RESUMEN

INTRODUCCION: El Análisis de Situación de Salud, es un proceso analítico-sintético que incluye diferentes métodos de estudio, a través de los cuales se puede caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, sean estos del sector salud o de otros sectores, con la participación de todos los actores en un espacio geográfico.

OBJETIVO: Analizar la situación de salud del Barrio Centenario y formular líneas estratégicas de acción para abordar los principales problemas encontrados.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo transversal. Información cuantitativa y cualitativa. Enfoque por indicadores y búsqueda de consenso, con determinación de prioridades.

RESULTADOS: comunidad de 2.667 habitantes con pirámide progresiva, población económicamente activa del 61,9 %. Población con desocupación del 28%, y 51% con Necesidades básicas insatisfechas. El 48% posee obra social. Prevalencia de Hipertensión arterial de 26 %. Se registraron 7 muertes por causas cardiovasculares.

DISCUSION: población progresiva y madura, con estrechamiento reciente de la base de la pirámide poblacional. La mayoría de las familias son del tipo Nuclear, constatándose NBI y desocupación en proporciones superiores a la media nacional y provincial.

CONCLUSIONES: Principales problemas encontrados: Hipertensión Arterial, Deficiencias en la Accesibilidad horaria al Centro de Salud Obregón, Infecciones respiratorias agudas principalmente en niños y Embarazos no planeados.

PALABRAS CLAVES: Situación de salud, Problemas, Actor social, Planificación Estratégica, Priorización.

SUMMARY

INTRODUCTION: The health situation analysis, is a synthetic and analytical process that includes different methods of study, through which you can characterize, measure and explain the profile of health-disease of a population, including damage and health problems and their determinants, are these the health sector or other sectors, with the participation of all stakeholders in a geographic area.

OBJECTIVE: Analyse the State of health of the Centenario neighborhood and develop strategic lines of action to address the main problems found.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive, cross-sectional study. Quantitative and qualitative information. Approach for indicators and consensus building, with prioritization of problems.

RESULTS: Were found 2,667 habitants, with progressive pyramid, economically active population of 61.9%. Most of the families are Nuclear type. Unemployment affects 28% of economically active persons, and 51% presents basic needs unmet. 48% of population have medical insurance. The prevalence of hypertension is 26%. There were 7 deaths from cardiovascular ilness.

DISCUSSION: mature and progressive population, with narrowing recent of the base of the population pyramid. Most of the families are Nuclear type, confirming the existence of NBI and unemployment, being both measures above the national and provincial averages.

CONCLUSIONS: The main problems found were: hypertension, deficiencies in time accessibility to the Obregón health Centre, acute respiratory infections mainly in children and unplanned pregnancies.

KEYWORDS: Health Situation, problems, social Actor, strategic planning, prioritization of problems.

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y DEFINICION DEL PROBLEMA

SALUD PÚBLICA

La Salud Pública ha sido definida como los esfuerzos organizados de una sociedad para la prevención, control y atención de los problemas de salud y para promover una vida saludable.[1]

Es preocupación constante, conocer la situación de salud del individuo, la familia y la comunidad; para ello se ha desarrollado un instrumento de diagnostico que permite acercarse a la identificación de los problemas de salud, haciendo hincapié en los determinantes sociales, sobre los cuales el sector de la salud y las comunidades pueden influir para mejorarlos y modificarlos, y de esta manera evitar la enfermedad.[1]

Los Análisis de Situación de Salud (ASIS), como parte de la Salud Pública, conllevan una intención de intervenir y dirigidos a fortalecer las decisiones, e involucran un compromiso con la transformación de la salud de las poblaciones y, sobre todo, con la reducción de las inequidades sociales en salud.[1]

CONCEPTO DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

La concepción de salud ha evolucionado a través del tiempo, desde una mayor vinculación con las enfermedades y la muerte, hasta concepciones más relacionadas con las posibilidades de realización personal y colectiva, es decir, la salud y enfermedad son inherentes a la vida y expresan la forma como vive cada persona y cada población. La salud, la enfermedad, la vida, son procesos, por lo tanto cambian, mejoran o empeoran, se transforman permanentemente.[1]

