

Volumen 4 / Nro. 1
Abril 2022

ConCiencia

La Revista Científica de OSEP



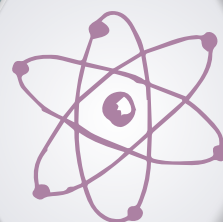
$$E=mc^2$$



Análisis de situación
de salud Puente
de Hierro



Situación de salud
trabajadores
de OSEP



Editorial

Los profesionales que trabajamos en salud sabemos que investigar es complejo. Requiere conocimientos, sí, pero sobre todo tiempo, compromiso, entrega, pasión por la profesión. Investigar es, en la mayoría de los casos, una actividad no remunerada, que nos consume energía y tiempo fuera del espacio laboral; pero también sentimos que es nuestro deber contribuir al conocimiento científico para prestar un servicio cada vez mejor a la población, y en nuestro caso a los afiliados de nuestra obra social.

La pandemia por COVID nos sumió en una crisis sanitaria nunca vista en este siglo. Durante dos años dejamos de publicar la revista científica de OSEP, pero se siguió investigando. Decenas de profesionales en nuestros efectores no bajaron los brazos y encontraron intersticios en sus tareas diarias para poder producir conocimiento.

Y el conocimiento, si no se divulga y no se comunica, pierde su sentido.

Por eso, con mucha alegría, les presentamos el volumen 4 de ConCiencia, la Revista Científica de OSEP, que comienza con un nuevo ciclo de publicaciones semestrales para dar a conocer el increíble trabajo de investigación que se realiza en la institución, valorando a los profesionales que ponen su corazón al servicio de la ciencia.

Esperamos la disfruten!



Dr. Carlos Funes
Director General
OSEP

Revista Científica de OSEP

Volumen 4, N°1 / abril 2022

Edición online

La Revista Científica OSEP es la publicación científica de la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza, Argentina. Difunde estudios y material sobre avances en todos los ámbitos de la Salud, incluyendo artículos sobre investigación clínica o básica y epidemiológica, evaluación de servicios de salud, cartas científicas, revisiones, comentarios editoriales, cartas al editor, entrevistas y reseñas de libros. Con una periodicidad semestral, publica en español en su edición papel y en español o inglés, en su versión on line: <http://www.osep.mendoza.com.ar>

**Editor – Propietario
OSEP**

(Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza, Argentina)
José Vicente Zapata 313, Ciudad, Mendoza, Argentina
Teléfono 0261- 4615000
Mail de Contacto: comitedocenciaosep@gmail.com

Dr. Carlos Funes, Director General de OSEP
Comité Editorial

Dra. Mariana Castaños - Gabriela Masier

Equipo Técnico Editorial

Lic. Natalia Ayala – Lic. Ana Klein - Walter Moreno

Revisores: Marcelo Alvarez, Myriam Pelegrina, Cecilia Molina,
Lic. Elcira Maneschi

3

Editorial

4

Responsables

6

Trabajos originales

SITUACIÓN DE SALUD EN TRABAJADORES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABOLICOS, TRAS UNA AUDITORIA EN EXÁMENES CLÍNICOS PRE OCUPACIONALES EN LA O.S.E.P.

HEALTH SITUATION IN WORKERS WITH CARDIOMETABOLIC RISK FACTORS, AFTER AN AUDIT IN PRE-OCCUPATIONAL CLINICAL EXAMS AT O.S.E.P.

13

Trabajos originales

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD
PUENTE DE HIERRO**

PUENTE DE HIERRO HEALTH SITUATION ANALYSIS

26

**INSTRUCTIVO PARA PUBLICACIÓN
EN LA REVISTA CONCIENCIA**

ÍNDICE

Trabajo original

SITUACIÓN DE SALUD EN TRABAJADORES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABOLICOS, TRAS UNA AUDITORIA EN EXÁMENES CLÍNICOS PRE OCUPACIONALES EN LA O.S.E.P.

HEALTH SITUATION IN WORKERS WITH CARDIOMETABOLIC RISK FACTORS, AFTER AN AUDIT IN PRE-OCCUPATIONAL CLINICAL EXAMS AT O.S.E.P.

AUTOR: Grilli, F.G.

PROCEDENCIA: Obra Social de Empleados Públicos –
Ciudad de Mendoza. Mendoza – Argentina.

DIRECCIÓN POSTAL: V. Zapata 313. Ciudad de Mendoza. C.P. 5500.
Mendoza. Argentina.

CORREO ELECTRONICO: doctorgrilli@gmail.com

Resumen

Introducción: Anualmente en la Obra social de empleados públicos de Mendoza (O.S.E.P.), se programa el pasaje a planta permanente de agentes contratados, quienes deben superar un examen preocupacional a fin de emitir una certificación de aptitud y admisión permanente en la administración pública.

Objetivo: determinar el estado de salud previo al ingreso a la Administración pública.

Material y método: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, Se realizaron estudios preocupacionales a 192 agentes durante el mes de marzo de 2021. Se utilizó Excel para el análisis de datos.

Resultados: De los 63 evaluados la mayoría eran mujeres, se hallaron 11 agentes con obesidad, 4 con hipertensión arterial, tabaquismo crónico 36,5%, e hiperglucemias aisladas 4,76%.

Discusión: Estos hallazgos sugieren que un número significativo de agentes, presentan factores de riesgo cardio metabólicos previos, lo que implica altos costos en salud directos e indirectos.

Conclusión: dado el riesgo cardiometabólico evidenciado, es necesario llevar a cabo un programa de prevención de salud, a fin de disminuir la morbilidad, los costos en salud, y los altos niveles de ausentismo. (2)(4)(5)(9)

Palabras Claves: preocupacional, cardiometabólico, proyecto, salud.

Abstract

Introduction: Annually in the Social Work of Public Employees of Mendoza (O.S.E.P.), the passage to the permanent staff of contracted agents is scheduled, who must pass a pre-employment exam in order to issue a certificate of aptitude and permanent admission in the public administration.

Objective: to determine the state of health prior to admission to the Public Administration.

Material and method: a descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out. Pre-occupational studies were carried out on 192 agents during the month of March 2021. Excel was used for data analysis. Results: Of the 63 evaluated, the majority were women, 11 agents were found to be obese, 4 to have high blood pressure, chronic smoking 36.5%, and isolated hyperglycemia 4.76%.

Discussion: These findings suggest that a significant number of agents present previous cardiometabolic risk factors, which implies high direct and indirect health costs.

Conclusion: given the cardiometabolic risk evidenced, it is necessary to carry out a health prevention program in order to reduce morbidity and mortality, health costs, and high levels of absenteeism. (2)(4)(5)(9)

Keywords: preoccupational, cardiometabolic, project, health.

Introducción

El término pre ocupacional, tiene un significado textual de diccionario que asevera: "Es un tipo de examen que se hacen a las personas que aspiran a un puesto de trabajo de máxima responsabilidad, en el que se evalúan las aptitudes físicas y psicológicas de los aspirantes".

