

DESCRIPCION DE LA LOCALIDAD DE ACEBAL

Acebal es una localidad del Departamento Rosario, de la provincia de Santa Fe (33°14'28.1"S 60°50'08.1"W). Fue fundada el 22 de julio de 1890. Tiene acceso a 22 km de la Autopista Rosario-Córdoba y a 9 km de la RP 18, que la conecta por el sur con la ciudad de Rosario, de la cual depende administrativamente y por el sur con la ciudad de Pergamino. Dista 200 km de la ciudad de Santa Fe.

Su clima es húmedo y templado en la mayor parte del año (clima templado pampeano). Hay una temporada calurosa desde octubre a abril (de 18 °C a 36 °C) y una fría entre principios de junio y la primera mitad de agosto (con mínimas en promedio de 5 °C y máximas promedio de 16 °C), oscilando las temperaturas promedio anuales entre los 10 °C (mínima), y los 23 °C (máxima). Lluve más en verano que en invierno, con un volumen de precipitaciones total de entre 800 y 1300 mm al año.

Casi no existen (de baja frecuencia) fenómenos climáticos extremos en Acebal. Un riesgo factible son los tornados y tormentas severas, con un pico de frecuencia entre octubre y abril.

La estructura productiva es marcadamente agroindustrial. De acuerdo a datos del 2012, la localidad cuenta con 240 productores y 11.661 hectáreas sembradas, convirtiéndola en la segunda localidad con mayor superficie sembrada del Departamento Rosario después de Coronel Bogado. Del total de hectáreas, 9234 correspondieron a soja; 1157 a maíz; y 253 a sorgo granjero, considerando los cultivos de primavera-verano. En los cultivos de invierno: 1957 hectáreas corresponden a trigo y 79 a cebada cervecera.

Según el último censo poblacional 2010 cuenta con una población total de 5.377 habitantes que se constituyen en 1749 hogares y 1940 viviendas. Según datos del censo 2001, el 11,8% de la población posee alguna NBI, lo que equivale a un total de 571 personas.

FUNDAMENTACION 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** apostamos a generar prácticas que apunten a fortalecer 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 Salud**, pueden ser un "bien común": es decir una realidad producida por todos sus actores (en primer lugar los sujetos y las comunidades, y luego instituciones y organizaciones sociales), y no una suma de conocimientos y de intervenciones que se deciden y se distribuyen desde arriba. Pretendiendo que los sujetos que los necesitan sean participantes y responsables en la identificación, selección y evaluación de las prioridades de las acciones y de los resultados. En este sentido como Facultad 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 después actuar responsablemente en ese quehacer, tanto con dominio operacional y reflexivo, como con conciencia social, ética y ecológica.

Es por eso que desde el año 2010 desarrollamos los **Campamentos Sanitarios**, que fueron 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 morbi-mortalidad y de propuestas de organización de políticas públicas en Salud a partir del vínculo con la comunidad.

DESARROLLO GENERAL DEL CAMPAMENTO

El campamento sanitario de la **Cohorte 24 Del Ciclo de Práctica Final de la Carrera de Medicina** fue llevado a cabo en la localidad de Acebal los días **3 al 7 de marzo del año 2014**.

Los meses previos al desarrollo del campamento se mantuvieron reuniones entre las autoridades de la comuna local, 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 morbilidad referida de la comunidad, durante los primeros días de la actividad; **Controles de salud en niños de edad escolar** para la elaboración del perfil de morbilidad en niños en edad escolar en el tercer día; **Talleres de promoción de la salud y prevención de enfermedades** en el cuarto día. 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.

Durante nuestra estadía en la localidad no se dictaron clases debido a la medida de fuerza por el reclamo salarial docente, motivo por el que las actividades planificadas para desarrollarse en las instituciones educativas (controles de salud y talleres) fueron convocadas como actividades de participación voluntaria. A pesar de que la muestra no llega a ser epidemiológicamente significativa, cabe destacar que sí tiene un valor en sí misma. Por un lado, la participación activa y voluntaria de padres y niños pone de manifiesto la voluntad de los vecinos de empoderarse de su salud y, por otra parte, la evaluación de la situación de salud de los niños permitió detectar hallazgos incidentales y su oportuno abordaje.



FUNDAMENTACIÓN

La descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no es independiente de quién y desde cuál posición describe y explica (Mitrov, 1980). 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 (Castellanos 1990).

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. Sin embargo, no hay en Argentina organismos que dispongan de una 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 obras sociales y privado. Estos hechos imposibilitan la construcción de datos epidemiológicos confiables sobre la prevalencia e incidencia de enfermedades (González García 2004).

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 (Barrenechea 1987).

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, a través de la acción de algunos de sus actores sociales (Testa 2007), 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 **Facultad de Cs. Médicas de la UNR (FCM-UNR)** viene ganando un espacio de referencia en la región a partir de los **Campamentos Sanitarios**.

OBJETIVOS GENERALES

Construir perfil de **morbimortalidad referida** en la localidad de Acebal, Departamento Rosario, Provincia de Santa Fe

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características demográficas, socio-epidemiológicas y sanitarias de la localidad de Acebal
- Describir las características y modalidades de atención en el sistema de salud de los pobladores de la localidad
- Elaborar perfil de **morbilidad referida** recabando problemas de salud de menos de 12 de meses de evolución (Agudos) de la comunidad de Acebal



- Elaborar perfil de morbilidad referida recabando problemas de salud de más de 12 meses, activos en la actualidad (Crónicos) de la comunidad de Acebal
- Elaborar perfil de mortalidad referida en los últimos 15 años
- Describir la frecuencia de enfermedades neoplásicas referidas en los últimos 20 años
- Describir la frecuencia de abortos espontáneos referidos en los últimos 20 años
- Describir la frecuencia de malformaciones congénitas referidas en los últimos 20 años

METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL RELEVAMIENTO

Se construyó el mapa de la localidad utilizando mapas provistos por la comuna, y programas de imágenes satelitales. Se realizó la división de la localidad en 9 sectores, asignando cada uno de ellos a una tutoría del Ciclo de Practica Final con un docente coordinador a cargo.

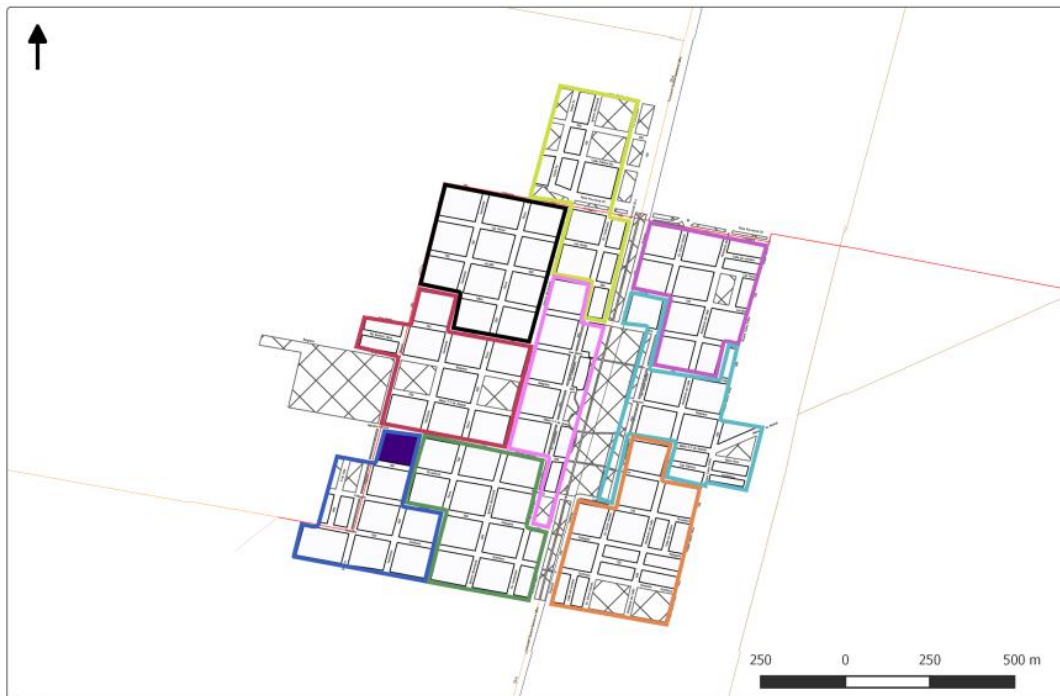


Imagen 1: Mapa de Acebal. División por tutoría

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

En las preguntas respecto a la morbimortalidad se registró la respuesta textual del entrevistado y a partir de ésta el encuestador profundizó para arribar al diagnóstico médico más certero posible.

Para evitar el doble registro de mortalidad y morbilidad referida, las preguntas y las respuestas se limitaron a miembros del grupo familiar que vivían en el domicilio relevado o que lo hicieron hasta el fallecimiento.



Para las patologías agudas (últimos 12 meses desde la fecha del relevamiento), crónicas (más de 12 meses de evolución), neoplasias (en sujetos vivos o fallecidos), 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, lo que tiene gran utilidad para los análisis epidemiológicos.

Los encuestadores fueron formados a lo largo de 3 meses por los docentes de la PF. Todas las encuestas fueron revisadas por los docentes para garantizar la calidad de la información, siendo el cargado de datos también supervisado.

Para conocer la cantidad de viviendas encuestadas y para confeccionar el georreferenciamiento se empleó una hoja de ruta confeccionada para tal fin (**Ver Anexo 2**).

Para el cargado de datos se utilizó un programa informático producido para ese fin. Para el análisis de datos se utilizaron los programas informáticos **Microsoft Excel** y **R**.



RESULTADOS DEL RELEVAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO

Se pudieron relevar **1367 viviendas**, lo que constituye un 70,5% del total de viviendas señalado por el censo 2010. De las mismas, 208 personas se negaron a responder la encuesta y 5 encuestas se consideraron anuladas. Así, la muestra quedó constituida por **1154 viviendas** y **3518 habitantes**, lo que representa el **59,5% de las viviendas** y el **65,4% de la población** tomando como referencia el censo poblacional 2010.

El promedio de habitantes por hogar es de 3,04. De acuerdo al tamaño del hogar podemos señalar que existen 165 hogares unipersonales (14,2%); 833 hogares que cuentan con entre 2 y 4 convivientes (72%); y 156 hogares con 5 o más convivientes (13,5%). Promedio de menores de 14 años por hogar: 1,18. Promedio de mayores de 64 años por hogar: 0,9.

De los 3518 habitantes, 1822 correspondieron a **mujeres (51,8%)** y 1696 a **varones (48,2%)** con un promedio de edad de 38,7 (rango 0-94) y de 36,0 (rango 0-93) respectivamente. Aplicando una prueba chi- cuadrado de bondad de ajuste se puede concluir que no existen diferencias significativas en la composición por sexo de la muestra y los valores informados por el censo 2010. (**Gráficos 1 y 2**)

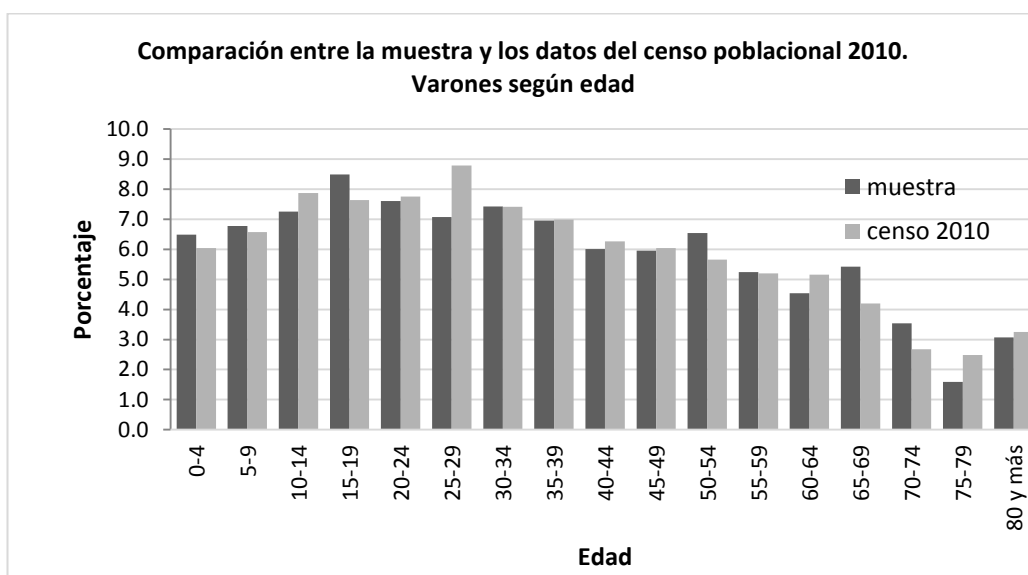


Gráfico 1: Varones según edad. Comparación de datos de la muestra obtenida en el Campamento Sanitario y Censo 2010.