En este sentido se puede acotar, que una de las formas en las que se expresan las condiciones de vida es a través del proceso salud-

enfermedad, por lo tanto, fenómenos ambientales, políticos y sociales se manifiestan de manera particular en cada grupo social o individuo, expresan en su cotidianeidad su inserción (individual y particular) en los procesos más generales de la sociedad.[1]

Según *Bergonzoli* citado por *Hernández* históricamente se ha dado un interesante desarrollo epistemológico sobre el concepto de la salud como Producto Social, con este desarrollo epistemológico de salud, entendida como la resultante de la acción de la sociedad en su conjunto; la producción social de salud y bienestar en los espacios-población es, ahora, responsabilidad de todos los actores sociales.[1]

Esta nueva concepción de salud exige de metodologías innovadoras para ser utilizadas en la construcción de los diagnósticos y Análisis de Situación de Salud (ASIS), metodologías que, además, de superar los enfoques tradicionalmente fragmentados o reduccionistas, presenten suficiente consistencia entre el marco conceptual multifactorial y polidimensional en la producción de salud.[1]

La observación de la realidad –la naturaleza tal como existe- y la organización racional de esas observaciones para describir, explicar, predecir, intervenir, controlar y modificar la realidad es el fundamento de la ciencia. Esta forma de percibir la realidad y, con ella, la generación de conocimiento, se ven necesariamente influenciadas por las concepciones dominantes en cada tiempo y lugar, los llamados paradigmas.[2]

Estos paradigmas, con sus elementos objetivos y subjetivos, postulan modelos y valores que forman un marco teórico y proveen una estructura coherente para entender la realidad.[2]

Para poder analizar la relación entre los factores de riesgo y el estado de salud y enfermedad, es necesario contar con un amplio marco de referencia o conceptualización de la salud y sus

determinantes. Tal marco de referencia deberá ser integral y operativo desde el punto de vista de una política sanitaria.[3]

La secuencia de paradigmas en épocas sucesivas ilumina la evolución de una disciplina científica.[1]

En base al paradigma reinante en cada época, Históricamente, los servicios de salud siempre han procurado la construcción del ASIS mediante el empleo de diferentes metodologías y con varios enfoques conceptuales.

Estos enfoques han ido evolucionando desde la década de los sesenta en la que se preconizaba el uso de la Guía CENDES/OPS, la cual incluía un enorme número de información, sin ajuste a los niveles a los que se aplicaba, y lo que la llevo a convertirse en un ejercicio rutinario.[1]

En la década de los setenta el enfoque se realiza bajo el estudio de los determinantes de la salud, en esta época destacan los aportes de *Morris* basados en un modelo socioecológico.[1]

Con la definición amplia de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad" se plantean nuevas perspectivas epidemiológicas sobre la salud poblacional.[1]

En 1973, cuando Laframboise propuso un marco conceptual para el campo de la salud, se diseñó un plan para las décadas de 1980 y 1990. Este enfoque más conocido como “concepto de campo de la salud” e incluido en un trabajo del gobierno canadiense que fue la base sobre la que se proyectó la política sanitaria del país, implica que la salud esta determinada por una variedad de factores que se puede agrupar en cuatro divisiones primarias (Variables y/o dimensiones primarias): estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud, y biología humana.[3]

En 1.974, Blum propuso un modelo de “ambiente de salud” que luego se llamó “Campo causal y paradigmas de bienestar en salud”.