Considerando que la Ley N° 24.557 no solo dictamina fomentar la prevención en los trabajadores, sino que también, el optar por herramientas adecuadas para hacer posible su cumplimiento, apelando a la obligación de desarrollar planes de mejoras y de vigilancia continua de las condiciones del ambiente de trabajo, como asimismo la de monitorear el estado de salud de los trabajadores, a través de la realización de exámenes médicos. Haciendo lugar a la resolución 43/97 de Riesgos del trabajo es asertivo comprobar la aptitud de un postulante para así cubrir determinado puesto de trabajo, y no solo ello, sino lograr descubrir enfermedades preexistentes, acudiendo a la obligatoriedad de un conjunto de exámenes médicos y psicológicos, previas a la relación laboral en planta permanente. (3)

Todo proceso para efectivizar el pasaje a planta permanente de los trabajadores contratados, se rige por leyes laborales como en este caso la ley 19587 (Ley de higiene y seguridad), donde en su artículo 9 dicta: "Sin perjuicio de lo que determinen especialmente los reglamentos, son también obligaciones del empleador: disponer el examen preocupacional y revisión periódica del personal, registrando sus resultados en el respectivo legajo de salud." (1)

A su vez, este cribado exhaustivo conlleva a verificar distintas preexistencias, que en este caso orienta a tendencias de prevalencia de enfermedades cardiometabólicas en dichos agentes en un importante número de casos. Si basamos las estadísticas en las conocidas variables del Score de Framingham, observamos que estos datos y otros llevan a evaluar la creación de un programa de prevención de salud en estas instancias del proceso. (6)(7)

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y

transversal. La población de estudio fue constituida por agentes postulantes para ingresar a planta permanente de la OSEP, durante el mes de marzo de 2021. Se realizaron estudios preocasionales de 192 agentes: historia clínica orientada a la medicina laboral, entrevista psicológica, radiografía de tórax, electrocardiograma (ECG) y análisis de sangre sin constar lipidograma (Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos). Luego cada legajo lleva aparejada o no su aptitud de ingreso, pasando a auditoria en el Departamento de medicina Laboral y Legal, en donde se toma una muestra al azar de 63 legajos (cribaje cardiometabólico) (32.81 %). Vale aclarar, que dichos legajos llegan a la auditoría de Junta médica, la muestra es escogida al azar sin tomar en cuenta datos filiatorios ni identificatorios. (9) De la muestra se tomaron variables de índice de masa corporal (IMC), tensión arterial, tabaquismo, glucemia en ayunas, sexo biológico y edad (algunas variables de las Tablas de riesgo de Framingham clásica para medición de riesgos coronario a 10 años). Las variables originales de dicho SCORE son: sexo, edad, tensión arterial sistólica, colesterol total y HDL, tratamiento actual de hipertensión arterial (HTA), tabaquismo activo y presencia de diabetes.

El tratamiento que se dio a los datos de esta investigación ha sido según lo establecido por la ley 25.326 y demás reglamentación que corresponde. El procedimiento utilizado para la selección de la muestra con los legajos de los pacientes, se ha realizado conforme al proceso de disociación de la información, de modo que los titulares de dichos datos son inidentificables, cumpliendo de ese modo con las disposiciones legales de protección de datos sensibles, y principios bioéticos que la investigación clínica requiere. Se utilizó Excel.

RESULTADOS

De los 63 agentes evaluados (32.81 %) 46 eran de sexo femenino (73.01%) y 17 de sexo masculino (26.99%) (Gráfico 1). Los rangos etarios por décadas se describieron como: 20 a 29 años (30.15%), de 30 a 39 años (39.68%), de 40 a 49 años (23.80%) y mayores de 50 años (4.76%) (Gráfico 2), contemplando que en el Score de Framingham la existencia de mayoría de 50 años denota un mayor riesgo cardiovascular.

Se detectaron 8 agentes con obesidad grado I, y 3 con obesidad grado II, lo cual hace un total de obesidad hallada del 17.45% de la muestra (Gráfico 3). Con hipertensión arterial 4 agentes, de los cuales sólo 1 estaba con tratamiento médico (Gráfico 4). Tabaquismo activo presentó el 36.50% y glucemias mayores de 100 mg/dl el 4.76% de los trabajadores.

DISCUSIÓN

Estos hallazgos sugieren que un número significativo de agentes evaluados en pre ocupacionales, acorde a las leyes vigentes, presentan factores de riesgo cardiometabólicos, independientemente de otras pre existencias. Lo cual, conociendo los resultados de estudios como las guías de tratamiento para disminuir los lípidos y el riesgo de enfermedad coronaria (EC) diseñadas por el National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP-III), creemos necesario la creación de un proyecto basado en prevención de salud, de índole interdisciplinario, abarcativo de todos los factores de riesgo metabólico a fin de guiar la salud de nuestros empleados hacia un destino favorable desde los inicios de su trayectoria en la institución.

A veces los proyectos, por más que enaltezcan la contención del trabajador, se ven truncados, por variables económicas, edilicias, geopolíticas, sociales y culturales. Es por ello que se podría transpolar dicho proyecto al resto de la adminis-

tración pública de la provincia de Mendoza, desde sus procesos de admisión.

Creemos necesario, que, para futuras investigaciones, hacer mayor hincapié en variables bioquímicas más trascendentes a las enfermedades en cuestión, como así también realizar cambios estructurales de las historias clínicas, a fin de resaltar variables usadas en la auditoria.

Es por eso que ayudar a un número importante de trabajadores asintomáticos, a detectar sus factores de riesgo provocará una reducción de la morbimortalidad.

CONCLUSIÓN

En virtud de una oportuna auditoria en tiempo y forma, del Departamento de medicina laboral y legal (Junta Médica), dependiente de la sub dirección de RRHH – O.S.E.P., basados en los datos recogidos aleatoriamente y procesados según factores de riesgo cardio metabólicos, de una muestra de agentes aspirantes a ocupar cargos en la obra social durante el proceso pre ocupacional en materia de medicina laboral; vemos la necesidad de crear un programa de prevención de salud interdisciplinario en la O.S.E.P., a fin de que los agentes con factores de riesgo, sean ingresados oportunamente a recuperar su salud ad integrum, obteniendo asimismo el derecho a la salud, con lo cual se disminuye la tasa de ausentismo, el uso desmedido del sistema de salud, lo que conlleva a la disminución de los costos directos e indirectos en salud.

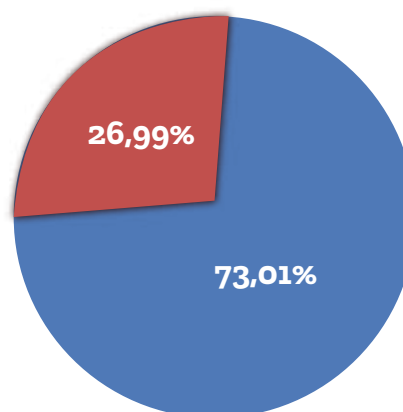
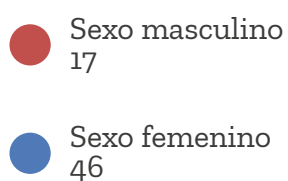
Bibliografía

- 1 – Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 19587 Ley de Higiene y seguridad en el trabajo de la República Argentina. InfoLeg.
- 2 – Ley provincial 5811. Régimen de remuneraciones y licencias para el personal de la administración pública provincial.
- 3 - Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 24557 prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Resolución 43/97 Exámenes médicos en salud, preocupacionales, periódicos, previos a la transferencia de actividad, posteriores a ausencias prolongadas, previos a la terminación de la relación laboral. Obligatoriedad para el trabajador. Profesionales y Centros Habilitados. Incumplimiento. Otras obligaciones. Disposición transitoria. Vigencia y plazos. InfoLeg.
- 4 – Carlos A. Rodríguez: La salud de los trabajadores. La investigación científica y el uso de la técnica en el mejoramiento de las condiciones de trabajo. Pag 325.
- 5 – Instituto de prevención y capacitación de riesgos laborales. Principios Básicos sobre Prevención en riesgos laborales. Pag. 3.
- 6 – National Cholesterol Education Program (NCEP) y V Joint National Committee (V JNC). Tablas de riesgo de Framingham.
- 7 - Las guías de tratamiento para disminuir los lípidos y el riesgo de enfermedad coronaria (EC) diseñadas por el National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP-III)
- 8 - Decreto de Ley N° 560/73. Estatuto del Empleado Público. Artículo 45.
- 9 – Resolución N.º 2212/2016 del Honorable directorio de OSEP sobre el ámbito de aplicación de la Junta Medica de OSEP (Departamento de medicina laboral y legal – RRHH). Artículo 1.
- 10 – Instituto de investigaciones historicas –

Museo Nacional Roca. El informe Bialek Massé y la Ley Nacional de Trabajo.

