMOR MALIGNO DEL COLON (C18)	4	45,93	6	62,66	4	37,99
TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA (C61)	4	45,93	5	52,21	3	28,5
TUMORMALIGNO DEL ENCEFALO (C71)	2	22,97	2	20,89	3	28,5
TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO (C16)	2	22,97	4	41,77	1	9,5
TUMAR MALIGNO DE LARINGE (C32)	2	22,97	3	31,33	1	9,5
TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS (C25)	1	11,48	2	20,89	2	19
TUMERO MALIGNO DE LA VEGIGA URINARIA (C67)	1	11,48	1	10,44	3	28,5
TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO (C15)	0	0	3	31,33	0	0
TUMOR MALIGNO DEL HIGADO Y DE LAS VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS (C22)	1	11,48	0	0	2	19
LINFOMA NO HODKIN DE OTRO TIPO Y EL NO ESPECIFICADO (C85)	1	11,48	1	10,44	1	9,5
TUMOR MALIGNO DEL RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL (C64)	1	11,48	0	0	2	19
OTROS TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (C44)	0	0	0	0	2	19
MELANOMAMAILGNO DE LA PIEL (C43)	0	0	0	0	1	9,5
TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS (C80)	1	11,48	0	0	0	0
TUMOR MALIGNO DE LA VESICULA BILIAR (C23)	1	11,48	0	0	0	0
LEUCEMIA LINFOIDE (C91)	1	11,48	0	0	0	0
TUMOR MALIGNO DEL RECTO (C20)	1	11,48	0	0	0	0
TUMOR MALIGNO DE PROSTATA (C61)	0	0	1	10,44	0	0
LEUCEMIA DE CELULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO (C95)	0	0	1	10,44	0	0
MIÉLOMA MULTIPLE Y TUMOR MALIGNO DE CELULAS PLASMÁTICAS (C90)	0	0	0	0	1	9,5
TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA BOCA (C06)	0	0	0	0	1	9,5
TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDE (C73)	0	0	0	0	1	9,5
TUMOR MALIGNO DE OTROS ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS (C63)	0	0	0	0	1	9,5
TUMOR MALIGNO DE LA NASOFARINGE (C11)	1	11,48	0	0	0	0
TUMOR MALIGNO DE OTROS SITIOS Y SITIOS MAL DEFINIDOS (C76)	1	11,48	0	0	0	0
MESOTELIOMA (C45)	0	0	0	0	1	9,5
TUMOR MALIGNO DE OTROS TEJIDOS CONJUNTIVOS Y TEJIDOS BLANOS (C49)	0	0	0	0	1	9,5
TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO (C62)	1	11,48	0	0	0	0
ENFERMEDAD DE HODGKIN (C41)	0	0	1	10,44	0	0
TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTÍLAGOS ARTICULARES DE LOS MIE. (C40)	0	0	0	0	1	9,5
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>355,9</b>	<b>38</b>	<b>396,8</b>	<b>36</b>	<b>342,0</b>

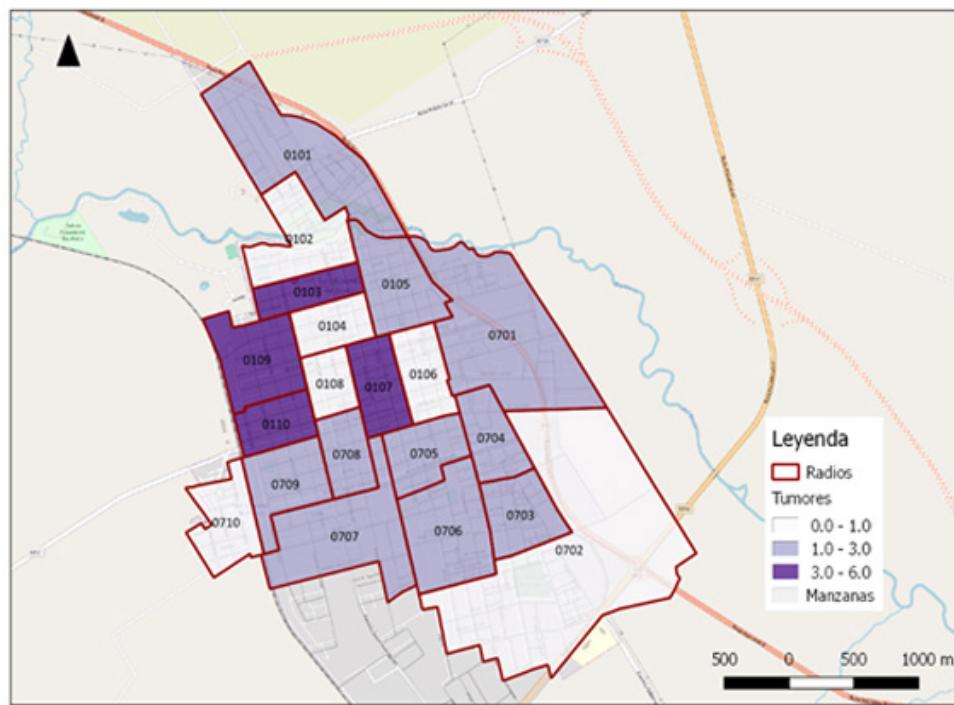
Tabla 5. Tumores malignos diagnosticados en hombres por quinquenio. Frecuencia absoluta y tasa cada cienmil habitantes

El segundo tumor con mayor incidencia acumulando los tres periodos, es el tumor maligno de colon, que muestra un descenso desde el primer al tercer quinquenio evaluados, siendo de 43,2 casos cada cien mil mujeres en el primer quinquenio, 19,24 para el segundo y 26,17 para el último.