En 1.976, basándose en el modelo de Laframboise y Lalonde, Dever lo presentó como “Modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria”.[3]

Blum plantea que la amplitud de los cuatro factores determinantes de la salud demuestra la importancia relativa de los mismos. Los cuatro factores se relacionan y se modifican entre si mediante un circulo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales. Contrariamente, Lalonde y Dever sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para logara un estado de salud es necesario que los mismos estén en equilibrio.[3]

El informe de Lalonde, muestra como se vierten gran cantidad de los recursos para organizar el sistema sanitario, descuidando los tres elementos anteriores, es decir actuando en la prevención y promoción de la salud, poniendo, en el plano de las políticas nacionales de salud y no solo en el académico, la importancia de considerar una visión más holística o integral de la salud pública. Al mismo tiempo demuestra, que la forma como se organizan o se dejan de organizar los sistemas de salud es, en sí misma, un elemento clave para la presencia o ausencia de enfermedad en la población, que la prestación de servicios de atención de salud y la inversión en tecnología y tratamiento médicos no son suficientes para mejorar las condiciones de salud en la población y que los múltiples factores que determinan el estado de salud y la enfermedad en la población trascienden la esfera individual y se proyectan al colectivo social. Una de las consecuencias evidentes del concepto del campo de la salud ha sido elevar BIOLOGÍA HUMANA, el AMBIENTE y el ESTILO DE VIDA a un nivel de importancia categórica igual a la de la ORGANIZACIÓN del CUIDADO MÉDICO. Esto, en sí mismo, es un paso radical debido a la superioridad clara que esta última categoría ha tenido adentro últimos conceptos del campo de la salud. Una segunda cualidad del

concepto es que es comprensiva. Cualquier problema de salud se puede remontar a uno, o a una combinación de los cuatro elementos. Esto de la comprensión es importante porque se asegura de que todos los aspectos de la salud tendrán la debida consideración y que todos contribuyen a la salud, individualmente y colectivamente, el paciente, el médico, el científico y el gobierno, son conscientes de sus papeles y de su influencia en el nivel de salud. Una tercera característica es que el concepto permite un sistema de análisis por el cual cualquier pregunta se puede examinar bajo cuatro elementos para determinar su significación e interacción relativas. Este análisis permite que los planificadores de programas de salud centren su atención en más factores que contribuyen de manera importante en los problemas. Una cuarta característica del concepto es que permite otra subdivisión de factores. Proporciona en gran medida, un mapa itinerario que muestra la mayoría de los enlaces directos entre los problemas de salud, y sus causas subyacentes, y la importancia relativa de varios factores que contribuyen. Finalmente, el concepto del campo de la salud proporciona una nueva perspectiva en salud, una perspectiva que libera las mentes creativas para el reconocimiento y la exploración de campos hasta ahora descuidados.[3,4]

El análisis de los factores de riesgo para las categorías de enfermedades dentro del marco del modelo epidemiológico de Dever para el análisis de una política sanitaria, arroja resultados similares a los que resultan de la teoría de Blum.[3]

Breihl-Granda y Castellanos orientan el análisis de la situación de salud hacia el estudio de las condiciones de vida como mediadores entre la inserción social y la situación de salud.[1]

En la tarea por integrar las dimensiones biológica, socioeconómica y política al enfoque epidemiológico, se empieza a reconocer entonces el surgimiento de un nuevo paradigma: la *eco-epidemiología*, que pone énfasis en la interdependencia de los individuos con el

contexto biológico, físico, social, económico e histórico en el que viven y, por lo tanto, establece la necesidad de examinar múltiples niveles de organización, tanto en el individuo como fuera de él, en la exploración de causalidad en epidemiología.[2,5,6.]