ANEXO

Gráfico 1 Distribución por sexo



*De 192 postulantes, 63 fueron Seleccionados al azar

Gráfico 2 Rango Etario

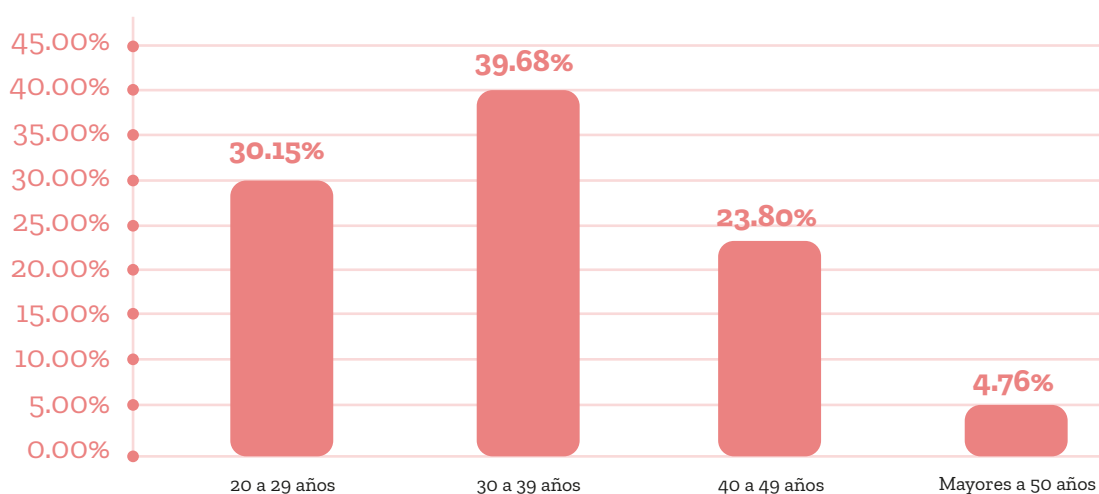


Gráfico 3 Obesidad

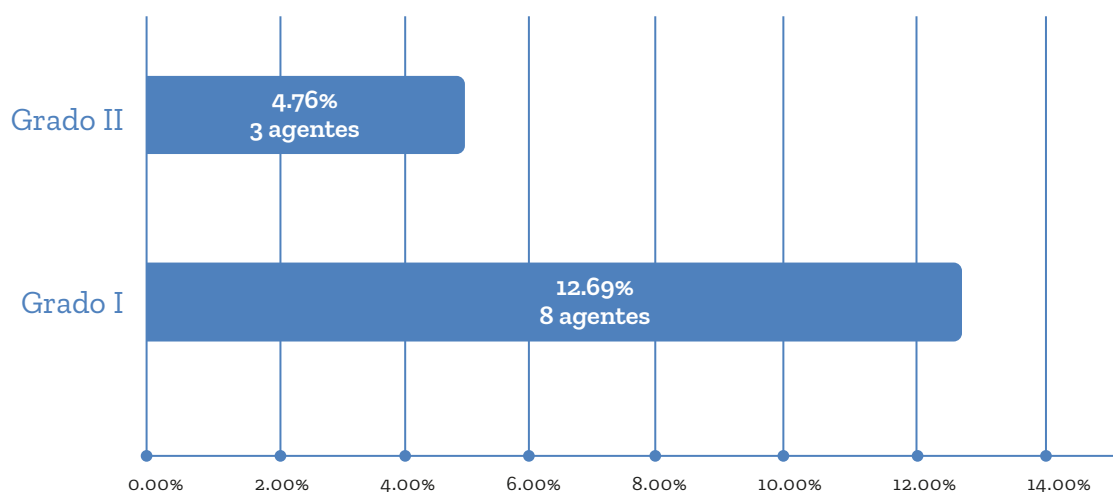


Gráfico 4 Hipertensión



*Con tabaquismo activo el 36.50%. Con glucemias mayores de 100mg/dl el 4.76% de los agentes

Trabajo original

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PUENTE DE HIERRO

PUENTE DE HIERRO HEALTH SITUATION ANALYSIS

Ramos FM., Vazquez Zabala AJ.
Residencia de Medicina de Familia OSEP, Mendoza, Argentina.
Mail: alevazquezzabala@gmail.com

Resumen

Introducción: Los Análisis de Situación de Salud (ASIS) han sido definidos como procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud así como sus determinantes, sean éstos, competencia del sector salud o de otros sectores.

Objetivos: Describir la situación de salud de la población de Puente de Hierro en el año 2019, conjuntamente con los recursos que cuenta para dar respuesta a dicha situación.

Materiales y métodos: Se utilizó un enfoque metodológico de la información que considera a las familias, además de caracterizar a los individuos. En el mismo, se recurrió a indicadores demográficos y sanitarios para el análisis de situación de salud de la población. También se realizaron entrevistas, consultas bibliográficas, interconsultas y salidas de campo,

Resultados: Puente de Hierro consta de una población de 6619 personas, de los cuales 50,41% son masculinos y el 49,58% femeninos, de ellos solo el 5,87% es mayor a 65 años. El 90,46% de los mayores de 3 años se encuentran alfabetizados. El 27,3% no tiene acceso a la red de agua potable. El 7,3% de las viviendas no cuentan con baño/letrina. Solo el 1,6% de los hogares accede a la red cloacal. Menos del 15,6% de las viviendas se encuentra conectada a la red de gas. Total de afiliados a OSEP en Puente de Hierro 470.

Conclusión: El valor de esta investigación radica en que se puso en evidencia la las desigualdades a las que se enfrentan los habitantes de puente de hierro al momento de obtener acceso al sistema de salud, la cual se corresponde con su clase social.

Palabras clave: Puente de Hierro, análisis de situación de salud; población; salud.

Abstract

Introduction: Health Situation Analysis (ASIS) has been defined as analytical-synthetic processes that cover various types of analysis. They allow describing, measuring and explaining the health-disease profile of a population, including damages and health problems, as well as their determinants, whether they are the health sector's responsibility or not.

Objectives: To Describe the health situation of the population of Puente de Hierro in no 2019 as well as the resources available to act in this situation.

Materials and methods: A methodological approach to information was used, this method takes into consideration the families as well as the individual characteristics within this method, demographic and health indicators were used to analyze the population's health situation. Interviews, bibliographic consultations, inter-consultations and fieldwork were also conducted.

Results: Puente de Hierro consists of a population of 6619 people, from which 50.41% are male and 49.58% female, from which only 5.87% are older than 65 years. 90.46% of those over 3 years old are literate. 27.3% do not have access to the drinking water network. 7.3% of homes do not have a bathroom / latrine. Only 1.6% of households have access to the sewer network. Less than 15.6% of homes are connected to the gas network. Total OSEP affiliates in Puente de Hierro 470.

Conclusion: The value of this research is that it evidenced the existence of a social gradient relationship/connection between health and social class.

Keywords: Puente de Hierro, health situation analysis; population; Health.

Introducción

El análisis de la situación de salud (ASIS) es una actividad necesaria en la APS, que tiene como propósito identificar las características socio psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los mismos. Han sido definidos como procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud así como sus determinantes, sean éstos, competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud. Se incluye como fundamento el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja,

consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y nivel socioeconómico que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento.

Objetivo general

Describir la situación de salud de la población de Puente de Hierro en el año 2019, conjuntamente con los recursos que cuenta para dar respuesta a dicha situación.

Objetivos específicos

1. Caracterizar las condiciones de vida de la población de Puente de Hierro en sus aspectos demográficos, socioeconómicos y ambientales.
2. Sistematizar la situación de la morbi-mortalidad de la población de Puente de Hierro

3. Describir las respuestas del sistema de salud para hacer frente a la situación de salud/enfermedad de la población de Puente de Hierro

4. Fortalecer las capacidades predictivas y resolutorias de la gestión sanitaria, apoyando la construcción de escenarios prospectivos de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

La elaboración del presente informe utiliza un enfoque metodológico de la información que considera a las familias, además de caracterizar a los individuos. Se consideró pertinente recurrir a indicadores demográficos y sanitarios para analizar la Situación de salud de la Población. Estos indicadores deben ser precisos en su formulación ya que de ellos depende una interpretación adecuada de los mismos. Además, deben permitir comparaciones con periodos anteriores que incluyan datos estadísticos que posibiliten tener puntos de referencia al momento de realizar las intervenciones.

Se utilizó además técnicas de entrevistas, interconsultas, salidas de campo que resultaron de gran valor para obtener información.