Para el año 2.017 sólo se cuenta con información sobre los tumores diagnosticados en el primer semestre tanto para la población masculina como femenina, dado que el relevamiento fue realizado en junio de ese año.

FEMENINO	2003-2007		2008-2012		2013-2017	
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA (C50)	2	21,6	10	96,18	15	130,87
TUMOR MALIGNO DEL COLON (C18)	4	43,2	2	19,24	3	26,17
TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON (C34)	1	10,8	3	28,85	2	17,45
TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS (C25)	1	10,8	0	0	4	34,9
TUMOR MALIGNO DEL ENCEFALO (C71)	1	10,8	2	19,24	1	8,72
TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES (C73)	1	10,8	2	19,24	1	8,72
LINFOMA NO HODKIN DE OTRO TIPO Y EL NO ESPECIFICADO (C85)	1	10,8	0	0	2	17,45
TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO (C53)	0	0	2	19,24	1	8,72
MELANOMA MALIGNO DE LA PIEL (C43)	0	0	1	9,62	2	17,45
LEUCEMIA DE CELULAS DE TIPO NO IDENTIFICADO (C95)	1	10,8	2	19,24	0	0
TUMOR MALIGNO DE UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA (C55)	2	21,6	1	9,62	0	0
TUMOR MALIGNO DE ESOFAGO (C15)	0	0	1	9,62	0	0
TUMOR MALIGNO DEL OJO Y SUS ANEXOS (C69)	0	0	1	9,62	0	0
TUMOR MALIGNO DEL HIGADO Y DE LAS VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS (C22)	0	0	0	0	1	8,72
TUMOR MALIGNO DEL RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL (C64)	0	0	1	9,62	0	0
TUMOR MALIGNO DE LA VEGIGA URINARIA (C67)	1	10,8	0	0	0	0
ENFERMEDAD DE HODGKIN (C81)	0	0	1	9,62	0	0
TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO (C16)	0	0	1	9,62	0	0
TUMOR MALIGNO DE OTROS SITIOS, Y DE SITIOS MAL DEFINIDOS (C76)	0	0	0	0	1	8,72
TUMOR MALIGNO DE INTESTINO DELgado (16)	0	0	0	0	1	8,72
OTROS TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (C74)	1	10,8	0	0	0	0
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO (C56)	0	0	0	0	1	8,72
HEMANGIOMA Y LINFANGIOMA DE CUALQUIER CITIO (C18)	1	10,8	0	0	0	0
MIELOMA MULTIPLE Y TUMORES MALIGNOS DE CELULAS PLASMATICAS (C90)	1	10,8	0	0	0	0
MENINGEOMA (D32)	0	0	1	9,62	0	0
TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTILAGOS ARTICULARES (C40)	0	0	0	0	1	8,72
TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTROS SITIOS (C79)	1	10,8	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>205,2</b>	<b>31</b>	<b>298,1</b>	<b>36</b>	<b>314,08</b>

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



Mapa 9. Frecuencia absoluta de tumores malingos, por radio censal

## EMBARAZOS, PARTOS Y PÉRDIDAS DE EMBARAZOS

En la población relevada de San Antonio de Areco en los últimos 20 años se produjeron 1.438 embarazos. De esos, al momento del relevamiento, 31 (2,1%) se encontraban en curso.

La **Figura 9** muestra los **partos según su finalización**. Se observa que hay una notable modificación en la relación entre los nacimientos vaginales y por cesárea. Es llamativo el aumento de la cesárea como forma de finalización de los embarazos en todos los períodos considerados. La tasa esperable sugerida por la Organización Mundial de la Salud es de entre 10% y 15%<sup>9</sup>. 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 San Antonio de Areco, en los quinquenios 1998-2002, 2003-2007, 2008-2012 y 2013-2017 fue de 33%, 41%, 45% y 41% respectivamente.

En nuestro país, la tasa de cesáreas es del 30,6% de los partos registrados entre 2.010 y 2.013 de acuer-

do al Segundo Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico SIP-Gestión, es decir que la tasa de cesáreas en la población relevada de la localidad de San Antonio de Areco 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%<sup>10</sup>. La cesárea podría ser necesaria cuando el parto vaginal entraña un riesgo para la madre o el niño.

Al analizar las **pérdidas de embarazos** en los mismos quinquenios (**Figura 10**) podemos observar que hay un significativo aumento de las mismas en el tercer y cuarto quinquenio.

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 considerado. 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<sup>12,13</sup>.

De los embarazos de los últimos 20 años, 286 refirieron alguna **complicación** (Figura 11). Las más frecuentes obedecen a problemas asociados a la hipertensión arterial: hipertensión gestacional con proteinuria significativa representa el 16,1% del total de complicaciones referidas. En segundo lugar se encuentra el aborto espontáneo, con una frecuencia del 9,1%, seguida por la hipertensión gestacional sin proteinuria significativa, 5,6% 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 morbilidad 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.