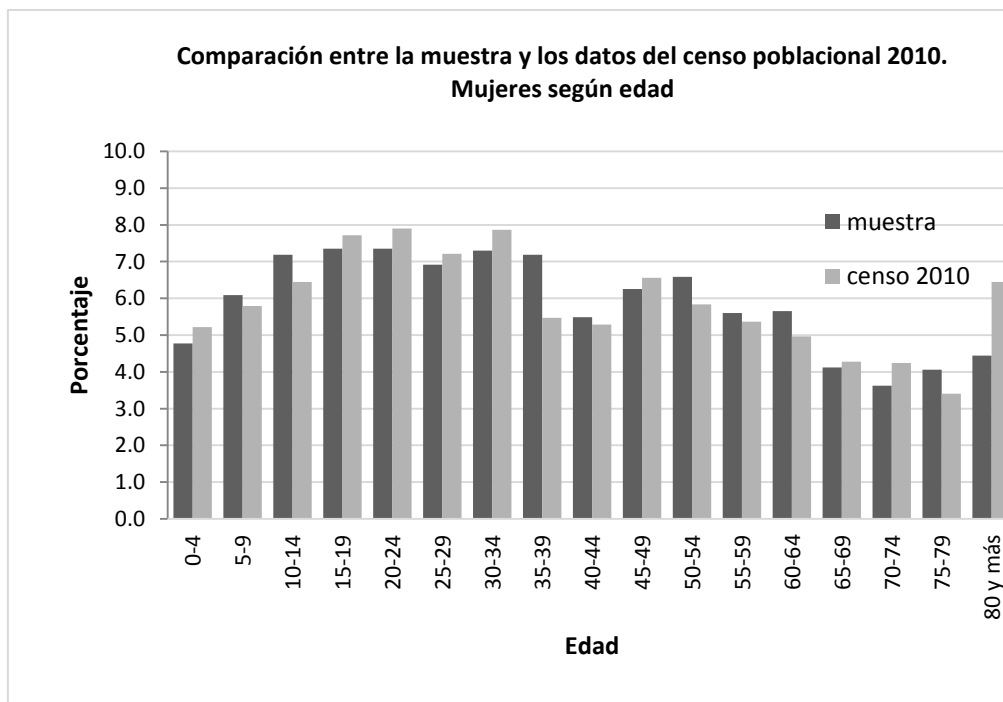


Gráfico 2: Mujeres según edad. Comparación de datos de la muestra obtenida en el Campamento Sanitario y Censo 2010.

En la **Imagen 2** se presenta la densidad poblacional de acuerdo a los hogares relevados.

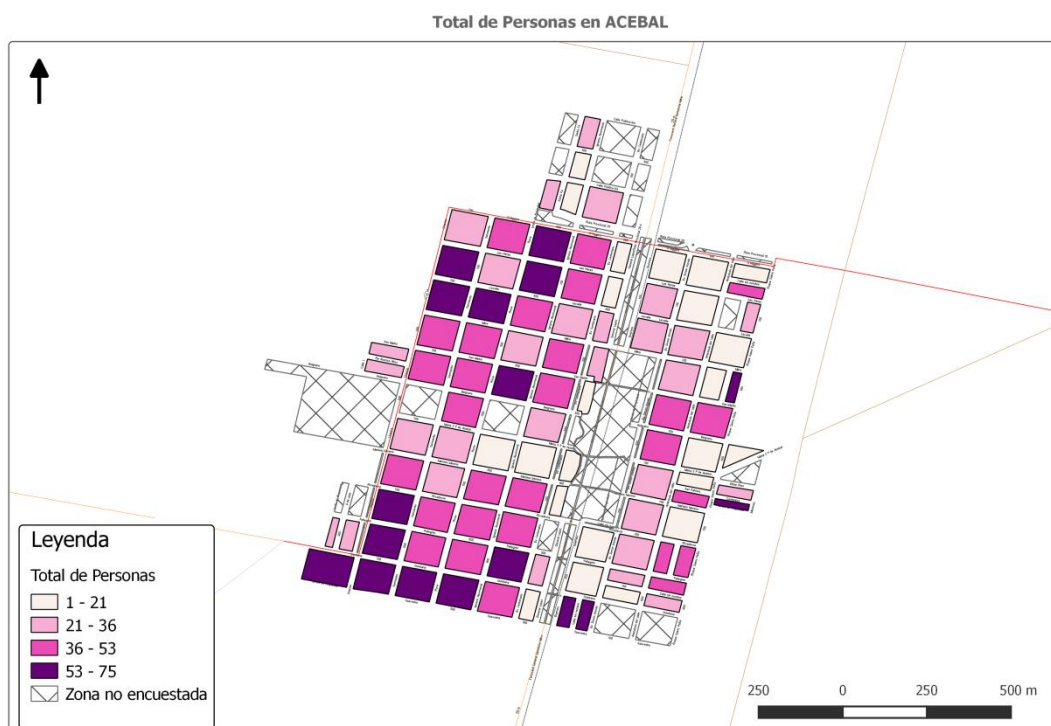


Imagen 2: Densidad poblacional en Acebal, por manzana.



La pirámide poblacional por edad y sexo quedó constituida como se muestra en el **Gráfico 3**. En la población joven (0-14 años) se observa un estrechamiento hacia la base de la pirámide, lo que indicaría una tendencia a la disminución de la natalidad. En la población de adultos (15-64 años) se observa una reducción progresiva hacia la cúspide, que se hace más marcada a partir de los 55 años. En la población de adultos mayores (más de 65 años) y a medida que avanzamos hacia la cúspide se hace notoria la mayor proporción del sexo femenino respecto al sexo masculino. Existen 361 habitantes que viven en la localidad hace menos de 5 años, por lo que no formaron parte del censo 2010.

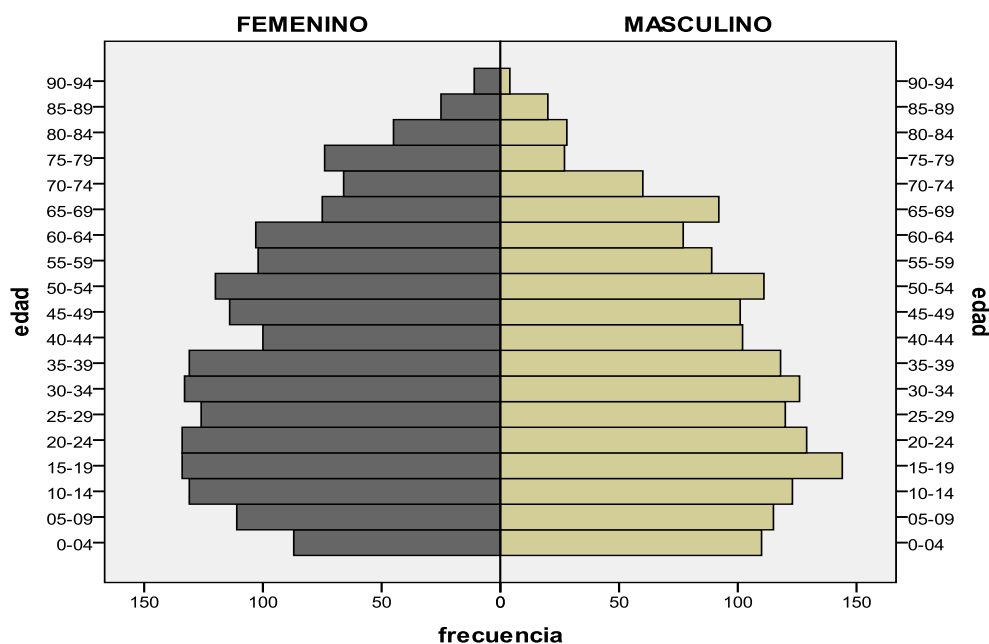


Gráfico 3: Pirámide poblacional.

La **situación de escolaridad** alcanzada por la población queda conformada como se muestra en la **tabla 1**.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Pre escolar	50	1.4
Primaria incompleta	261	7.4
Primaria en curso	336	9.6
Primaria completa	807	22.9
Secundaria incompleta	340	9.7
Secundaria en curso	258	7.3
Secundaria completa	710	20.2
Terciaria incompleta	45	1.3



Terciaria en curso	59	1.7
Terciaria completa	178	5.1
Universitaria incompleta	47	1.3
Universitaria en curso	108	3.1
Universitaria completa	108	3.1
Especial incompleta	2	0.1
Especial en curso	5	0.1
Especial completa	2	0.1
No escolarizado	18	0.5
No corresponde	183	5.2
TOTAL	3518	100

Tabla 1: Nivel de escolaridad alcanzado

- El 18,4% de la población se encontraba cursando dentro del sistema educativo formal.
- Un 22,5% alcanzó como su máxima escolaridad la primaria completa y un 20,2%, secundaria completa.
- Un 15,6% de la población tuvo la oportunidad de alcanzar algún grado de educación superior (545 personas). De ese subtotal, un 52,4% completó sus estudios terciarios o universitarios (8,2% de la población total).
- Hay 18 personas que nunca accedieron al sistema educativo formal, lo que representa un 0,5% de la población.
- La categoría “No corresponde” (5,2% de la población) incluye a personas con discapacidades severas y menores de 4 años.

En cuanto a la **situación laboral**, el 47,8% de la población refirió tener al menos una ocupación por la que recibe remuneración. Un 7,3% de la población recibe una jubilación o pensión; un 2% refirió estar desocupado al momento del relevamiento; 8,6% refirió como ocupación “ama de casa” a pesar de no recibir remuneración por esa tarea. Los menores de 16 años y las personas con incapacidades para las tareas laborales representaron un 32,8%.

Respecto a las **condiciones habitacionales** cabe mencionar que el 97% de las viviendas estaban construidas con materiales sólidos y sólo 4 contaban con piso de tierra (0,3%). El 97% de los hogares contaban con electricidad, gas y agua de red. Se relevaron 73 hogares con el baño fuera de las viviendas (6,3%); 106 viviendas contaban con pozo ciego para la eliminación de excretas (9,2%).

En lo que respecta a **cobertura en salud**, un 71,1% de la población cuenta con obra social o prepaga. Sin embargo, sólo el 43,3% recurre únicamente al subsistema privado, mientras que



un 23,3% utiliza ambos subsistemas. Un 33,8% recibe atención sólo en el subsistema público. (Gráfico4)

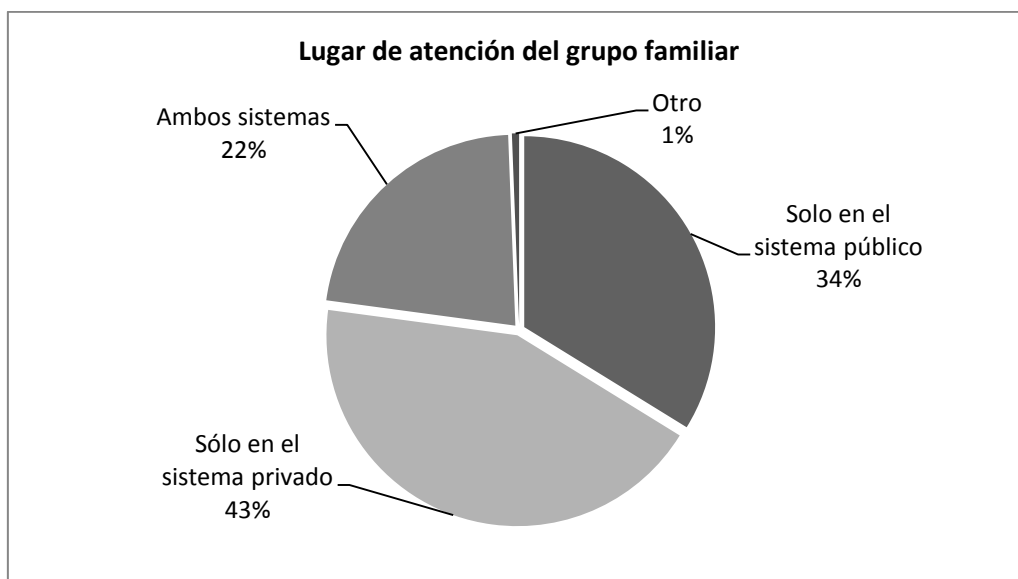


Gráfico 4: Lugar de atención del grupo familiar

El 81,9% de los hogares busca atención médica en otra localidad. De ese subtotal, un 69,9% corresponde a usuarios del subsistema privado. **Existen 110 hogares (9,5%) que sólo reciben atención en el subsistema público de Acebal.**

De los hogares que en Acebal reciben atención médica sólo en el **subsistema público**, un 71,8% recibe además atención médica en otra localidad. De los que reciben atención médica en el **subsistema privado**, un 87,5% recibe además atención médica en otra localidad.