Finalmente, la validez de un enfoque metodológico, una técnica, o un procedimiento por más valioso que sea, sólo alcanzará su real dimensión si los datos obtenidos a través de ellos, son puestos al servicio del mejoramiento de la calidad de vida de la población y se encuentren al alcance de todos aquellos actores involucrados en estos procesos de mejora.

RESULTADOS

En el año 1993, por ordenanza 3702/93, se crea el distrito N° 20 de Guaymallén (Figura 1). El mismo surge en respuesta al crecimiento urbanístico experimentado por esa zona rural.

Ubicado al Este del departamento de Guaymallén, provincia de Mendoza, sus límites geográficos son: Canal Auxiliar Tulumaya (límite depar-

tamental), desde Calle San Miguel al Este hasta Canal Nuevo Tulumaya (límite departamental), por este al Sur siguiendo por Arroyo Fernández hasta Calle Ferrari, por esta al noroeste hasta Calle San Miguel y por esta al Norte hasta encontrar Canal Auxiliar Tulumaya. Posee una superficie de 17,45 km². Dista de la Ciudad de Mendoza en tan sólo 18 km. Posee una vía de conexión inter-departamental que es la calle Severo del Castillo, y el carril Costa de Araujo. Sus arterias primarias son: Ferrari, y San Miguel (Figura 2).

El distrito de Puente de Hierro, es una zona agrícola- rural y también urbano-marginal. Se encuentra en constante crecimiento desde su fundación.

Según el censo poblacional de 2010, Puente de Hierro cuenta con una población total de 6619 habitantes. Lo cual representa un 2,33% del total de pobladores del departamento de Guaymallén (Gráfico 1).

Según los datos registrados en el último censo, es una población heterogénea, (6619 personas) compuesta por personas de nacionalidad argentina en un 94% (6297 personas) e inmigrantes el 6% restante (322 personas) bolivianos y peruanos entre otros (Gráfico 2). Es una población joven, observándose un 33% de niños (menores de 14 años) (Gráfico 3).

Argentina, Mendoza y Guaymallén presentan una población envejecida, pero al momento de analizar la situación particular de Puente de Hierro, debemos tener en cuenta que solo el 5.87% es mayor a 65 años, por lo que podemos afirmar, que ésta, es una población madura, con una base situada en la población entre 15 y 64 años.

De las personas que viven en el distrito de Puente de Hierro, 3337 habitantes son de sexo masculino, y 3282 habitantes de sexo femenino. Que representan porcentajes del 50,41% y 49,58% respectivamente.

Educación

El distrito de puente de Hierro cuenta con cuatro establecimientos educativos: Escuela Doctor Abel Albino, Escuela Flavio Ferrari, CEBA 3-107 Puente de Hierro y Jardín 0-119 Sin Nombre.

Según los datos reflejados en el censo de 2010 se puede observar que el 90.46% de los mayores de 3 años se encuentran alfabetizados, siendo este uno de los porcentajes más bajos de la provincia (Gráfico 4).

Vivienda

Según Censo Nacional de Población Hogares y Vivienda del año 2010 se registraron 1663 viviendas dentro de las cuales más del 74% son propietarios del terreno, 5,6% alquila y más del 20% son ocupantes por diferentes motivos como préstamo, trabajo u otra situación (Gráfico 5).

El 27,3% no tiene acceso a la red de agua potable, lo que lleva a que utilicen agua de perforación con bomba, de pozo, transportada por camión cisterna, agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia (Gráfico 6).

El 7,3% de las viviendas no cuentan con baño/letrina, y de las familias que lo tienen 8,5% deben compartirlo.

En cuanto a la red cloacal sólo 1,16% de los hogares accede a ella, el 96,5% tiene pozo séptico o ciego y las excretas del 2,3% de los hogares restante van a parar a hoyos o excavaciones en la tierra (Gráfico 7).

Menos del 15,6% de las viviendas se encuentra conectada a la red de gas, el 80,5% de los hogares consume gas envasado en garrafa. El resto, 3,8% utiliza otros medios para cocinar y/o calefaccionar en sus viviendas, como leña, carbón o electricidad (Gráfico 8).

Afiliados a OSEP en Puente de Hierro

- Total de afiliados/as Puente de Hierro: 470*
- Niños/as (0-14 años): 116
- Adultos/as mayores (+64 años): 33

Consumo**

Sin consultas: 141 (30%)

Mujeres 25-65 años sin PAP en los últimos dos años: 100 (80%)

Jurisdicción de origen de ACTIVOS/AS

- Municipales: 84 (50%)
- DGE: 34 (20%)
- Seguridad: 23 (15%)
- OSEP: 8 (5%)
- Otros: 14 (10%)

Afiliados/as por barrio (por orden alfabético)

- 9 DE ENERO: 31
- EL LIBERTADOR: 22
- EL PORVENIR: 41
- EVELIN: 44
- GRILLI: 36
- GRILLI NORTE: 8
- GRILLI SUR: 20
- JARDIN TULUMAYA: 13
- KRAFT: 16
- LAS CHACRAS: 4
- LOS OLIVOS: 17
- LOS OLIVOS NORTE: 14
- LOTE RUBIALES: 5
- MALVINAS ARGENTINAS: 65
- SAN MIGUEL: 3
- SAN VICENTE: 18
- SAN VICENTE I: 39
- SAN VICENTE II: 21
- SAN VICENTE III: 9
- SANTA MARIA: 17
- SIN BARRIO: 27

Titulares ACTIVOS/AS debajo de la canasta básica total: 116 (70%)

* Padrón reconstruido a partir de búsqueda por palabra (barrio y localidad)

** Datos a enero de 2019

*** Considera ingreso neto y CBT (\$26.000) de diciembre 2018

Salud

El día 17/12/18 se inauguró la Unidad de Diagnóstico Intensivo de Puente de Hierro, que beneficia-

rá a 25 mil habitantes de la zona Ubicado en calle Pacheco, a 570 metros de la calle conectora Severo del Castillo, del distrito de Puente de Hierro Guaymallén, el centro asistencial fue construido en un predio de 8.000 m². (2200m² cubiertos). Su dirección está a cargo del Dr. Alberto Aceña desde el año 2018 (Figura 3).

En este establecimiento se encuentra funcionando la residencia de Medicina de Familia de OSEP, la cual cuenta con 10 residentes, 1 jefa de residentes y 2 instructores, los cuales realizan actividades asistenciales, en el mismo.

Si bien no existe estadística sistematizada en relación a los principales problemas de salud de la comunidad que asiste al Microhospital de Puente de Hierro, se ha recogido información provista por personal del centro de salud (médicos, enfermeros, administrativos, directivos, agente sanitario) y por parte de la comunidad en la que se pone de manifiesto que un número significativo de consultas realizadas están vinculadas con la atención de la población materno infantil, que las mismas además, refieren a la realización de prácticas preventivas (control de embarazo, control de crecimiento y desarrollo, planificación familiar) y a la atención de patologías prevalentes. De esta información resulta que adultos mayores y jóvenes adultos, más adolescentes, son los grupos etarios que esporádicamente concurren al centro de salud para la realización de prácticas preventivas y atención de patologías prevalentes. Asimismo, se destaca la consulta sostenida por parte de numerosas familias radicadas en las zonas periféricas (asentamientos aledaños) sometidas todas, a altos niveles de vulnerabilidad. La comunidad refiere además, los obstáculos presentes en el acceso a la obtención de turnos programados, problema no resuelto desde las instituciones. Otro motivo que les preocupa es la falta de insumos en muchas oportunidades y el hecho de no contar con ambu-

lancia propia y en caso de una emergencia esperar hasta una hora para que llegue la misma.

CONCLUSIONES

El valor de esta investigación radica en que se puso en evidencia la existencia de un gradiente entre salud y clase social. Junto con los determinantes económicos de la enfermedad, se incluyeron otros, como los biológicos, los medioambientales, culturales y la respuesta social frente a los problemas de salud identificados.

Estos problemas de salud y sus determinantes existen independientemente de que los actores sociales los identifiquen; pero la respuesta social a esos problemas por parte de las instituciones del Estado a través de los servicios de salud, cultura, educación, economía, infraestructura, medioambiente, entre otros, debería confluir en su identificación y visibilización.