En la San Antonio de Areco, la **tasa de bajo peso al nacer** ha presentado variaciones a lo largo de los últimos 20 años. La mayor tasa se registra en el periodo 2008-2012, con 6,9 nacidos con bajo peso cada 100 nacidos vivos.

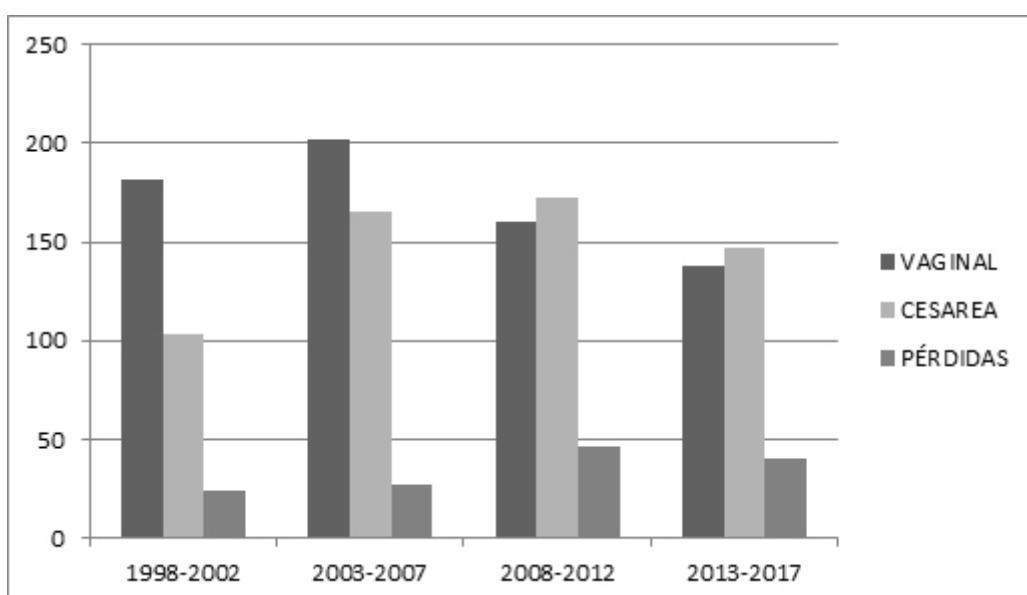


Figura 9. Proporción de finalización de embarazos por quinquenio

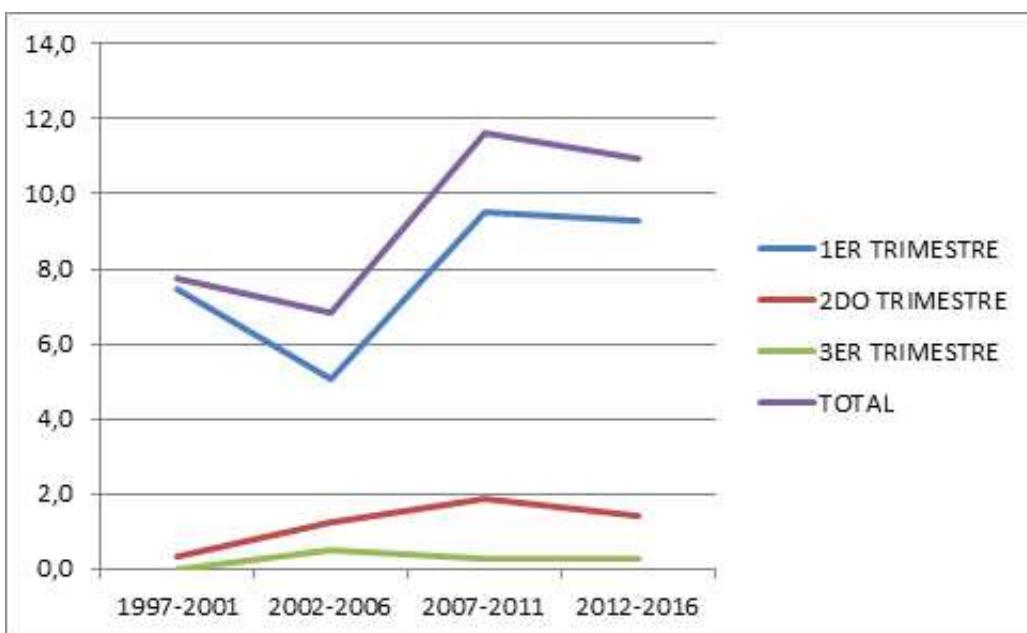
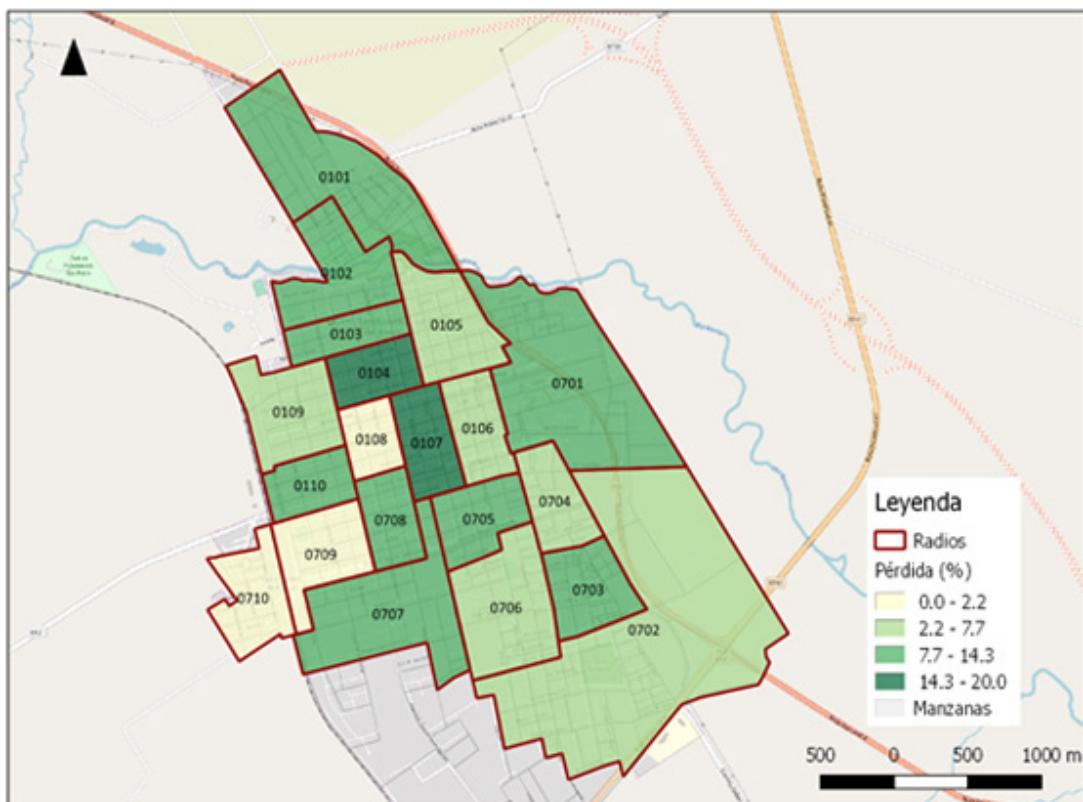
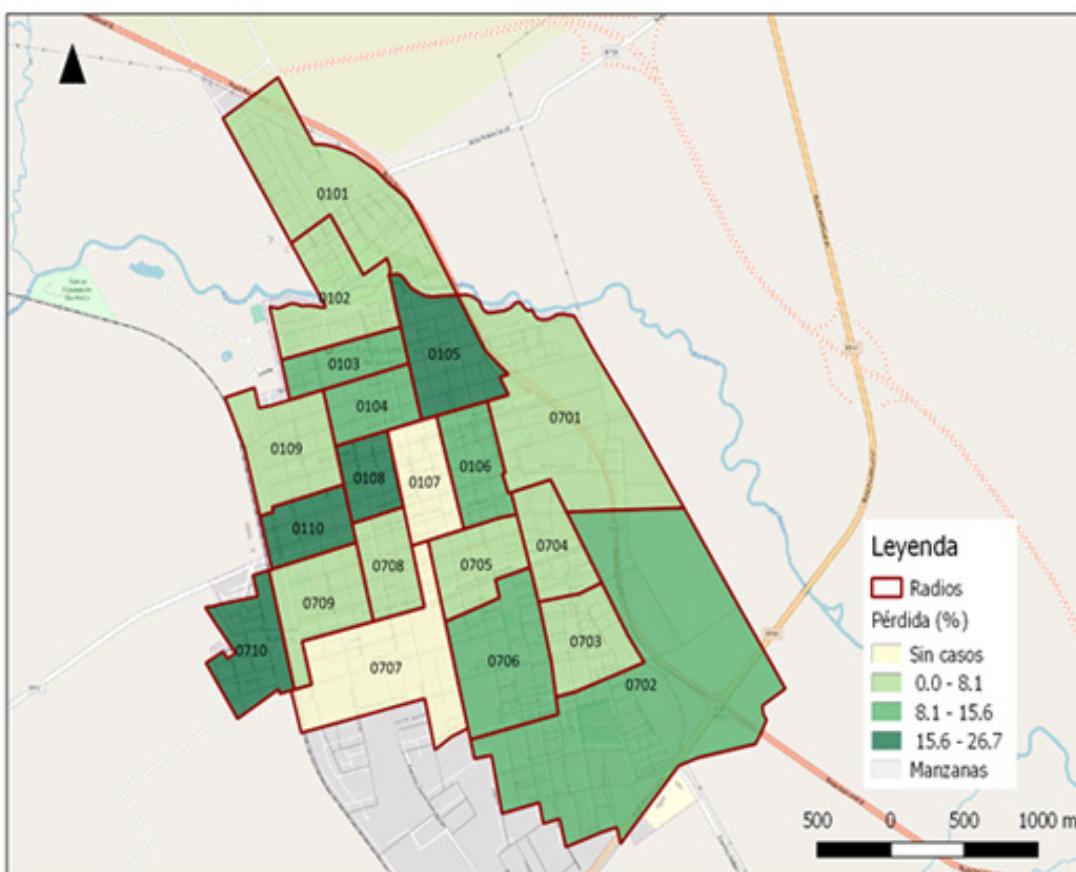