Se indagó también acerca de la satisfacción de la atención en el subsistema público, por parte de los usuarios del mismo. Para ello, se empleó una escala del 1 al 10 donde 1 sería para nada satisfecho y 10, completamente satisfecho. La valoración de los usuarios se muestra en el gráfico 5.

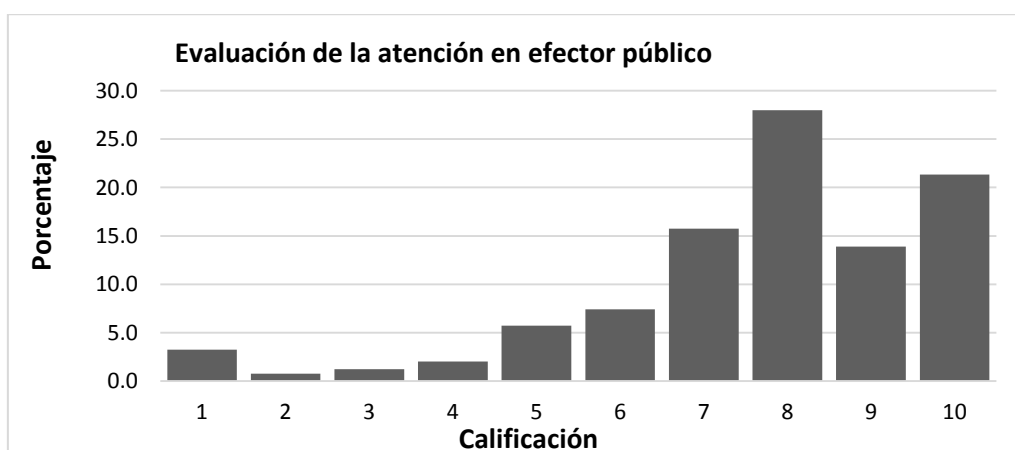


Gráfico 5: Evaluación de la atención en el subsistema público.



En caso de necesitar atención fuera de la localidad, los habitantes de Acebal se dirigen en su gran mayoría a la localidad de Rosario (97,7%). Con mucha menor frecuencia: Álvarez, Pavón Arriba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Córdoba.

Los motivos referidos con mayor frecuencia fueron, en orden decreciente: consultas con especialistas; mayor complejidad; por obra social; estudios complementarios.

PROBLEMAS DE SALUD AGUDOS (EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES)

Para la descripción de la situación de morbilidad de la población, la primera pregunta se refiere a los procesos patológicos de menos de 12 meses de evolución, criterio que contempla tanto enfermedades agudas como las patologías crónicas de reciente diagnóstico.

- 564 fueron las personas que refirieron haber padecido alguna enfermedad en el último año, de las cuales 265 fueron varones y 299 mujeres.
- 502 personas refirieron haber padecido sólo una patología en el último año.
- 62 personas refirieron haber padecido dos o más enfermedades en el último año (con un máximo de 5).
- La edad mínima es menor de un año y la edad máxima, 93 años. La edad promedio es de 39, 2 años.
- La mayor cantidad de personas (103) que padecieron patologías agudas se concentran en el rango etario de 0-9 años (18,3% del total de personas que padecieron algún problema de salud en el último año)

En el **gráfico 6** se observa la gran predominancia que adquieren los cuadros respiratorios, especialmente de etiología infecciosa. Cabe destacar también, que el **asma** y la **rinitis alérgica** corresponden a patologías de base alérgica, fuertemente vinculadas con alérgenos ambientales. De las enfermedades no respiratorias, en orden de frecuencia decreciente: diarrea y gastroenteritis, hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus tipo II, cistitis.

La categoría de **Hipertensión arterial esencial** incluye la hipertensión arterial de reciente diagnóstico y las emergencias hipertensivas



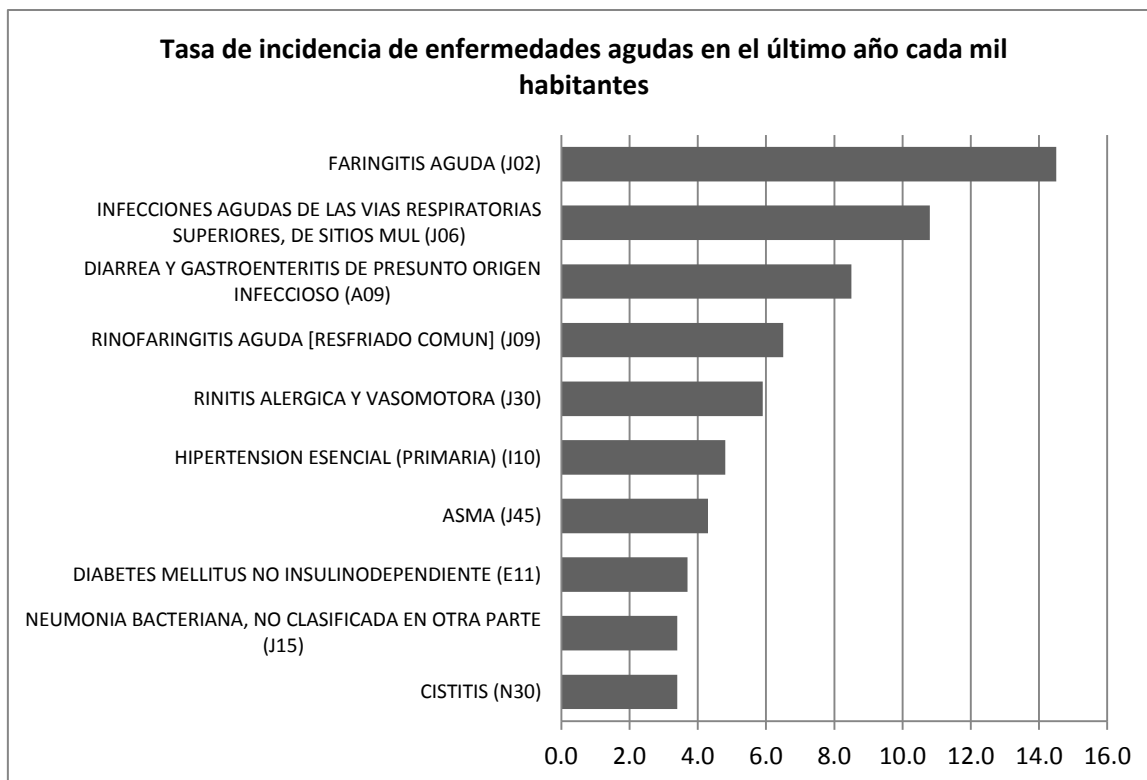


Gráfico 6: Tasa de incidencia de enfermedades agudas en el último año cada 1.000 habitantes.

Si presentamos las patologías agrupadas de acuerdo a los capítulos del nomenclador internacional CIE-10 podemos apreciar en el **gráfico 7** la predominancia de los cuadros respiratorios, seguidos con mucha menor frecuencia por las patologías que comprometen aparato digestivo y sistema circulatorio.



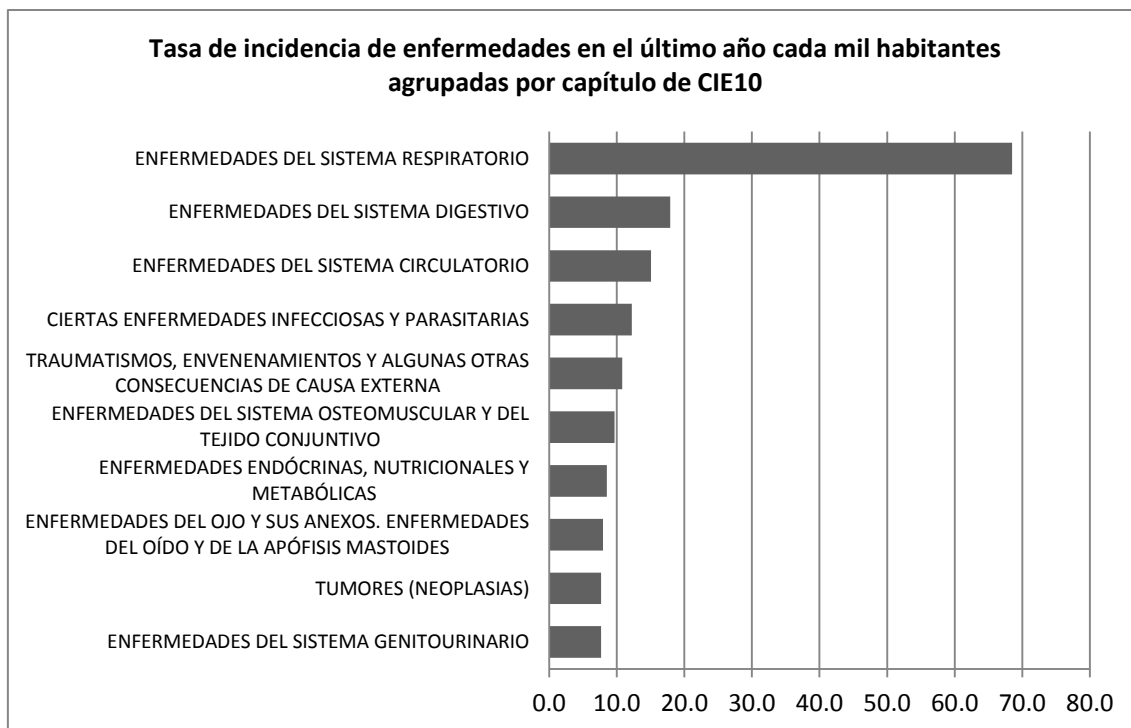


Gráfico 7: Tasa de incidencia de enfermedades en el último año cada mil habitantes agrupada por capítulo del CIE-10

En la **Imagen 3** se presentan georreferenciadas el total de enfermedades respiratorias en el último año.



Imagen 3: Frecuencia absoluta de enfermedades respiratorias en los últimos 12 meses.



PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS (DE MÁS DE 12 MESES DE EVOLUCION)

En la encuesta la pregunta “¿Alguno de los integrantes de la vivienda tiene algún problema de salud diagnosticado hace más de doce meses y continúa con el mismo en la actualidad?” está destinada a identificar los problemas de salud crónicos.

- 972 personas refirieron haber tenido por lo menos una patología diagnosticada hace más de 12 meses. De ellas, 384 personas (39,5%) refirieron padecer sólo una enfermedad crónica; mientras que 588 personas (60,4%) refirieron padecer 2 o más enfermedades (con un máximo de 11). 560 (57,6%) corresponden a mujeres y 412 (42,4%) a varones.
- La edad mínima fue de 1 año cumplido y la edad máxima fue de 94 años. El promedio de edad fue de 53,8 años.
- La mayor cantidad de personas con patologías crónicas se sitúa entre los 60-69 años (215 casos, 22,1% del total de personas con patologías crónicas)

La patología crónica más frecuente es la **hipertensión arterial**, la cual presenta una prevalencia del 10,5% entre los habitantes de Acebal. Es llamativa la presencia del **hipotiroidismo** en segundo lugar con una prevalencia de 4,8%, prácticamente duplicando los casos de **diabetes mellitus tipo 2**, con una prevalencia del 2,7%. En cuarto lugar encontramos **otras artrosis** (2%), seguido por **asma** (1,4%), los **trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipemias** (1,3%), así como **gastritis y duodenitis** (1,3%) entre las enfermedades más frecuentes. (Gráficos 8 y 9)

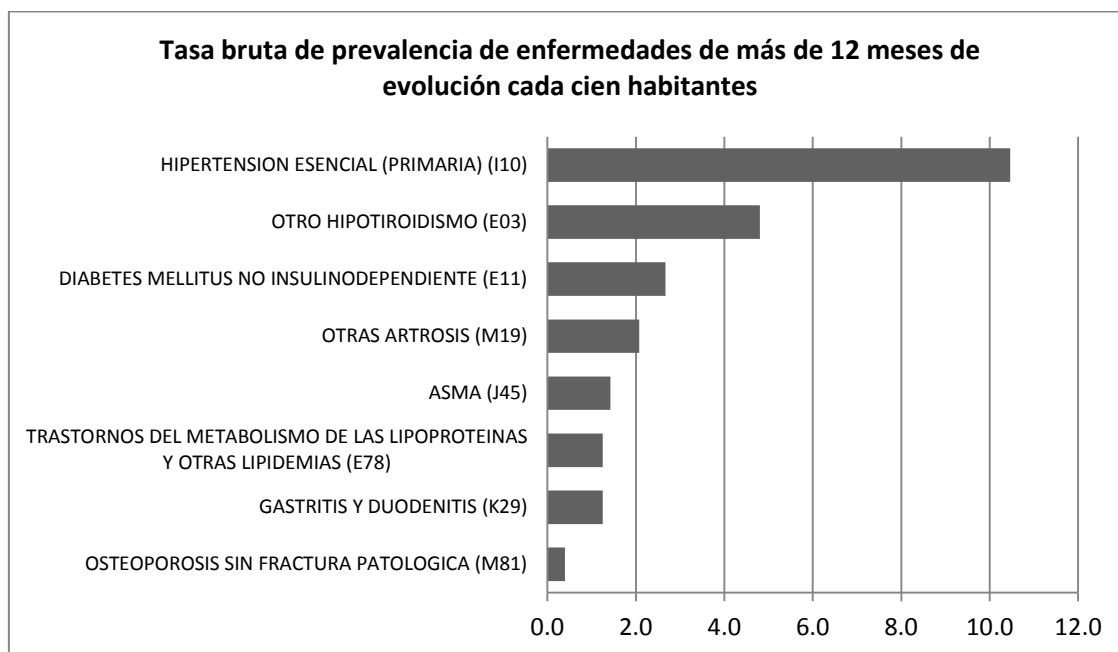


Gráfico 8: Tasa de prevalencia de enfermedades de más de 12 meses de evolución cada cien habitantes.