Consideramos que esta herramienta de análisis, debería estar al alcance de todos los agentes de salud para lograr efectividad en relación a las decisiones tendientes a solucionar los problemas de salud que afectan a la población.

La ausencia de un marco conceptual en salud, de recursos humanos calificados, la existencia de información fragmentada y de un exacerbado centralismo en la asignación de recursos, trae como problema, un empobrecimiento del análisis de la situación de salud de la población con la consecuente aplicación de un enfoque fragmentado a la hora de la toma de decisiones. Estas características conducen dentro del sistema de salud a tomar decisiones no basadas en evidencia, a vigilar enfermedades y no condiciones de salud, a realizar intervenciones no estratégicas, a debilitar sus capacidades analíticas y finalmente, a asignar recursos sin tener en cuenta prioridades devenidas de un enfoque integral.

Estamos convencidos de que parte del cambio en el sistema de salud sería evidenciado con la reali-

zación de proyectos intersectoriales.

Es preciso considerar que la puesta en marcha de estos proyectos comunes tiene también “efectos colaterales” a nivel microsistémico, es decir, puede generar efectos no esperados y que es necesario considerar.

Además debemos tener en cuenta las nuevas demandas que puedan surgir en la comunidad, las cuales no pueden ser ignoradas ya que puede resultar perjudicial para la red.

Problemática observada

- Cobertura desigual: cobertura y acceso a la atención médica: La cobertura de salud se asocia no solo con recibir cuidados adecuados de prevención y control, sino también existe evidencia de una asociación con factores de riesgo y enfermedades crónicas, además de mortalidad. Además de la cobertura formal, la accesibilidad a servicios de salud es otro de los determinantes de salud relevantes.

- Fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos: la fragmentación del sistema en subsectores, jurisdicciones y niveles genera ineficiencias en el uso de los recursos existentes duplicando innecesariamente ofertas y servicios y la consecuencia en el gasto.

- Nominalización incompleta: incorporación del concepto de nominalización significa asumir la responsabilidad de un paciente y familia a cargo. Nominalizar la familia significa contención integral e integrada de la misma. Estar a cargo de un EQUIPO DE SALUD que asume la contención continua integral de una persona y su familia con nombre y apellido.

- Escasos recursos asignados a prevención. Existe una ventajosa relación de costo-efectividad de las intervenciones en prevención y promoción.

- Desigualdad en el acceso: Existe diversidad en las variables que inciden en este problema pero sin dudas en nivel de ingresos es el principal

factor de asimetrías así también como la ubicación geográfica del paciente y nivel socio-cultural.

- Mortalidad y morbilidad evitable: amplias diferencias en las tasas de mortalidad materna e infantil en donde más de la mitad de las muertes son prevenibles con acciones oportunas .

- Aumento sistemático de la morbi-mortalidad por causas no transmisibles, siendo las dos primeras causas de mortalidad , enfermedades cardiocirculatorias y tumorales. Luego siguen las infecciosas y las causas externas (accidentes). El conjunto de estas genera el 60% de la mortalidad general, y todas ellas involucran fuertemente a los factores de riesgo determinados por estilos de vida.

- Deficitaria articulación entre el primer nivel y segundo nivel de atención. (Sistema de referencia y contrarreferencia)

- Insuficiente concientización en la realización de ENCUENTROS de DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO entre diferentes referentes de la comunidad en relación al sistema de salud, motivado por resistencia al trabajo extramuros de los distintos actores, o falta de espacios propicios para tal ejercicio

Bibliografía

1. "Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la Atención Primaria". María del Carme. Pría Barros,¹ Isabel Louro Bernal,² Ana Teresa Fariñas Reinoso,³ Héctor Gómez de Haz³ y Alina Segredo Pérez
3. "Sistema estadístico municipal. Departamento de Guaymallén". Censo 2010
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). <http://www.who.int/es/>
5. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org/arg/>
6. Plataforma de Políticas Públicas. UNCuyo. <http://www.politicaspubblicas.uncu.edu.ar/>
7. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes. Mendoza. <http://www.infosalud.mendoza.gov.ar/>
8. Municipalidad de Guaymallén. Mendoza. <http://www.guaymallen.gob.ar/>
9. Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas. Ministerio de Economía Infraestructura y Energía.
10. <http://www.deie.mendoza.gov.ar/>
11. UNICEF Argentina. <https://www.unicef.org/argentina/spanish/overview.html>
12. Programa SUMAR. Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.msal.gob.ar/sumar/>
13. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. República Argentina. <http://www.indec.gov.ar/>
14. Obra Social de Empleados Públicos. Mendoza. <http://osepmendoza.com.ar/>
15. Ramos Domínguez (2006) Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de situación de salud. En Revista cubana Salud Pública. Volumen 32, Número 2, página 164-170. Ciudad de La Habana abr-jun 2006. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Conectividad efectores de salud públicos mendoza 2013. <http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2014/12/SSDS-Conectividad-2013.pdf>
17. Entrevista a: Lic. Cecilia Silva. Departamento de Investigaciones Socio-Sanitarias y Abordaje Poblacional, OSEP
18. Entrevista a: Lourdes Molina. Agente sanitario, Microhospital Puente de Hierro