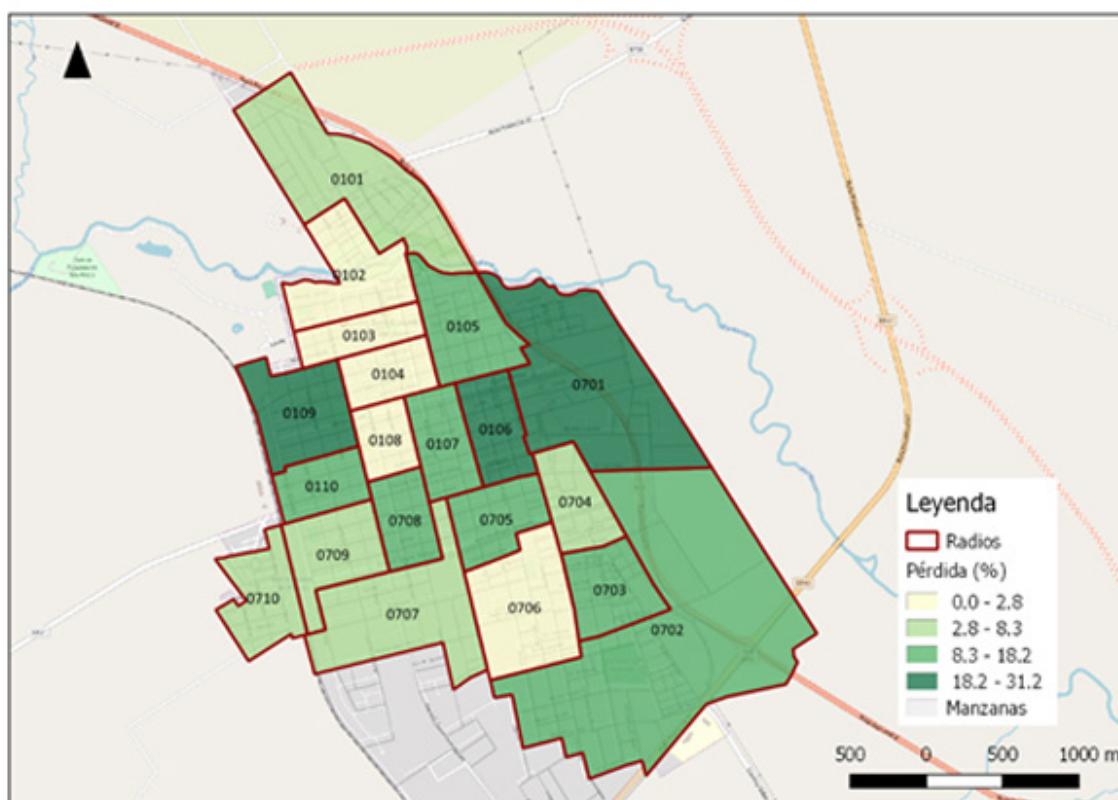
Figura 10. Tasa de pérdidas de embarazo por trimestre por quinquenio



Mapa 9. Proporción de pérdidas de embarazo (2003-2007), por radio censal



Mapa 10. Proporción de pérdidas de embarazo (2008-2012), por radio censal



Mapa 11. Proporción de pérdidas de embarazo (2013-2017), por radio censal

La tasa de nacidos pretérmino en los últimos 20 años presenta una tendencia creciente. La mayor tasa de nacidos pretérmino se observa en el periodo 2013-2017 (9,1 cada 100 nacidos vivos)

Para el período 1998-2017 se registraron dieciocho casos de malformaciones. El 47% de los casos corresponden al periodo 2008-2012.