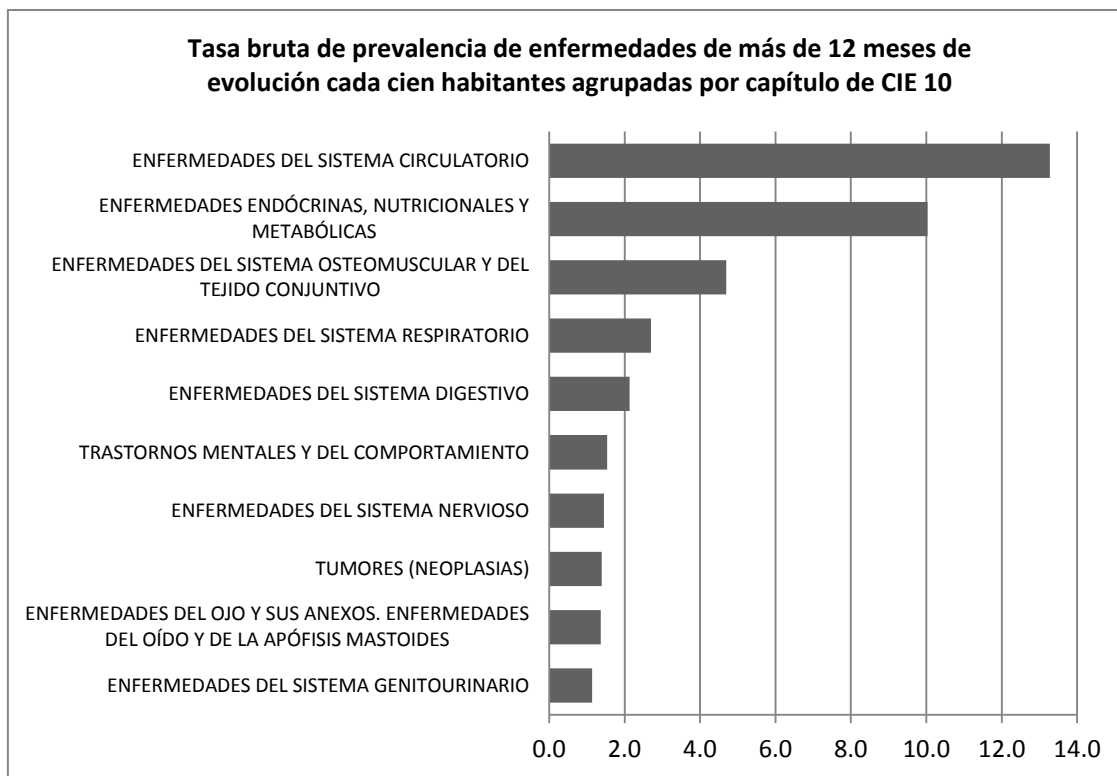


Gráfico 9: Tasa de prevalencia de enfermedades de más de 12 meses de evolución cada cien habitantes agrupadas por capítulo de CIE-10.

En nuestro país no existe un registro en salud que nos permita conocer las principales causas de morbilidad de la población. Las mismas, pueden inferirse a partir de las causas de mortalidad.

La existencia de diferentes subsistemas en los servicios de atención en salud representa un impedimento para el adecuado registro y notificación de patologías que no son de denuncia obligatoria o que no son consideradas como factor de riesgo para las principales causas de muerte. (Barragán, 2007)

En relación al hipotiroidismo, es la segunda enfermedad de más de 12 meses de evolución referida por los habitantes de Acebal, con una tasa bruta de prevalencia de hipotiroidismo de 4,8% según lo referido por sus habitantes pero de 6,5% si consideramos las personas que consumen levotiroxina. No contamos en nuestro país con información actualizada acerca de la prevalencia de hipotiroidismo, ya que esta patología no se encuentra incluida dentro de la Patologías Crónicas no Transmisibles, por no representar una causa significativa de mortalidad.

FÁRMACOS

Para ampliar la descripción sobre el perfil de morbilidad nos vamos a detener en el consumo de fármacos referido por la comunidad:

- 1179 personas refirieron consumir algún fármaco. De ellas, 572 (48,5%) personas refirieron consumir sólo un fármaco. 480 (40,7%) refirieron consumir entre 2 y 4 fármacos como máximo; 96 (8,1%) refirieron consumir entre 5 y 7 fármacos como



máximo; 17 (1,4%) refirieron consumir entre 8 y 10 fármacos como máximo; una persona refirió consumir 12 fármacos.

- De las personas que consumen algún fármaco, 727 (61,7%) corresponden a mujeres y 452 a varones (38,3%).
- La edad mínima fue de un año y la edad máxima, 94 años; con un promedio de 50,5 años. La mayor cantidad de personas que consumen algún fármaco se sitúan entre los 60 y 64 años (132 personas).

Si analizamos la frecuencia del consumo de fármacos, podemos concluir que es coincidente con las enfermedades crónicas referidas. Como podemos ver en el **gráfico 10**, cinco corresponden a la terapéutica de la hipertensión: **enalapril, atenolol, amlodipina, valsartán y carvedilol**. La **levotiroxina**, segundo fármaco más consumido, es usada en el tratamiento del hipotiroidismo fundamentalmente. Cabe remarcar que 221 personas refieren consumirla pero sólo 169 refirieron padecer hipotiroidismo. Una diferencia de 52 personas. Este dato reviste importancia ya que si calculamos la prevalencia de dicha patología en función de los habitantes que consumen levotiroxina, ésta aumenta del 4,8% a 6,2%. **Glibenclamida** y **metformina** son drogas que se emplean en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, cuando ésta no puede ser controlada sólo con una dieta equilibrada y ejercicio regular.

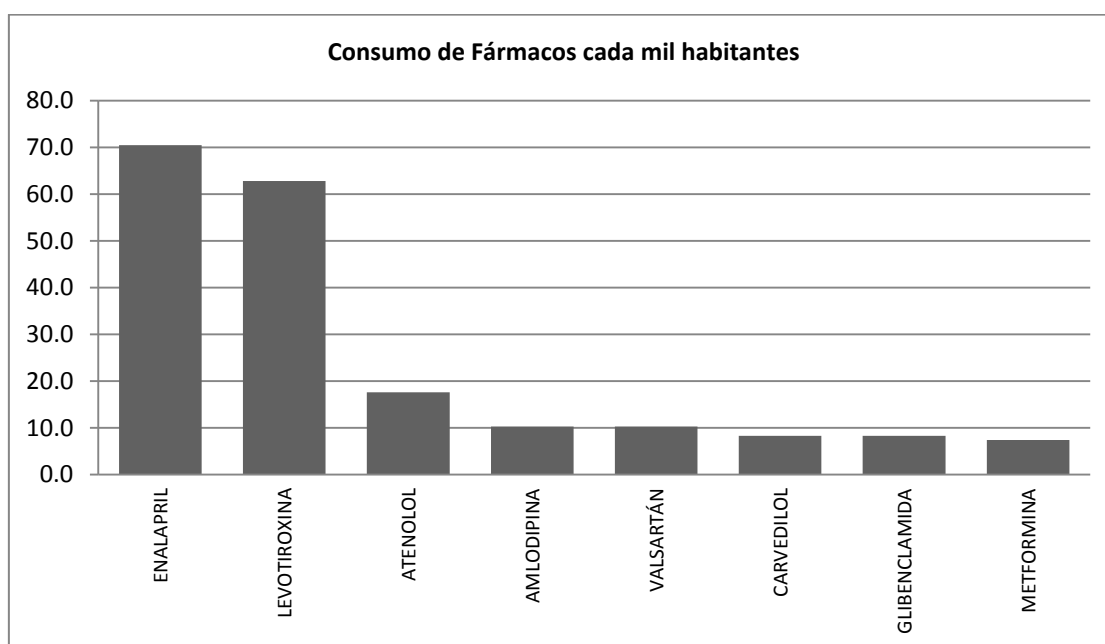


Gráfico 10: Consumo de fármacos cada 1.000 habitantes.

Cuando analizamos los fármacos agrupados de acuerdo a su acción terapéutica, como vemos en el **gráfico 11**, los **analgésicos-antiinflamatorios** aparecen como el tercer grupo de consumo más frecuente. Aquí se incluyen un amplio espectro de medicamentos que son usados en la terapéutica del dolor, por lo que son indicados en muchas patologías. En la mayoría de los casos, suelen ser de consumo esporádico y sin prescripción médica. Los **ansiolíticos** aparecen como el cuarto grupo de consumo más frecuente. Principalmente se emplean en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, que incluyen diferentes diagnósticos.



Sin embargo, pueden emplearse en diversas situaciones, entre las que podemos mencionar por ejemplo, los trastornos del sueño.

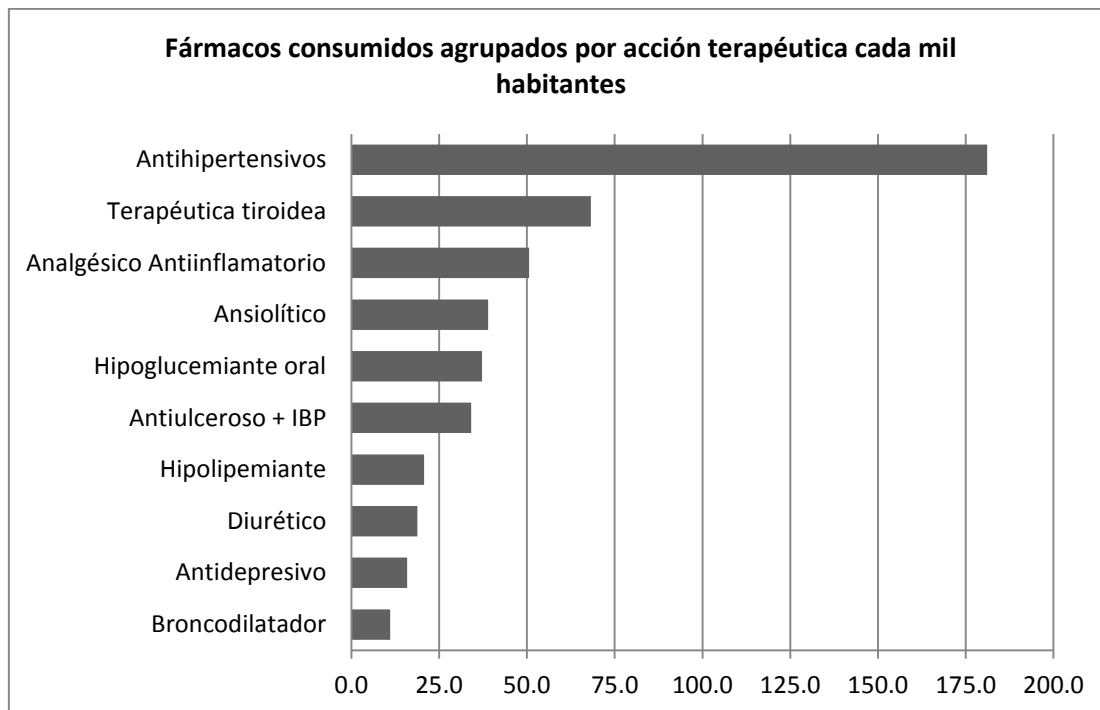


Gráfico 11: Fármacos consumidos agrupados por acción terapéutica cada 1.000 habitantes.