ANEXO

Figura 1 Guaymallén

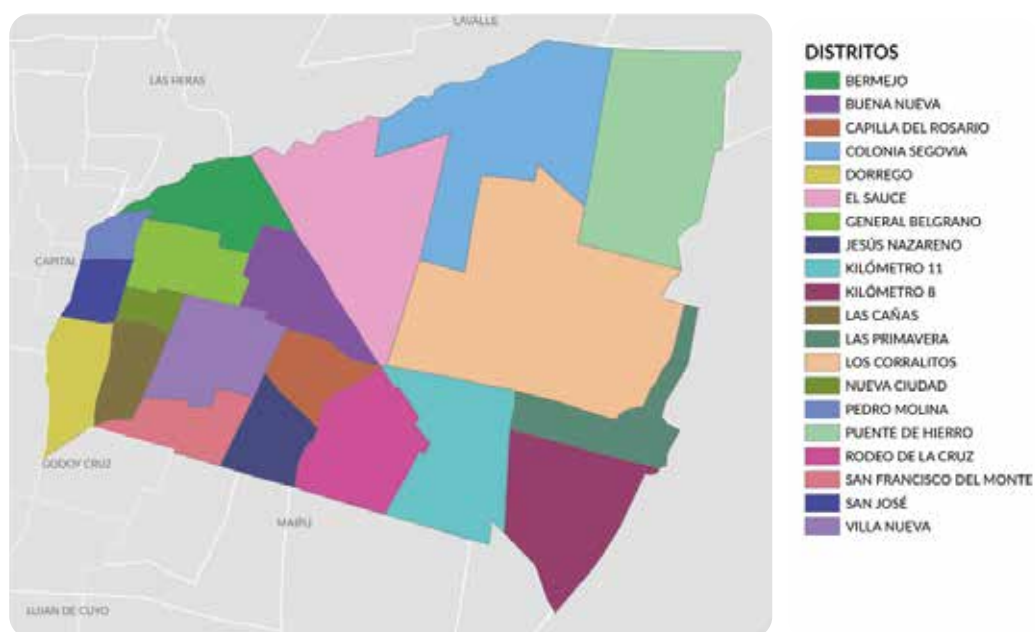


Figura 2

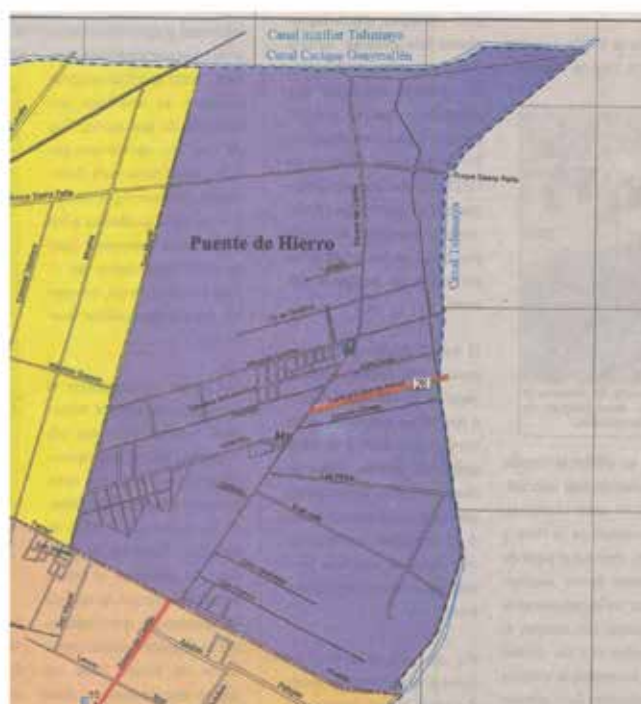


Gráfico 1 Distribución de población

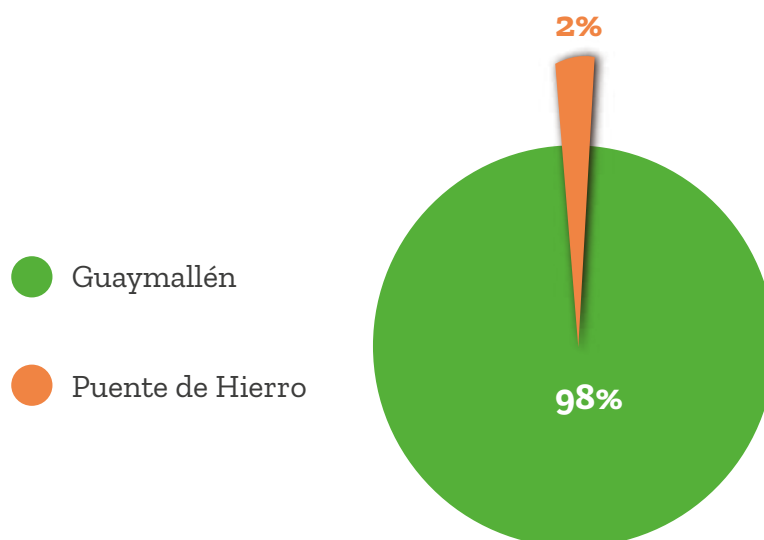


Gráfico 2 Pais de nacimiento de la población

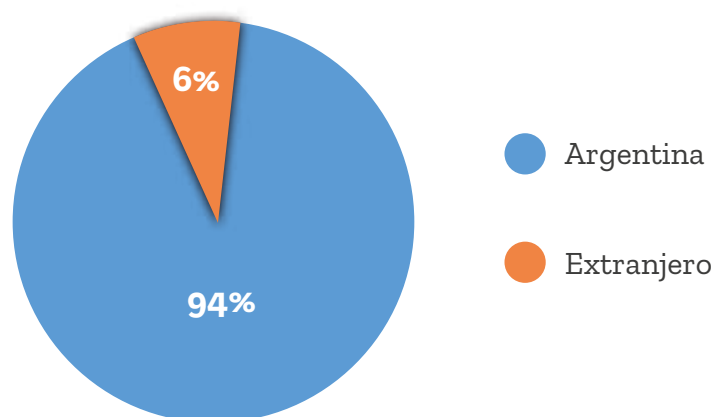


Gráfico 3 Distribución de población

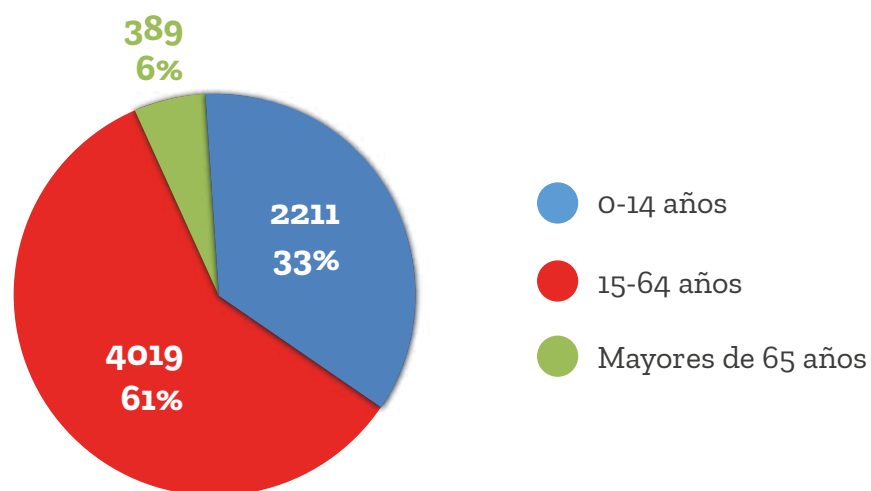


Gráfico 4 Nivel de alfabetización

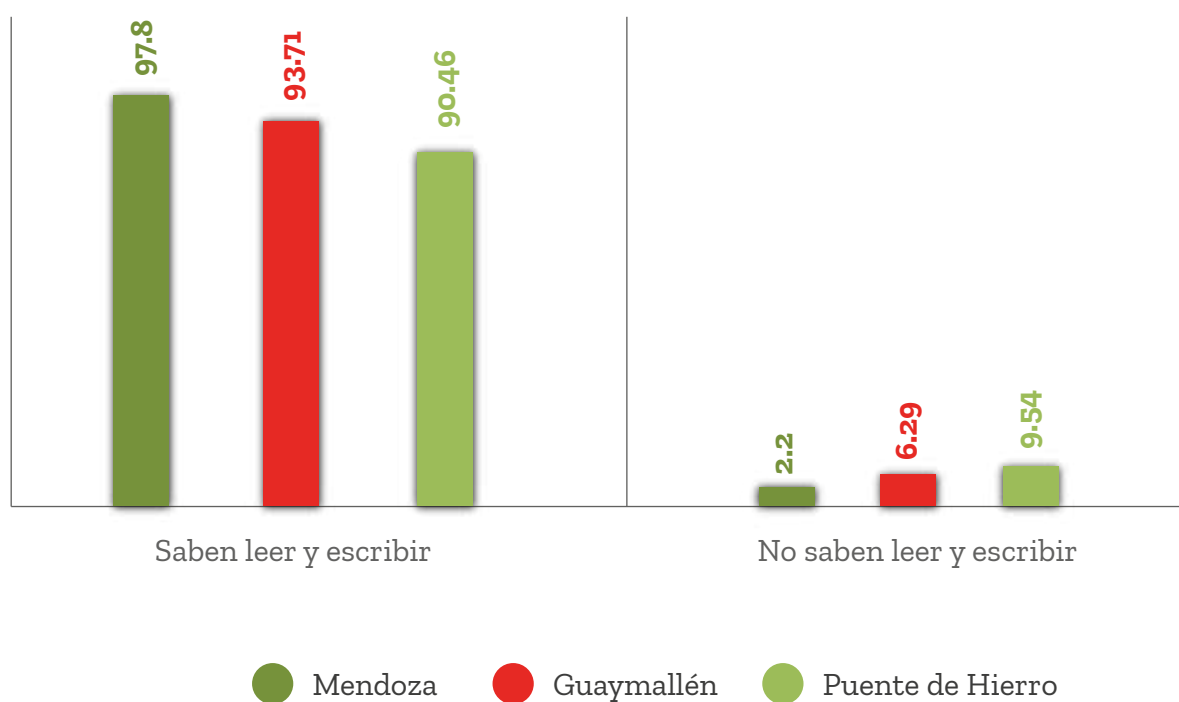


Gráfico 5 Vivienda

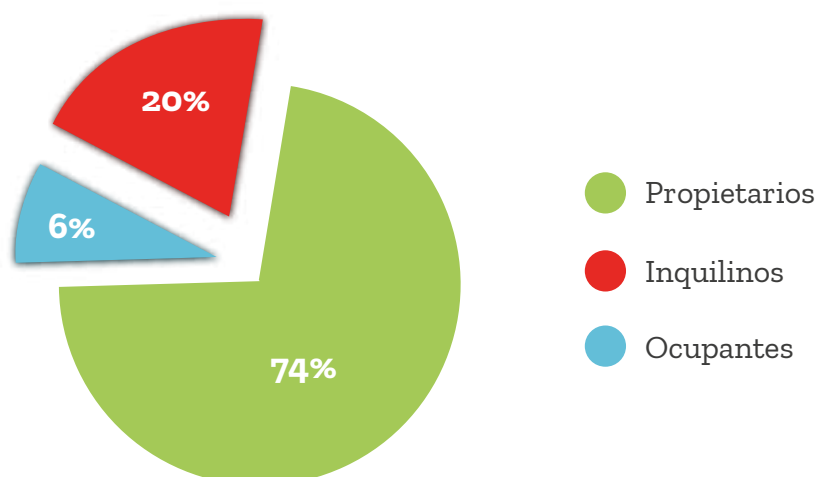


Gráfico 6 Acceso al agua potable

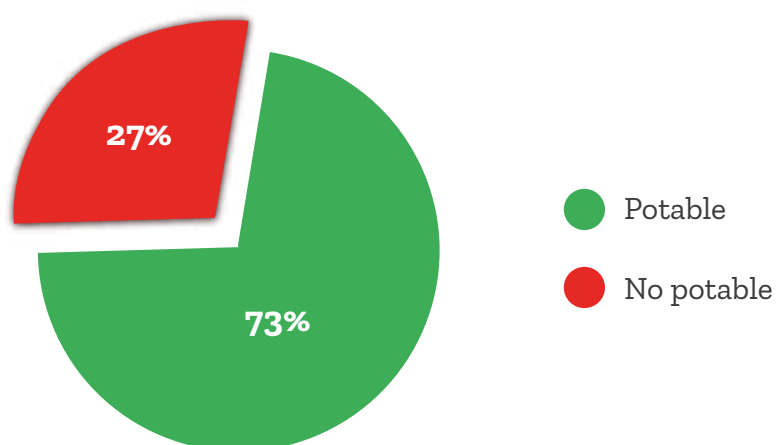


Gráfico 7 Excretas

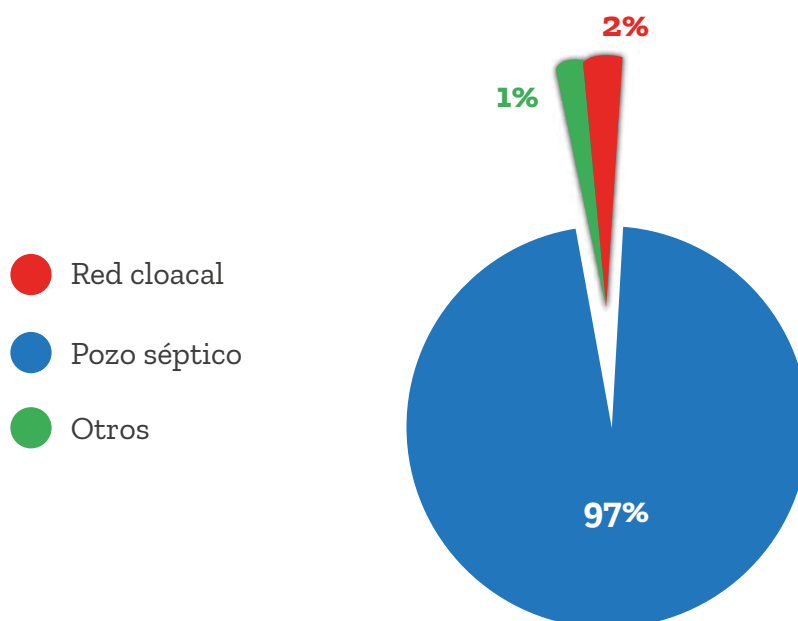


Gráfico 7 Combustible usado principalmente para cocinar

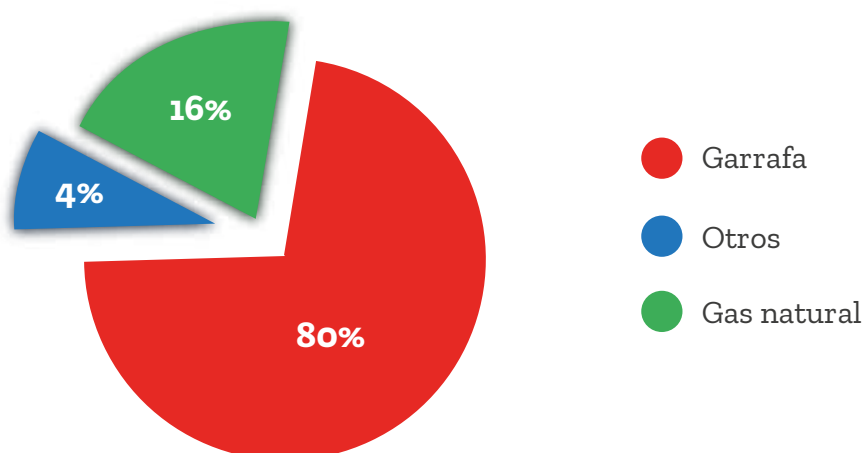


Figura 3 Puente de Hierro



INSTRUCTIVO PARA PUBLICACIÓN EN LA REVISTA CONCIENCIA

La Revista Científica OSEP ConCiencia es la publicación científica de la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) de Mendoza, Argentina. Publica artículos en español en su edición en papel, y en español o inglés en su edición en internet, sobre todos los aspectos relacionados con la salud. Incluye, de forma regular, artículos sobre investigación clínica o básica, cartas científicas, revisiones, comentarios editoriales y cartas al editor.

La edición electrónica de Rev Cient OSEP publica el texto completo de la revista, en español e inglés, en la siguiente dirección: <http://www.osepmendoza.com.ar>

Todas las contribuciones originales serán evaluadas antes de ser aceptadas por revisores expertos designados por los Editores. El envío de un artículo a Rev Cient OSEP implica que es original y que no ha sido previamente publicado ni está siendo evaluado para su publicación en otra revista (no excluyente). Los artículos editoriales y artículos de revisión se publicarán solo previa solicitud por parte del Editor.

Los trabajos admitidos para publicación quedan en propiedad de la OSEP y su reproducción total o parcial deberá ser convenientemente autorizada. El autor de correspondencia deberá cumplimentar la carta de cesión de estos derechos una vez que el artículo haya sido aceptado.

Envío de manuscritos

Los manuscritos para Rev Cient OSEP se enviarán por mail a mariana.castanos@osep.mendoza.gov.ar y a