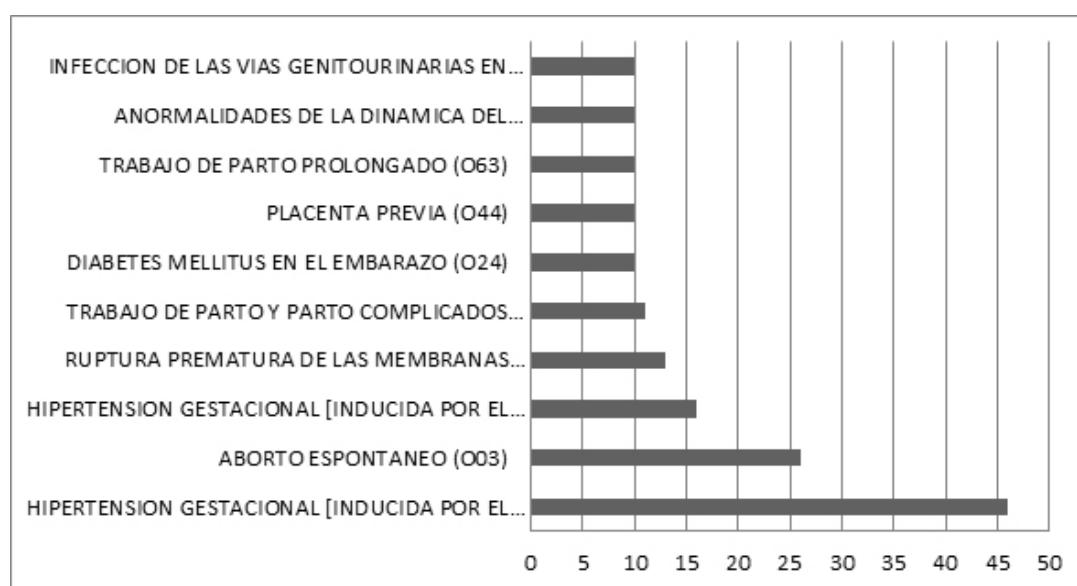


Figura 11. Frecuencia absoluta de complicaciones de embarazo, período 1996-2016

PERÍODO	NACIDOS VIVOS	BP	TASA DE BP
1998-2002	285	11	3,85
2003-2007	367	23	6,5
2008-2012	333	23	6,9
2013-2017	285	17	5,9

Tabla 7. Bajo peso por quinquenio. Frecuencia absoluta y tasa cada cien nacidos vivos

PERÍODO	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	PRETERMINOS	TASA PRETERMINOS
1998-2002	285	21	7,3
2003-2007	367	27	7,3
2008-2012	333	26	7,8
2013-2017	285	26	9,1

Tabla 8. Nacimientos pretérminos por quinquenio. Frecuencia absoluta y tasa cada cien nacidos vivos

## FUENTES DE CONTAMINACIÓN

En 883 viviendas (59,3%), 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 1.279 referencias que se agruparon en 72 diferentes tipos. En la Figura 12 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 del procesa-

miento y almacenamiento de cereales, fumigaciones y agotóxicos,

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, como así también preocupa la contaminación de espejos de aguas y cursos hídricos.

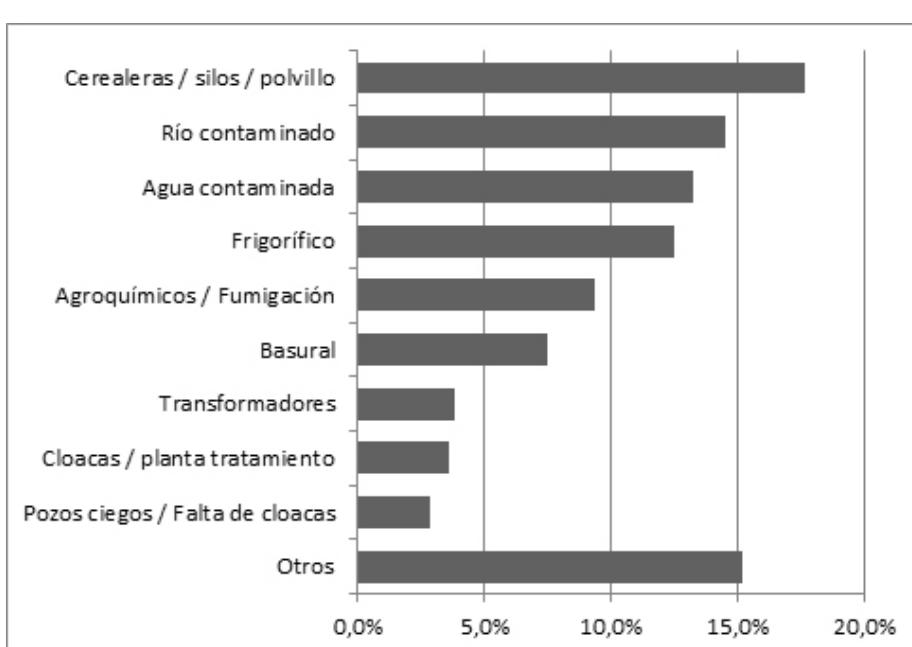


Figura 12. Fuentes de contaminación referidas. Porcentaje sobre el total de respuestas