CAUSAS DE FALLECIMIENTO

En los **gráficos 12 y 13** se presentan las principales causas de muerte de las 278 defunciones referidas por los encuestados de la localidad de Acebal en los últimos 15 años.



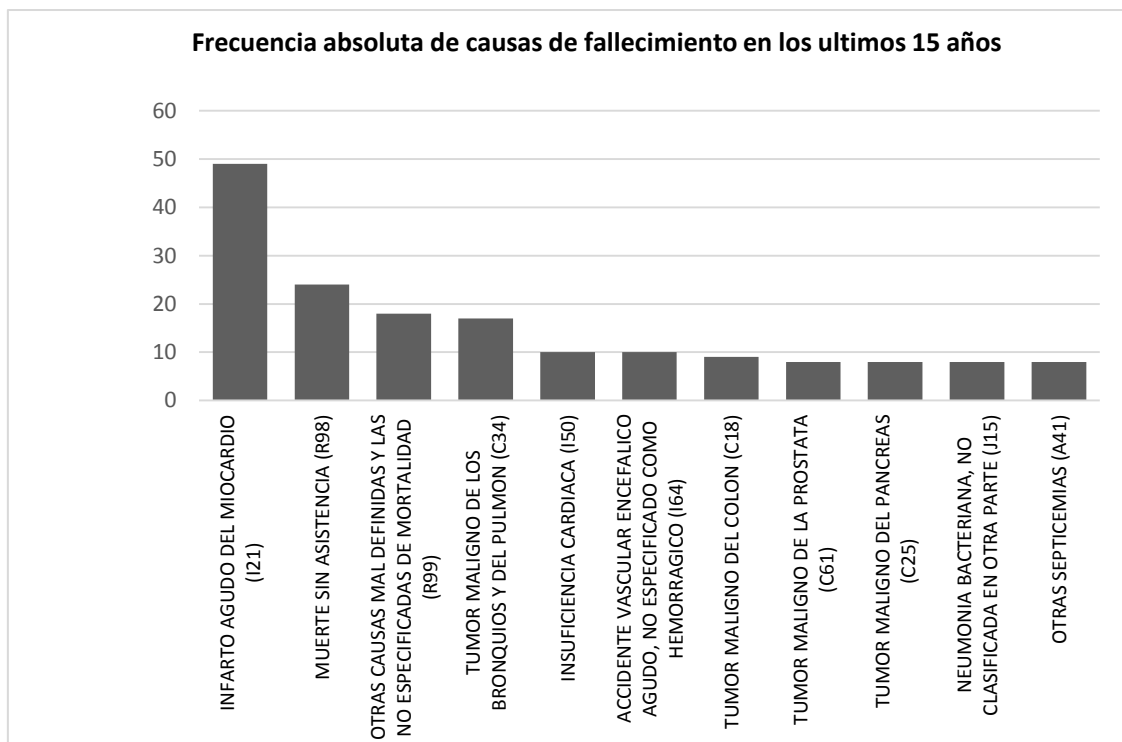


Gráfico 12: Frecuencia absoluta de Causas de Fallecimiento referida en los últimos 15 años.

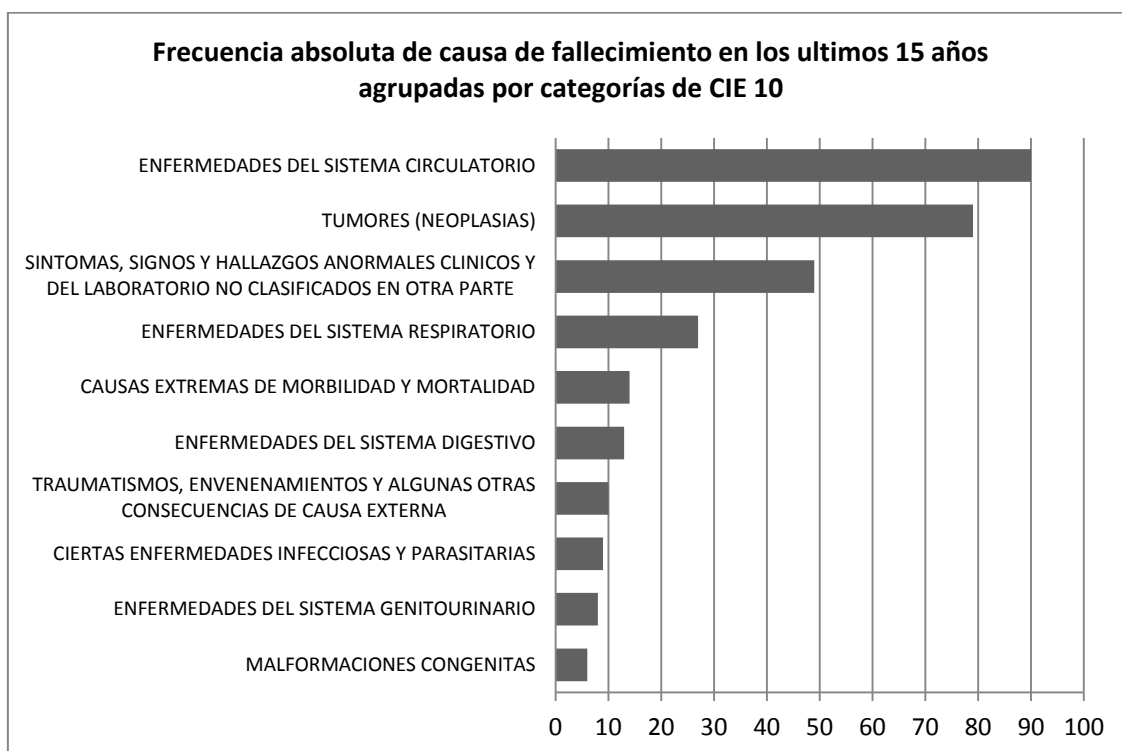


Gráfico 13: Frecuencia absoluta de causas de fallecimiento en los últimos 15 años agrupadas por capítulos del CIE-10.

La categoría **“Muerte sin asistencia”** representa aquellos casos en que la causa de muerte referida fue “vejez” o “muerte natural” y el encuestador no pudo determinar una causa



patológica para el deceso. “**Otras causas mal definidas y no especificadas de mortalidad**” incluye aquellas causas de muerte por procesos patológicos que no pudieron ser recabados con exactitud o cuando el mismo entrevistado desconocía la causa de muerte.

En esta lista de causas de fallecimiento se observa la presencia de lo que se conoce como **enfermedades crónicas no transmisibles**. En la cultura occidental son las que a lo largo de las últimas décadas han adquirido gran relevancia y que se van posicionando como epidémicas. Estas son, por ejemplo las enfermedades cardiovasculares, que desde la perspectiva de los factores de riesgo tienen como protagonistas a la diabetes, la hipertensión, el hábito tabáquico y el estilo de vida. Es por eso que muchas de las actividades en salud pública están dirigidas desde niveles más generales a mitigar el daño que producen esos factores de riesgo por sus consecuencias deletéreas y a largo plazo.

Tres de las principales causas de muerte corresponden a enfermedades del sistema circulatorio (**Infarto agudo de miocardio, Insuficiencia cardíaca y accidente cerebro vascular**).

Del resto, cuatro corresponden a tumores malignos. **Tumor maligno de los bronquios y el pulmón** duplica en frecuencia a los demás tumores que también aparecen mencionados como causa de muerte: **tumor maligno del colon, de la próstata y del páncreas**.

Si comparamos estos datos con los provistos por la **Dirección de Estadística e Información en Salud** (Síntesis estadística 1, 2016 DEIS. Ministerio de Salud de la Nación) para los años 2013-2014 podemos observar cierta similitud en las causas de muerte más frecuentes registradas en Acebal con las registradas a nivel nacional. Cabe hacer la salvedad de que en Acebal, las muertes por causas externas no aparecen entre las más frecuentes.

Al calcular la tasa bruta de mortalidad por causa cardiovascular en la localidad de Acebal en el año 2013, la misma es de 369 muertes cada 100.000 habitantes, la cual duplica a la tasa de mortalidad cardiovascular de la República Argentina para el mismo año, según registro de la **DEIS**. Es importante remarcar que la **DEIS** contabiliza por separado las causas de muerte por Enfermedades del corazón y Enfermedades cerebrovasculares mientras que el CIE-10 los agrupa en el capítulo “Enfermedades del Sistema Circulatorio”. La tasa bruta de mortalidad por tumores malignos es de 142 muertes cada 100.000 habitantes, lo que coincide con la estadística nacional. (**Gráfico 14**)

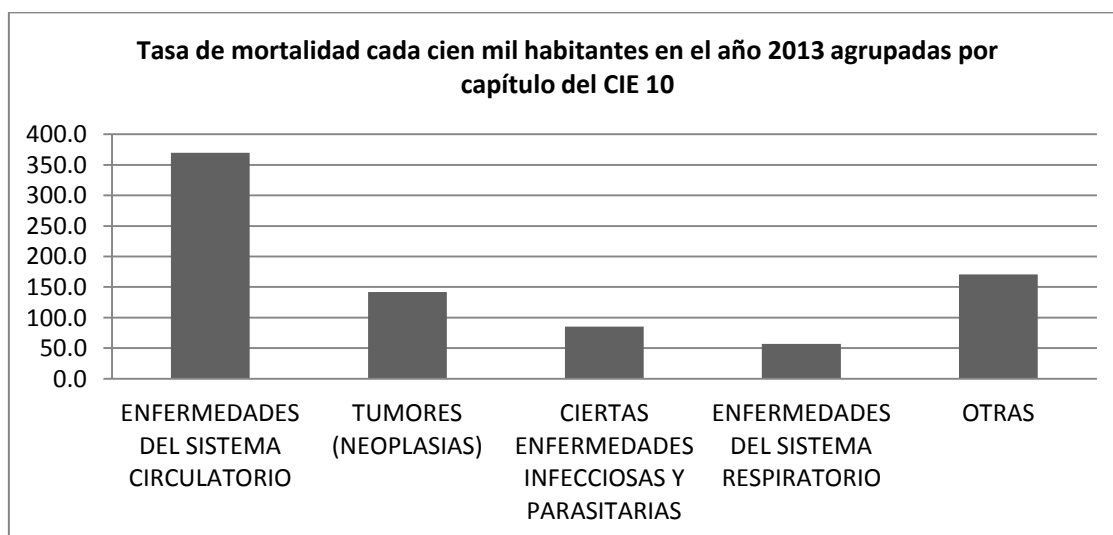


Gráfico 14: Tasa de mortalidad cada 100.000 habitantes en el año 2013 agrupadas por capítulo del CIE-10.



Al comparar las causas de muerte por neoplasias y cardiovasculares en el quinquenio 2000-2004 fue de un 28% y 22% respectivamente; en el quinquenio 2005-2009 fue de 25% y 21%; mientras que el quinquenio 2010-2014 las muertes por causa cardiovascular superaron a las neoplasias con un 37%, en comparación con 20% de estas últimas. Si bien las neoplasias se encuentran como segunda causa más frecuente de muerte en todos los quinquenios, se observa un aumento del porcentaje que representan sobre el total de muertes.

(Gráfico15)

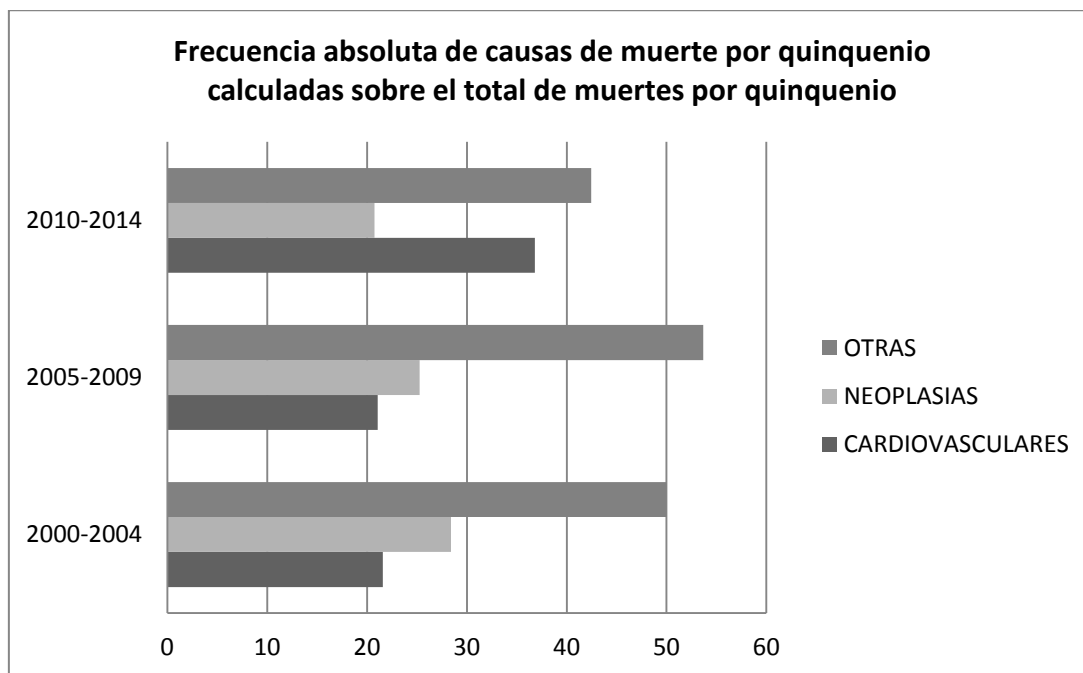


Gráfico 15: Porcentaje de causas de muerte sobre el total de muertes por quinquenio.