maria.masier@osep.mendoza.gov.ar.

En caso de duda, ponerse en contacto con los mail anteriores.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Los trabajos que se envían a Rev Cient OSEP para su evaluación deben haberse elaborado respetan-

do las recomendaciones internacionales sobre investigación clínica (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial revisada recientemente y con animales de laboratorio (Sociedad Americana de Fisiología).

Autoría

Rev Cient OSEP se adhiere a los criterios de autoría de los artículos científicos definidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, por los que todo autor ha de cumplir cada una de las siguientes características:

- Contribuir sustancialmente a la concepción y el diseño, adquisición de datos, o su análisis e interpretación.
- Redactar el artículo o hacer una revisión crítica de su contenido intelectual.
- Dar la aprobación final a la versión que se publicará.
- Acceder a asumir responsabilidades sobre todos los aspectos del artículo y a investigar y resolver cualquier cuestión relacionada con la exactitud y veracidad de cualquier parte del trabajo.

Consentimiento informado

Si se reproducen fotografías o datos de pacientes, éstos no deben ser identificativos del sujeto. En todos los casos, los autores deben haber obtenido el consentimiento informado escrito del paciente que autorice su publicación, reproducción y divulgación en soporte papel y en Internet en Rev Cient OSEP. Asimismo, los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir en Rev Cient OSEP material (texto, tablas o figuras) publicado previamente. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

Se considerarán para publicación los artículos sobre metodología de estudios que cumplan con

las siguientes normas:

- Disponer del consentimiento de un Comité de Ética de Investigación Clínica.
- Disponer del consentimiento firmado del paciente.

Todos los manuscritos se adecuarán a las normas de publicación. Se entiende que el autor de correspondencia de la publicación se responsabiliza de la normativa y que el resto de los autores conoce, participa y está de acuerdo con el contenido del manuscrito.