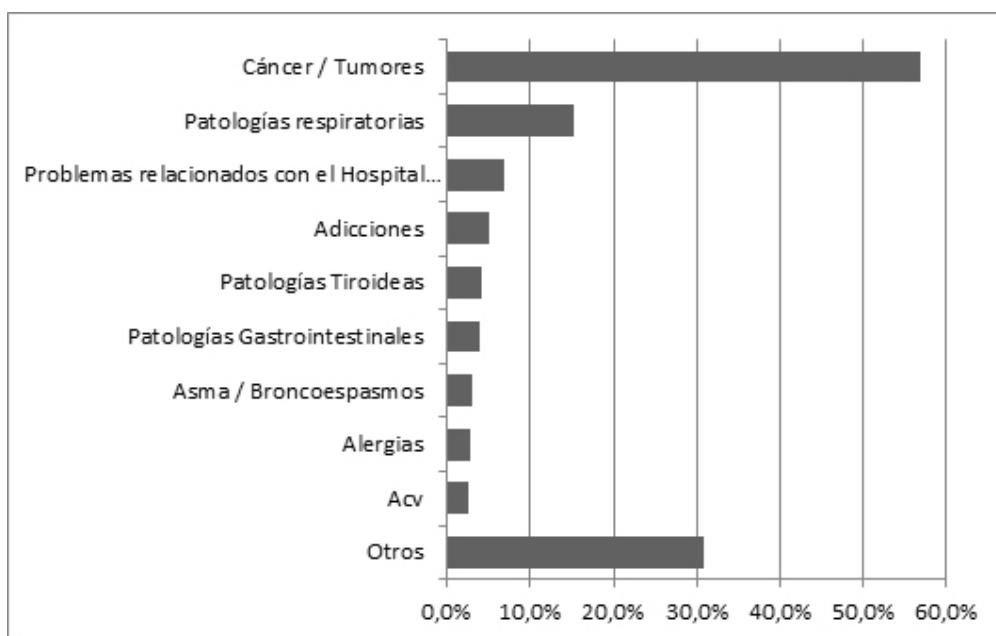
## PROBLEMAS DE SALUD PERCIBIDOS

Al consultar a los entrevistados sobre los principales problemas de salud que ellos identificaban en la localidad, en 791 hogares (53,1%) refirieron identificar por lo menos un problema de salud en la localidad. En la **Figura 13** se muestran las respuestas más frecuentes.

Podemos apreciar que del total de respuestas, “Cáncer” es la que aparece con mayor frecuencia. La percepción de los problemas relacionados al cáncer puede estar asociada con una íntima relación a la muerte y que puede ser caracterizada como incurable o muy difícil de curar. La carga subjetiva tanto del sujeto padeciente como 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 13. Problemas de salud en la localidad, referidas. Porcentaje sobre el total de respuestas**

## CONCLUSIONES

El alcance del relevamiento permitió obtener datos representativos de los distintos radios censales de San Antonio de Areco

Desde el punto de vista de la constitución de la población se observa una pirámide estacionaria. Sugerimos 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 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. En su gran mayoría el agua de consumo corresponde a agua de red. Esto compromete a la localidad a asegurar una óptima calidad del agua en todos sus aspectos dada la relación que tiene este servicio fundamental para lo que significa la salud pública.

Si bien el 31,8% 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 que tienen que ver con infecciones de las vías aéreas superiores fueron las más frecuentes. Como se mencionaba, esto puede estar influido por la gran contagiosidad de esos cuadros. De cualquier manera, también pueden guardar una estrecha relación con la calidad del aire, por lo que un estudio de la presencia de contaminantes en aire, puede servir para complementar este trabajo.

En las enfermedades que consideramos como crónicas se observa una diferencia con respecto a la edad en la que predominan las agudas. Aquí si bien tam-

bien se refirieron para todas las edades, el predominio fue entre los adultos (65 a 69 años), con predominio 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 en general, guarda correlación con las enfermedades crónicas más prevalentes. Sin embargo, 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. Así, por ejemplo el consumo de levotiroxina muestra una prevalencia mayor respecto al hipertiroidismo referido como problema de salud; mientras que los ansiolíticos aparece entre los más frecuentes sin una correlación directa 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. Especial énfasis merecen los procesos de alimentación, que han sufrido una transformación muy importante en las últimas décadas. Por ello, recomendamos fuertemente la planificación y ejecución de políticas públicas que garanticen la soberanía alimentaria, y valoren las formas tradicionales de producción de alimentos, brindando a la población la posibilidad de acceder a alimentos seguros y saludables.

Resulta relevante la prevalencia de patologías endocrinas en general, encabezadas por el Hipotiroidismo y seguidas por la Diabetes Mellitus tipo 2 (como las dos más frecuentes, aunque no únicas).

Esto sugiere la necesidad de indagar acerca de la presencia de elementos que puedan estar incidiendo en la determinación de estas patologías, disruptores endocrinos, ya sea en el ambiente como en alimentos y/o productos de uso cotidiano.

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 colon, tumores para los que existen estrategias de detección temprana: la sangre oculta en materia fecal, el autoexamen mamario y la mamografía. Esto permite mejorar la sobrevida y la agresividad de los tratamientos instaurados.

En el caso de la población masculina, el tumor de mayor incidencia es el tumor maligno de bronquios y pulmón, seguido por el tumor maligno de colon y el tumor maligno de próstata. Para estas patologías existen estrategias de detección temprana como la detección de sangre oculta en materia fecal en el caso del cáncer de colon y el tacto rectal y medición del antígeno prostático específico en el tumor maligno de próstata, de fácil realización que deberían ser implementadas en las consultas de rutina.

## 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 generales<sup>14</sup>.

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 absor-

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.

Respecto a los abortos espontáneos, el mayor número de casos se da en el primer trimestre, lo que puede estar asociado a diversos elementos, dentro de los cuales no pueden soslayarse los externos como ser los contaminantes ambientales.

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 trascurrir en el cotidiano de los habitantes de San Antonio de Areco, 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.

bido 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 biología<sup>15</sup>.

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 San Antonio de Areco 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)<sup>16</sup>.

Por ello, 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, autoridades, 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 partici-

pación 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.

En esta línea, y teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos identificados en el presente trabajo, sugerimos el desarrollo y la definición de acciones que tengan como eje la defensa de la soberanía alimentaria, a partir del cuidado de la salud de los territorios, y que permitan el arraigo de los pueblos y el desarrollo de comunidades saludables.

No es posible pensar sujetos saludables saludables sin comunidades saludables, ni comunidades saludables sin territorios saludables.