TUMORES EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

Entre 1999 y 2014 se registraron 130 diagnósticos de tumor o cáncer, independientemente del fallecimiento o no de la persona. (Gráfico 16)

Entre los tumores diagnosticados en los últimos 15 años, el **tumor maligno de mama** fue el más frecuente, representando el 18% del total. En segundo lugar encontramos al **tumor maligno de bronquios y pulmón** con el 15%; en tercer lugar **tumor maligno de próstata** con el 14%; en cuarto lugar al **tumor maligno de colon** con el 12%; en quinto lugar al **tumor maligno de páncreas** con el 7%; y en el sexto lugar las **neoplasias del tejido linfóide** con el 5%, entre los más frecuentes.



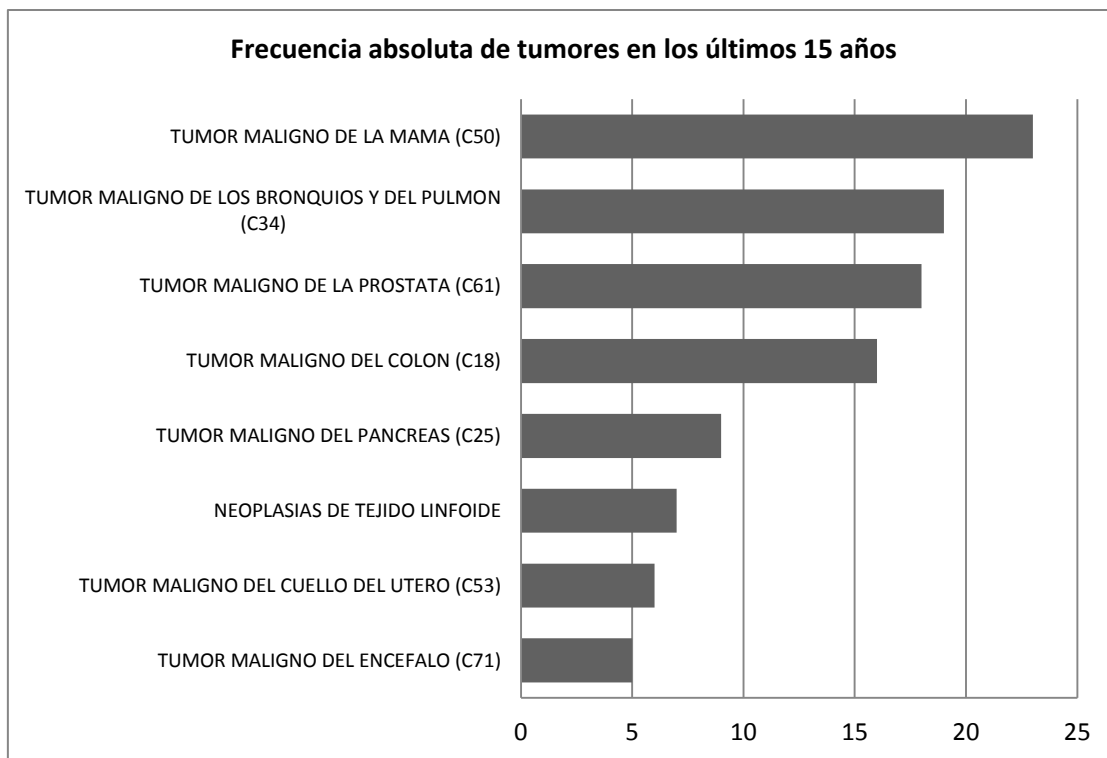


Gráfico 16: Frecuencia absoluta de tumores referidos en los últimos 15 años.

En el año 2013 (**gráfico 17**) el tumor más frecuentemente diagnosticado en la localidad de Acebal, fue el de **próstata**, con una **tasa bruta de incidencia** 113 casos cada 100.000 hombres. Dicha cifra quintuplica la incidencia establecida por el **Internacional Agency for Research on Cancer (IARC)** utilizando la base de datos aportada por el **Instituto Nacional del Cáncer (INC, 2014)** para el año 2012, la cual se encuentra en 44 cada 100.000 hombres. Al comparar estos datos con el informe de Morbi-mortalidad por cáncer en las localidades del Cordón Industrial y en la provincia elaborado desde el Programa Provincial de Oncología Dirección Provincial de Promoción y Prevención (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2016) en el año 2012 observamos valores similares a los del INC siendo de 32 casos cada 100.000 habitantes en las ciudades del cordón industrial y 49 casos cada 100.000 habitantes en la provincia de Santa Fe.

El segundo tumor maligno más frecuente fue el de **mama**, con una tasa bruta de incidencia de 109 casos cada 100.000 mujeres, superando en un 50% a la establecida por la **IARC** para el 2012 (71 casos cada 100.000 mujeres). Al comparar estos datos con el informe antes mencionado observamos que en las ciudades del cordón industrial la tasa bruta de incidencia para dicho cáncer en el año 2012 es de 53 casos cada 100.000 habitantes y en la provincia es de 60 casos cada 100.000 habitantes



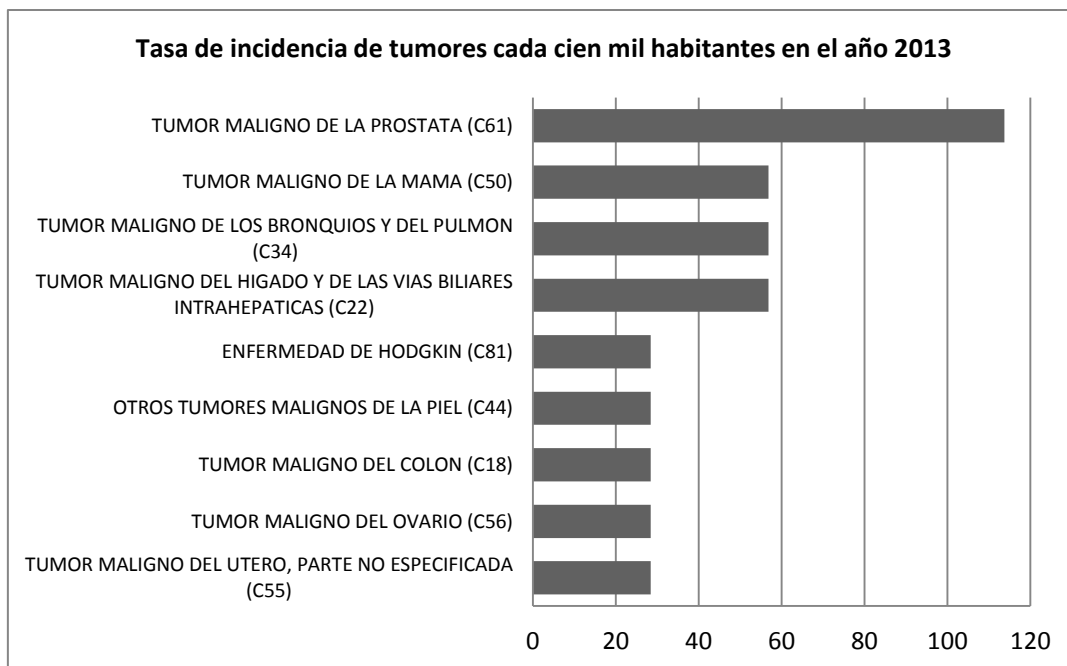


Gráfico 17: Tasa bruta de incidencia de tumores cada 100.000 habitantes en el año 2013.

En el **gráfico 18** se presentan los casos de tumores diagnosticados por quinquenio. Las cifras de tumores diagnosticados en el quinquenio 2010-2014 duplican a los diagnosticados en el quinquenio 2000-2004. Cabe resaltar que el Campamento Sanitario fue llevado a cabo en el mes de marzo de 2014, por lo que existe una infraestimación de los tumores diagnosticados en el último quinquenio.

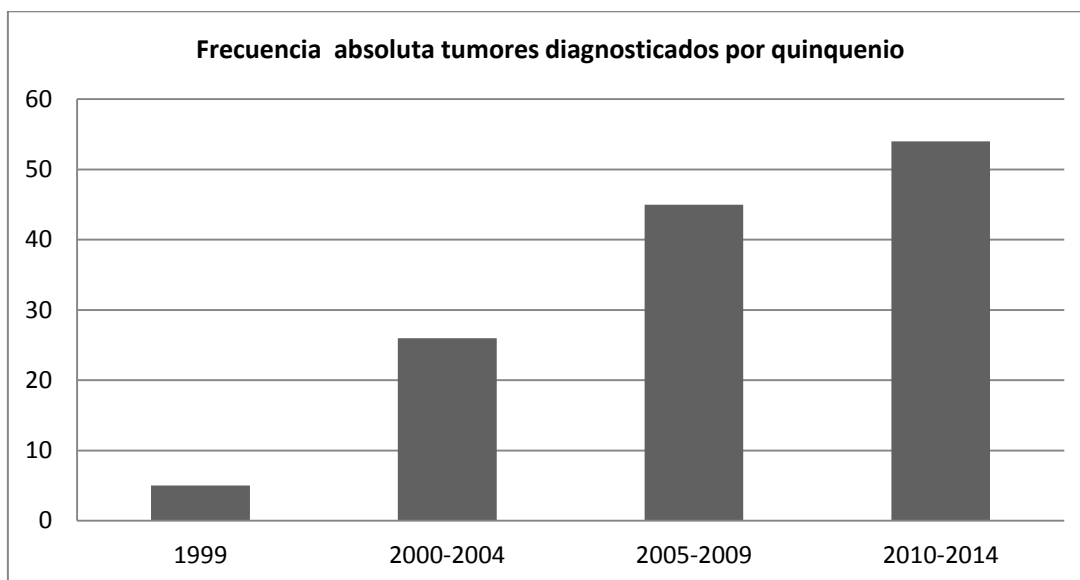


Gráfico 19: Frecuencia de tumores referidos por quinquenio.

En la **imagen 4** se presenta la distribución espacial de los casos de tumores diagnosticados en los últimos 15 años.



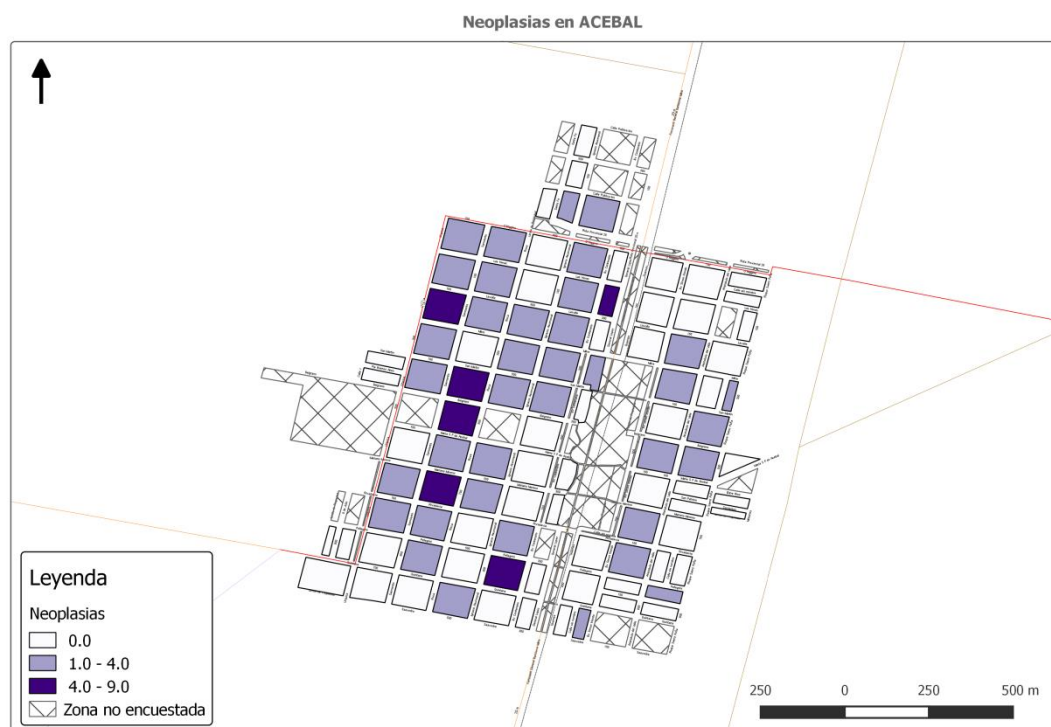


Imagen 4: Frecuencia absoluta de tumores diagnosticados en los últimos 15 años por manzana.