1. Artículos originales

Presentación del documento:

- A doble espacio en Microsoft Word, con márgenes de 2,5 cm y páginas numeradas, en caracteres estilo Arial que midan 12 puntos.
- Tiene una extensión máxima de 20 páginas (tamaño A4), contando desde la página frontal hasta el final y excluyendo únicamente las tablas y figuras (Anexo).
- Consta de dos documentos: primera página y manuscrito.
- El manuscrito sigue el siguiente orden: a) resumen estructurado en español y palabras clave; b) resumen estructurado en inglés y palabras clave; c) texto; d) bibliografía; e) tablas (opcional) y h) figuras (opcional).

Primera página

- Título completo en español e inglés.
- Apellido e iniciales del nombre de los autores.
- Lugar de procedencia (institución, ciudad, departamento, provincia y país).
- Dirección postal completa del autor a quien debe dirigirse la correspondencia, teléfono y correo electrónico.

Resumen estructurado

- El resumen, con una extensión máxima de 250 a 300 palabras, está estructurado en cuatro apartados: a) Introducción; b) Objetivos; c) Métodos; d) Resultados, y e) Conclusiones.

- Es comprensible por sí mismo y no contiene citas bibliográficas.

- Se aceptan abreviaturas. Cuando se emplee por primera vez una abreviatura, esta irá precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común. Se aceptan acrónimos de nombres de estudios, ensayos, registros y escalas sin desarrollar la primera vez siempre y cuando estén ampliamente difundidos en la literatura.

- Incluye al final entre 3 y 6 palabras o frases clave, en español, de acuerdo a las utilizadas por el MeSH.

- Se incluye traducción al inglés del resumen y de las palabras clave, con idéntica estructuración.

Texto

- Consta de los siguientes apartados: a) Introducción; b) Métodos; c) Resultados; d) Discusión, y e) Conclusiones, cada uno de ellos adecuadamente encabezado. Utilice subapartados adecuadamente titulados para organizar cada uno de los apartados.

- Se pueden utilizar abreviaturas, que hayan sido previamente explicadas en el texto.

- Los agradecimientos figuran al final del texto.

Bibliografía

Las referencias bibliográficas se citan como números (entre paréntesis) en forma consecutiva, de acuerdo con el orden de aparición en el texto.

- No se incluyen, entre las citas bibliográficas, comunicaciones personales, manuscritos o cualquier dato no publicado. Todo ello, sin embargo, puede estar incluido, entre paréntesis, dentro del texto.

- Se citan abstracts de menos de 2 años de antigüedad, identificándolos con: [abstract], colocado después del título.

- Para las referencias bibliográficas se utilizará el "estilo Vancouver". Revista médica. Lista de todos los autores. Si el número de autores es superior a

seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina et al. Utilizar las abreviaturas internacionales de revistas, seguidos del año de publicación; volumen: página primera y última. Ejemplos:

- González M, Ruiz Ros JA, Pérez-Paredes M, Lozano ML, Giménez DM, Martínez-Corbalán F, et al.: Efecto de la administración precoz de pravastatina en los valores de proteína C reactiva y de interleucina 6 en la fase aguda del infarto de miocardio con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*.2004;57:916-23. -Levine JS, Branch W, Rauch J: The Antiphospholipid Syndrome. *N Engl J Med* 2002; 346 (10): 752-763.

Capítulo en libro. Autores, título del capítulo, editores, título del libro, ciudad, editorial y páginas. Ejemplo:

- Nabel EG, Nabel GJ: Gene therapy for cardiovascular disease. En: Haber E, editor. *Molecular cardiovascular medicine*. New York: Scientific American; 1995. p. 79-96.

Libro. Cite las páginas específicas. Ejemplo:

- Cohn PF.: *Silent myocardial ischemia and Infarction*. 3rd ed. New York: Mansel Dekker; 1993, p. 33.

Material electrónico. Artículo de revista en formato electrónico. Ejemplo: - Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role.

Am J Nurs. [serie en internet]. 2002 Jun [citado 12 Ago 2002];102(6): [aprox. 3 p.].

Disponible en: <http://www.nursingworld.org/A-JN/2002/Wawatch.htm>

- La bibliografía se remitirá como texto estándar, nunca como notas al pie. No se aceptarán los códigos específicos de los programas de gestión bibliográfica.

Figuras

- Las figuras correspondientes a gráficos y dibujos se envían en formato TIFF o JPEG preferentemente, con una resolución no inferior a 300 dpi y

utilizando el color negro para líneas y texto. El número y título se colocan en la parte inferior del gráfico o figura. Están ordenadas con números arábigos de acuerdo con su orden de aparición en el texto.

- Los gráficos, símbolos, letras, etc., son de tamaño suficiente para poderse identificar claramente al ser reducidas. Los pies de figuras identifican las abreviaturas empleadas.
- Las figuras no incluyen datos que permitan conocer la procedencia del trabajo o la identidad del paciente. Las fotografías de personas deben realizarse de manera que no sean identificables o se adjuntará el consentimiento de su uso por parte de la persona fotografiada.

Tablas

Se numeran con números arábigos de acuerdo con su orden de aparición en el texto.

- Cada tabla se escribirá a doble espacio en una hoja aparte.
- Incluyen un título en su parte superior y en la parte inferior se describen las abreviaturas empleadas.
- El contenido debe ser autoexplicativo y los datos que incluyen no figuran en el texto ni en las figuras.

Artículos originales. Investigación Cualitativa.

Presentación del documento:

* A doble espacio en Microsoft Word, con márgenes de 2,5 cm y páginas numeradas, en caracteres estilo Arial que midan 12 puntos.

* Aspecto prosaico, sin límite de extensión (tamaño A4).

* Consta de dos documentos: primera página y manuscrito.

* El manuscrito si bien no hay grandes consensos puede seguir un orden.

Primera página

- Título completo en español e inglés.
- Apellido e iniciales del nombre de los autores.
- Lugar de procedencia (institución, ciudad,

departamento, provincia y país).

Dirección postal completa del autor a quien debe dirigirse la correspondencia, teléfono y correo electrónico.

Texto

*Consta de los siguientes apartados: a) Introducción (debe quedar claro el objetivo del estudio, la pertinencia y principales variables); b) Participantes y Métodos (debe incluir el diseño, la descripción de la muestra y escenario elegido, así como también la estrategia, descripción y validación del análisis); c) Resultados y Discusión; y e) Conclusiones, utilidad y limitaciones del mismo.

*Se pueden utilizar abreviaturas, que hayan sido previamente explicadas en el texto.

*Los agradecimientos figuran al final del texto.

*La bibliografía se designa igual a la anteriormente consignada.

2. Cartas científicas

Se considerarán cartas científicas aquellos artículos que incluyan investigación con pacientes o ciencia básica o bien casos clínicos únicos o series de casos de especial relevancia clínica.

- A doble espacio, con márgenes de 2,5 cm y páginas numeradas.

- La primera página (máximo 6 autores), bibliografía, figuras y tablas se especifican de acuerdo con las normas ya descritas para los artículos originales.

- El título (español e inglés), los autores (máximo seis), centro de procedencia, dirección, tablas y figuras, se especifican de acuerdo con las normas ya descritas para los artículos originales.

- Tiene una extensión máxima de 1.000 palabras y 6 citas bibliográficas, excluyendo únicamente las tablas.

- Contiene un máximo de 2 elementos (figuras o tablas).

3. Cartas al Editor

Debe remitirse a este apartado la correspon-

cia sobre temas editoriales o relacionados con artículos publicados en la Revista. Solo se admitirá para valoración las cartas recibidas en las 8 semanas posteriores a la publicación del artículo de referencia y que no incluyan datos originales.

- A doble espacio, con márgenes de 2,5 cm y páginas numeradas.

- El título (español e inglés), los autores (máximo cuatro), centro de procedencia, dirección y figuras se especifican de acuerdo con las normas ya descritas para los artículos originales.

- Tiene una extensión máxima de 800 palabras.

- Contiene un máximo de dos figuras, y ninguna tabla.

4. Otros formatos: quedarán a criterio del Comité Editorial de la Revista

ConCiencia

La Revista Científica de OSEP