## BIBLIOGRAFÍA

1. INDEC - DGEyC de Entre Ríos, Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 – 2010.
2. Dirección General de Estadísticas y Censos. Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas. Gobierno de Entre Ríos. En base a datos del INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
3. Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas 2010. INDEC. Población de 60 años y más que perciben jubilación o pensión según sexo y grupo de edad. Provincia de Entre Ríos. Año 2010.
4. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según sexo y grupo de edad.
5. Tercera encuesta nacional para factores de riesgo de ECNT. Ministerio de Salud de la nación. Argentina 2013
6. Kierbel, V; Ciccia, 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.
7. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Año 2015
8. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. “Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries”. OMS 2001
9. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud 2015
10. 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.
11. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization.
12. Obstetricia Clínica de Llaca-Fernández. 2º Edición. Editorial McGraw Hill. México 2009.
13. Ginecología y obstetricia aplicadas. 2º Edición. Editorial El Manual Moderno. México 2003.
14. Berlinguer G. “Globalización y salud global”. Salud Problema y Debate. Buenos Aires, 1999.
15. Situación Crítica. Eric Chivian. Barcelona, Flor del Viento Editora. 1995
16. Castellanos PL. Sobre el concepto salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud. Bol. Epidemiológico OPS. Vol. 10, Nº 4. 1990

# **ANEXO ÚNICO**

## CAMPAMENTO SANITARIO – CICLO PRÁCTICA FINAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS U.N.R.

## **Encuesta de situación de salud, morbilidad y mortalidad percibidas**

**Encuestador/a.....** **Tutor/a.....** **L localidad:**.....

Calle..... Manzana N°..... Lote N°.....

Observaciones:	1	Encuestado	Nº INTEGRANTE										
			SEXO (masc./fem)										
			EDAD										
			PARENTESCO (En relación al encuestado)										
			Pre Escolar										
			Primaria										
			Secundaria										
			Terciaria										
			Universitaria										
			Especial										
			No escolarizado										
			No Corresponde										
			Sí	Trabajo remunerado									
				No	Horas por día								
					Días por semana								
			OCCUPACIÓN										
			¿A qué se dedica?										
			No Corresponde										
¿TIENE OBRA SOCIAL?													
¿FUMA?													
¿HACE CUÁNTO VIVE EN LA CIUDAD?													
ESCOLARIDAD													
(C) Completo, (I) Incompleto, (EC) En curso.													

**1. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:**

¿Tiene electricidad?	Si <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)	Si <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"/>
		Tierra <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Nº de habitaciones para dormir		
¿Siente olores desagradables?	Si <input type="checkbox"/> ¿A qué se parece?.....	No <input type="checkbox"/>

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

Canilla propia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Embotellada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Canilla comunitaria Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>
Entre 1 y 5 años <input type="checkbox"/>	Entre 1 y 5 años <input type="checkbox"/>	Entre 1 y 5 años <input type="checkbox"/>
Entre 5 y 10 años <input type="checkbox"/>	Entre 5 y 10 años <input type="checkbox"/>	Entre 5 y 10 años <input type="checkbox"/>
Entre 10 y 15 años <input type="checkbox"/>	Entre 10 y 15 años <input type="checkbox"/>	Entre 10 y 15 años <input type="checkbox"/>
Más de 15 años <input type="checkbox"/>	Más de 15 años <input type="checkbox"/>	Más de 15 años <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"/> |
| B. Sistema Privado (incluye consultorios de PAM) | <input type="checkbox"/> |
| C. SAMCO   | <input type="checkbox"/> |
| D. Otro  | <input type="checkbox"/> |
| E. No se atiende en esta localidad               | <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 responderla 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?**

- |                             |                  |
|-----------------------------|------------------|
| SI <input type="checkbox"/> | → ¿Dónde?.....   |
| NO <input type="checkbox"/> | → ¿Por qué?..... |

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

A. Si

B. No

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

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

A. Si

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

A. Si

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. Si  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

**B. EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS, ¿HUBO ALGÚN EMBARAZO ENTRE LOS INTEGRANTES?**

A. Si  B. No

**8.1. EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS ¿HUBO ALGUNA PÉRDIDA DE EMBARAZO ENTRE LOS INTEGRANTES?**A. Sí B. No 

Nº 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 

Nº INT	BAJO PESO	PRETÉRMINO	MALFORMACIONES			
			Año	Tipo		
	Año	Año		Referida	Recabada	CIE-10

**OTRO PROBLEMA DE SALUD**

Nº INT	Año	Referida	Recabada	CIE-10

**10. ¿EN LA FAMILIA EXISTE ALGÚN INTEGRANTE CON DISCAPACIDAD?**A. Sí B. No 

Nº INT	DISCAPACIDAD REFERIDA	DISCAPACIDAD RECABADA	(Marcar con una cruz según corresponda)		CIE-10
			Adquirida	Congénita	

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

## 11. JALGÚN INTEGRANTE DE LA CASA CONSUME MEDICAMENTOS?

A. Sí

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

- A. Si  ¿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?**

\*: 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. (Excluyéndolo/s de la información recabada en la hoja 1.)

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

## PLANILLA DE REGISTRO

**Sector:**

Manzana N°:

Marcar con un círculo la casa que queda volver a pasar