EMBARAZOS

De los embarazos que llegaron a término se realizará una descripción por quinquenio según el mecanismo de parto.

En el quinquenio comprendido entre 1995-1999 un total de 207 embarazos llegaron a término de los cuales 78% fueron por vía vaginal, siendo necesario cesárea en solo el 22% del total. En el quinquenio comprendido entre 2000 a 2004 llegaron a término 228 embarazos, 67% fueron por vía vaginal, mientras que el 33% restante finalizó por cesárea. En el quinquenio de 2005 a 2009 fueron 183 los embarazos llegados a término; 60% finalizó por vía vaginal y 40% por cesárea; mientras que en el último quinquenio comprendido entre 2010 a 2014 168 embarazos llegaron a término 49% por vía vaginal y 51% finalizaron por cesárea. Resulta llamativo el incremento en el porcentaje de cesáreas por quinquenio.

En relación a este tema funcionarios y profesionales de la salud de diferentes puntos del país advierten sobre el aumento de las cesáreas innecesarias en Argentina (OPS 2015), una situación que se repite también en la región, donde cuatro de cada diez partos son por cesárea, superando el ideal de uno de cada diez considerado por expertos de todo el mundo. La tasa de cesáreas en nuestro país es del 30,6% de los partos registrados entre 2010 y 2013, de acuerdo al **Segundo Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico SIP-Gestión**, es decir que la tasa de cesáreas en Acebal 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%. La cesárea podría ser necesaria cuando el parto vaginal entrañe un riesgo para la madre o el bebé, por



ejemplo debido a trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal, o porque el bebé está presentándose en una posición anormal. Estudios nuevos revelan que cuando la tasa de cesárea se acerca al 10% a nivel de población, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos. Pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoran las tasas de mortalidad (OMS, 2015)

Al igual que lo mencionado en tumores existe una subestimación de los embarazos en el último quinquenio por haberse llevado a cabo la actividad en el mes de marzo del año 2014

Por otra parte es importante mencionar el porcentaje de pérdidas de embarazos observadas por quinquenio. **(Gráfico 19)**

Por sobre el total de embarazos en el 1º quinquenio (1995-1999) 5,5% terminaron en pérdidas; en el 2º quinquenio (2000-2004) 2,6%; en el 3º quinquenio (2005-2009) 5,7%; y en el 4º quinquenio (2010-2014) el porcentaje de pérdidas ascendió al 7,7% del total de embarazos.

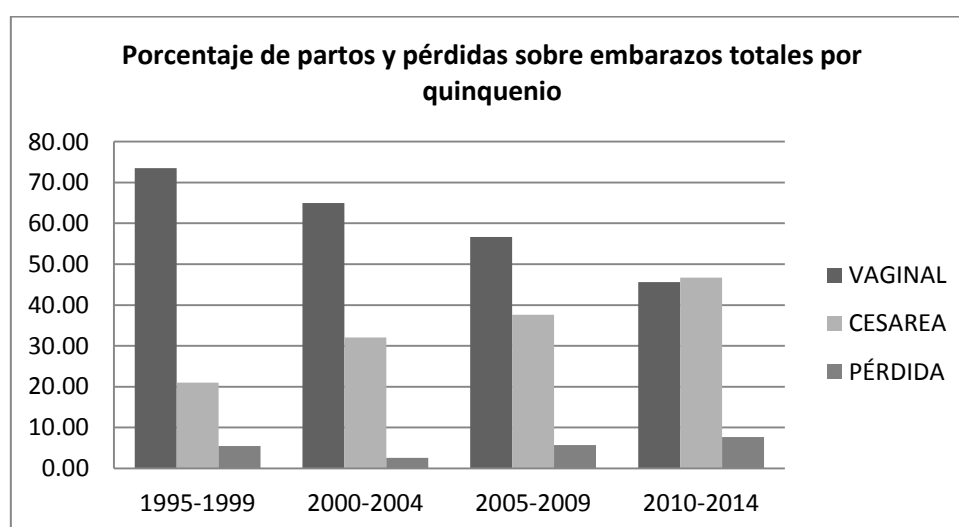


Gráfico 19: Porcentaje de partos y pérdidas sobre embarazos totales por quinquenio.

Al analizar las pérdidas por quinquenio y trimestre podemos observar en el **gráfico 20** que la mayor parte de éstas se produce en el primer trimestre de embarazo, siendo el porcentaje estable en los primeros quinquenios, 54% y 50% respectivamente, con ascenso hacia el 3º quinquenio (2005-2009) representando el 64% del total de pérdidas de embarazos en el 1º trimestre y en el último quinquenio dicho porcentaje asciende a 85%. Se desconocen en nuestro país datos sobre pérdidas de embarazos a nivel el nacional.



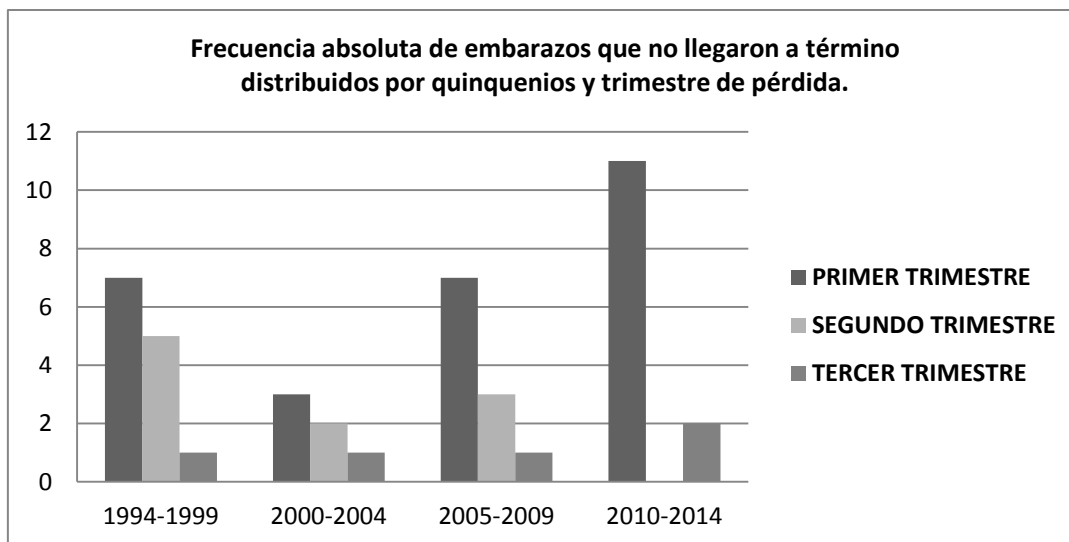


Gráfico 20: Embarazos que no llegaron a término, por quinquenios y trimestre de pérdida.

Del total de encuestados, 126 mujeres refirieron haber tenido por lo menos una complicación durante alguno de sus embarazos, siendo la complicación más frecuente la **hipertensión gestacional con proteinuria (Preeclampsia)**, seguida en orden de frecuencia por las **anomalías de la dinámica del trabajo de parto**, **ruptura prematura de membranas**, **diabetes mellitus en el embarazo**, **parto prematuro**, **aborto espontáneo**, **hipertensión inducida por el embarazo sin proteinuria**, así como **embarazo ectópico**, entre las más frecuentes. (Gráfico 21)

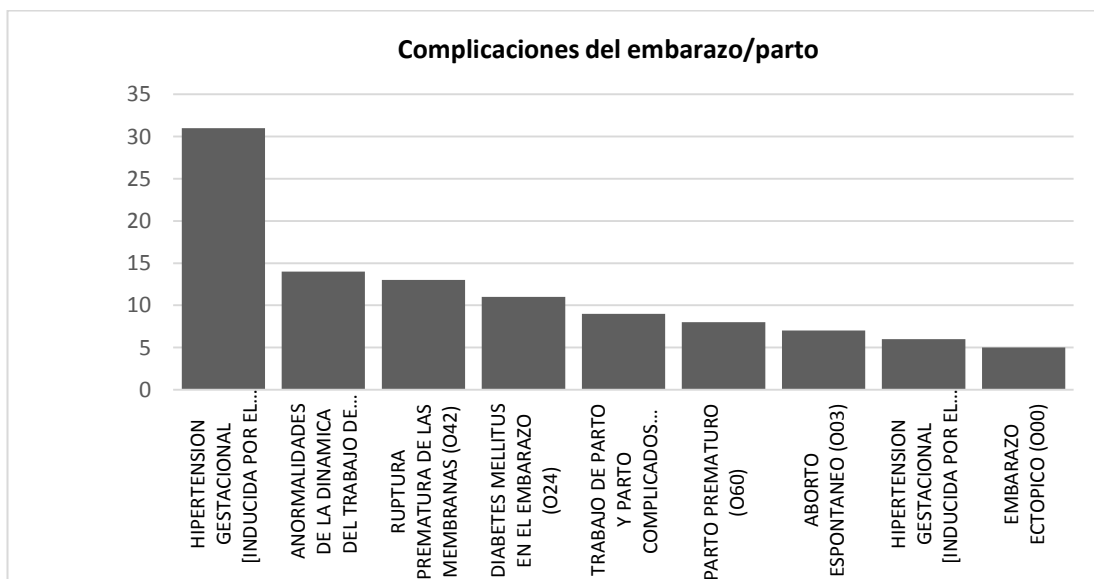


Gráfico 21: Frecuencia absoluta de complicación de embarazo, parto o puerperio.

Las **anomalías congénitas (AC)** son patologías morfológicas o funcionales de etiología prenatal, presentes desde el nacimiento, aun cuando se detectan en etapas más tardías del ciclo vital. Representan el 26% de las causas de mortalidad infantil en Argentina. Su



prevalencia en recién nacidos oscila entre 3 a 5%, siendo clasificadas en mayores y menores (RENac 2014).

El porcentaje de MC presenta una tasa de prevalencia de 9.7 cada 10.000 nacidos vivos en el quinquenio comprendido entre 1995-1999; 8.7 cada 10.000 nacidos vivos en el quinquenio comprendido entre 2000-2004; 22 cada 10.000 nacidos vivos en el quinquenio comprendido entre 2005-2009, lo que representa un incremento del 160% respecto al período anterior; 17.9 cada 10.000 nacidos vivos en el quinquenio comprendido entre 2010-2014. **(Gráfico 22)**

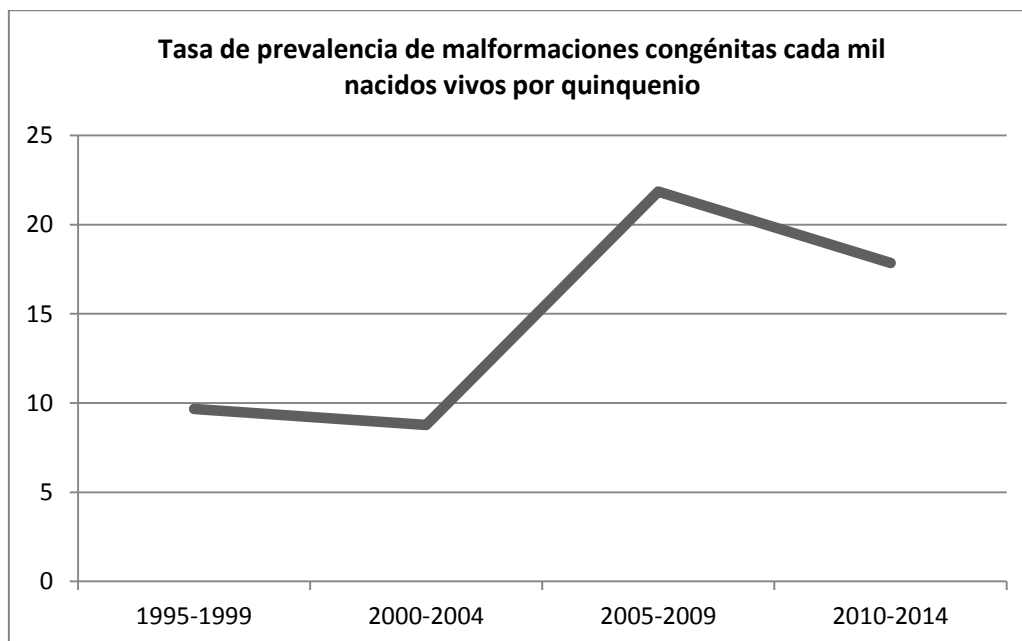


Gráfico 22: Tasa de prevalencia de malformaciones congénitas cada 1.000 nacidos vivos.

PROBLEMAS DE SALUD Y FUENTES DE CONTAMINACIÓN IDENTIFICADAS POR LA COMUNIDAD

Las últimas preguntas de la encuesta están dirigidas a conocer la percepción de los vecinos sobre los problemas que afectan la salud de su propia comunidad. Este dato muchas veces no es tenido en cuenta a la hora de diseñar e implementar políticas en salud, llevando a cabo acciones orientadas en un sentido distinto al de las preocupaciones de los habitantes. Creemos que la definición de las problemáticas y su abordaje debe darse a través de un proceso de participación democrático, que conduzca al empoderamiento de la comunidad para tener un mayor control sobre los determinantes que afectan su calidad de vida y sus procesos salud – enfermedad – atención.

595 personas de 1367 viviendas identificaron algún problema de salud en la localidad.

Al ser consultados sobre la existencia de algún problema de salud en Acebal, la respuesta que se repite con más frecuencia es “**Cáncer**” o “**Tumores**” (25%). Otros problemas de salud que aparecen como los más mencionados pero en un porcentaje claramente menor, incluyen: **alergias, suicidios, drogas y fumigación.** **(Gráfico 23)**



La percepción de los problemas relacionados al cáncer está asociada con una íntima relación a la muerte y 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 (Sociedad Española de Oncología Médica, 2007)

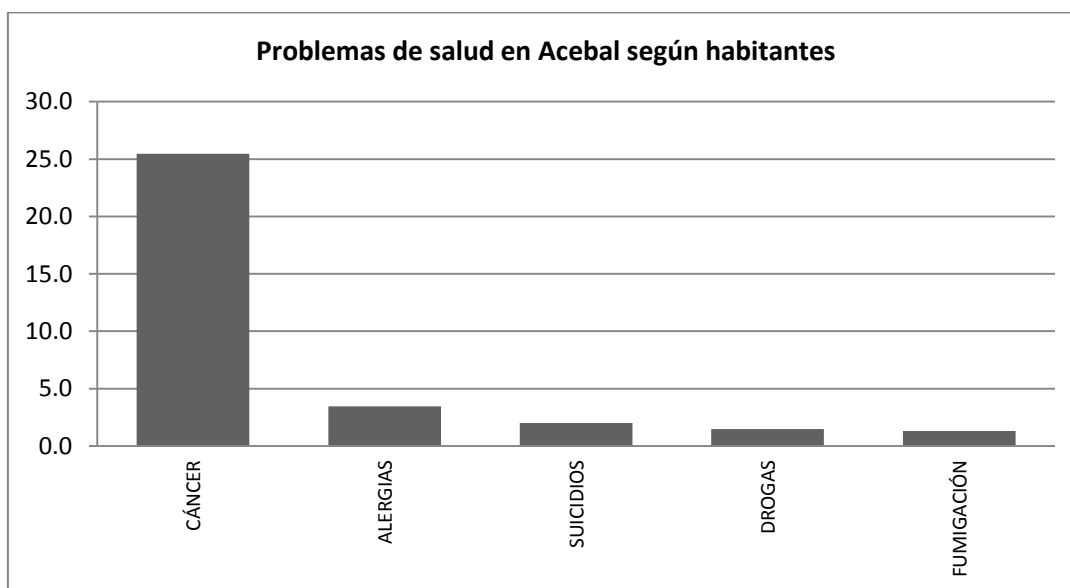


Gráfico 23: Problemas de salud en Acebal según sus habitantes. Porcentaje sobre el total de respuestas.

599 personas de 1367 identificaron alguna fuente de contaminación.

Respecto a la existencia de alguna fuente de contaminación en la localidad, la respuesta que aparece con más frecuencia es **“Fumigación”** (33,4%). Al igual que en la pregunta anterior, las respuestas que siguen en frecuencia representan un porcentaje mucho menor: **basura** (5,5%), **feedlot** (5,3%), **transformadores** (4,3%) y **agua** (3,5%). (**Gráfico 24**)

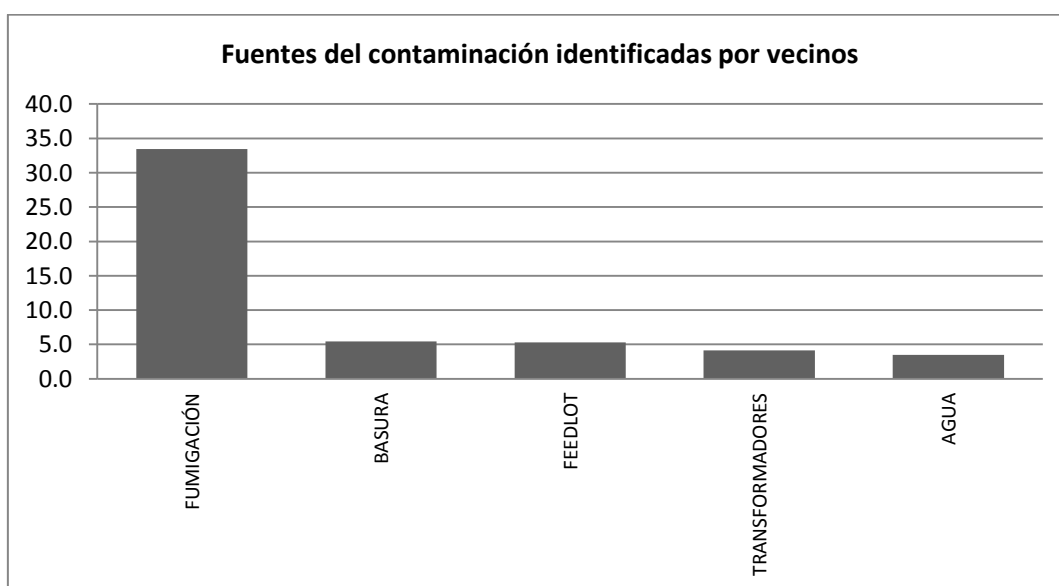


Gráfico 24: Fuentes de contaminación en Acebal según sus habitantes. Porcentaje sobre el total de respuestas.



CONCLUSIONES

En funciones de los datos presentados en el presente informe podemos sacar algunas conclusiones:

- Durante el desarrollo del relevamiento sociosanitario logramos entrevistar el 66% de los hogares y el 65,4% de la población tomando como referencia el censo poblacional 2010. Al aplicar prueba chi- cuadrado no existen diferencias significativas en la composición por sexo de la muestra y los valores informados por el censo 2010. Sin embargo 361 habitantes (10% de la población relevada) viven en la localidad hace menos de 5 años, por lo que no formaron parte del censo 2010.
- En relación a la cobertura en salud, si bien el 71% de los encuestados cuentan con obra social o prepaga, una cuarta parte utiliza ambos subsistemas. De esta manera podemos observar que el 66% (34% sólo público y 22% ambos sistemas) accede al subsistema público cuando presentan algún problema de salud, siendo elevado el nivel de satisfacción de los usuarios con un 63% con valoración entre 8 -10 puntos. Por otra parte es frecuente la necesidad de realizar consultas fuera de la localidad independientemente de la presencia o no de cobertura.
- Dentro de los problemas de salud de menos de 12 meses resulta llamativo la elevada frecuencia de patologías respiratorias tanto infecciosas como alérgicas. Así como también patologías crónicas como HTA, asma y DBT que fueron diagnosticadas en este periodo de tiempo
- Cuando preguntamos por problemas de Salud Crónicos (Mas de 12 meses de evolución), al igual que en otras localidades relevadas de la zona centro de la Provincia de Santa Fe se encuentran las Enfermedades Crónicas No Transmisibles como HTA, DBT y dislipemias. Llama la atención la presencia del hipotiroidismo como la segunda enfermedad más prevalente, sin embargo no se cuenta con información oficial sobre la prevalencia de esta patología en nuestra sociedad por lo que destacamos nuevamente la necesidad de generar datos locales que nos permitan comprender la realidad de nuestras comunidades. El perfil de morbilidad descripto se reafirma al preguntar sobre consumo de fármacos.
- Por otra parte, podemos observar cómo la morbilidad referida en el párrafo anterior, se refleja como causa de mortalidad, ya que tres de las principales causas de muerte corresponden a enfermedades del sistema circulatorio (Infarto agudo de miocardio, Insuficiencia cardíaca y accidente vascular). Siguiendo en orden de frecuencia, las neoplasias malignas.
- De estas últimas es importante remarcar que los tumores diagnosticados en el quinquenio 2010-2014 duplican a los diagnosticados en el quinquenio 2000-2004. Cabe resaltar que el Campamento Sanitario fue llevado a cabo en el mes de marzo de 2014, por lo que cual existe una infraestimación de los tumores diagnosticados en el último quinquenio.
- El tumor maligno de próstata fue el más frecuente en el año 2013, cuya tasa bruta de incidencia quintuplica la incidencia establecida por la IARC para nuestro país, así como la tasa bruta de incidencia del tumor maligno de mama supere un 50% la establecida por la misma entidad.



- En relación a los embarazos cabe destacar el aumento del porcentaje de embarazos que finalizan por cesárea por quinquenio, así como el aumento progresivo de pérdidas de embarazo en el primer trimestre de gestación.
- En relación a las malformaciones congénitas, hay un aumento de la tasa malformaciones cada mil nacidos vivos entre el quinquenio 2000-2004 y el quinquenio 2005-2009. En el último quinquenio se observa una disminución leve.

Es difícil poder establecer una relación causa – consecuencia del perfil de morbimortalidad descripto ya que 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 (Berlinger 1999).

El modelo “exposición-enfermedad” que generalmente rige los pensamientos de la ciencia considerada “normal”, y que supone cuatro elementos: “la exposición a la sustancia, la dosis que el sujeto ha absorbido en la actualidad, el efecto biológico de la dosis absorbida y la enfermedad clínica que resulta de esa situación” (Chivian, 1995: 19), está impregnado de una perspectiva lineal que no refleja la realidad de la biología.

La comprensión del proceso 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 Acebal entendida desde la compleja trama de actores y procesos 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).

Confiamos en que los datos de este informe, que fueron producidos en conjunto con la población, sirvan para orientar los recursos y estrategias no sólo del sector salud, sino de todos los sectores involucrados en el desarrollo de una comunidad, para poder alcanzar el máximo potencial en salud y una mejor calidad de vida.



BIBLIOGRAFIA

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.
2. Castellanos PL. Sobre el concepto salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud. *Bol. Epidemiológico OPS*. Vol. 10, Nº 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 2000. O.P.S./H.S.I. Washington, 1987.
5. Testa M. Decidir en Salud, ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? *Salud Colectiva* : 3 :247-257. 2007
6. Fundamentos de salud pública. Horacio Luis Barragán. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata Edición. 2007.
7. Síntesis estadística 1. Dirección de Estadísticas e Información en salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2016.
8. Registro de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e información en Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica y reporte. Ministerios de Salud de la Nación. Argentina 2016.
9. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de salud de la Nación. Argentina. 2016.
10. Informe de Morbi-mortalidad por cáncer en las localidades del Cordón Industrial y en la provincia. Programa Provincial de Oncología. Dirección Provincial de Promoción y Prevención. Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. 2016.
11. Advierten aumento de cesáreas innecesarias en Argentina. Organización Panamericana de la salud. Buenos Aires. Octubre 2015.
12. 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.
13. Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasa de cesáreas. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS. 2015.
14. Análisis Epidemiológico sobre las anomalías congénitas en recién nacidos, registradas en el año 2013 en la república Argentina. Reporte anual. 2014.
15. Globalización y salud global. Giovanni Berlinguer. *Salud Problema y Debate*. Buenos Aires, 1999.
16. Situación Crítica. Eric Chivian. Barcelona, Flor del Viento Editora. 1995.
17. La patria sojera. Daiana Melón. Editorial El Colectivo. Buenos Aires, 2014.
18. Primer estudio sociológico sobre la percepción del cáncer. Sociedad Española de Oncología Médica. Mayo 2007.