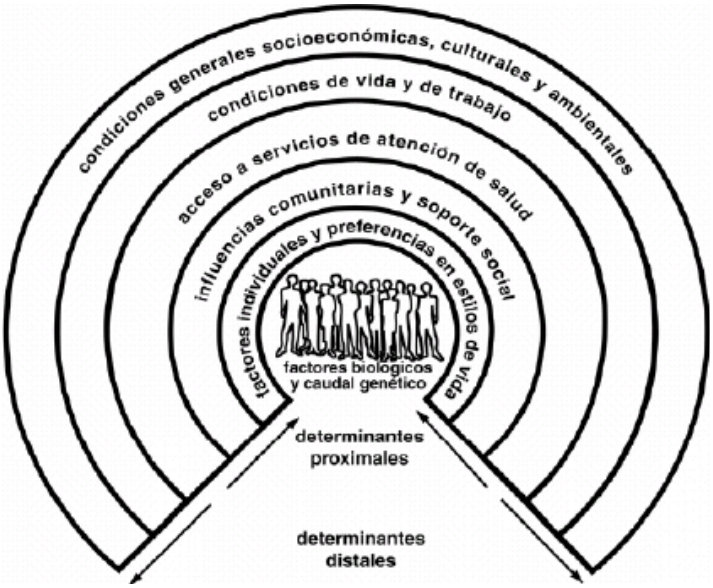


Grafico 1: Esquema del modelo multinivel de los determinantes de la salud (Dahlgren & Whitehead, 1991). Fuente: Gómez M. ***Determinantes de la Salud. En: Panel 1: Contexto del Sistema de Salud, Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio de los Sistemas de Salud.*** Taller San Juan, Puerto Rico: OPS/OMS Nicaragua; 2.005. 1- 18. URL disponible en: http://www.lachealthsys.org/documents/events/puertorico05/8-magomez-determsalud-pur05.pdf

Como queda ilustrado, existe un amplio rango de determinantes de la salud, desde los determinantes proximales o *microdeterminantes*, asociados a variables del nivel individual, hasta los determinantes distales o *macrodeterminantes*, asociados a variables de los niveles de grupo y sociedad, es decir, poblacionales. Ambos extremos del modelo multinivel de determinantes de la salud se encuentran en franca expansión. Por el lado de los determinantes proximales, el Proyecto Genoma Humano está estimulando el progreso de la epidemiología genética y molecular en la identificación de relaciones causales entre los genes y la presencia de enfermedad en los *individuos*. Por el lado de los determinantes distales, el desarrollo de

la investigación sobre el impacto de las desigualdades socioeconómicas, de género, etnia y otros factores culturales en la salud está estimulando el progreso de la epidemiología social en la identificación de los sistemas causales que generan patrones de enfermedad en la *población*.[2,4-6.]

Los Niveles considerados en los determinantes de la salud son: Factores biológicos y caudal genético, Factores individuales y preferencias en estilos de vida, Influencias comunitarias y soporte social, Acceso a servicios de atención de salud, Condiciones de vida y de trabajo, Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, Perfiles de los Sistemas de Salud, Determinantes externos a la situación de salud o del desempeño del sistema de salud que tiene a ver con el contexto político, económico y social del país. [2,4-6]

En la década de los noventa, *Bergonzoli* y otros, considerando a la salud como un producto social, resultante de la acción de la sociedad en su conjunto, basan en este enfoque el análisis de la situación de salud, proponiendo contribuir a la recuperación de la excelencia técnica y política del sector, mediante el desarrollo de la capacidad para construir y analizar la situación de salud.[1,7]

En 1.999, la OPS conducida por el doctor Castillo, revitalizó el programa ASIS y sus Tendencias, por lo que surge el nuevo programa Análisis de Salud (SHA) que reorienta sus objetivos, con el propósito fundamental de utilizar cotidianamente el análisis de situación de salud, no solo para la detección de problemas, sino en un nuevo nivel de desarrollo con el objetivo de identificar inequidades y desigualdades en materia de salud. Este enfoque rescata para la epidemiología nociones complejas, que en otros siglos sirvieron de sostén, entre otras, a la teoría de las “clases sociales”, lo que unido al renacimiento de categorías filosóficas como las condiciones de vida, deben lograr que el análisis de situación de salud penetre en sus raíces y contribuya a modificar sus

determinantes. También en el programa se incorporan procedimientos estadísticos y técnicas computarizadas para el análisis de situación de salud en grandes territorios.[8,9]

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD Y ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Los términos "diagnóstico de salud" y "análisis de la situación de salud" suelen manejarse como sinónimos, se considera que más bien representan diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico para enfrentar los problemas de salud, el primero es la fase descriptiva de su desarrollo, mientras que el segundo es el elemento conclusivo para la solución de esos problemas.[1]

Según Martínez y otros, el Diagnóstico de la Situación de Salud (DSS) es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas, estableciéndose las prioridades, todo ello como pasos previos para lograr el propósito fundamental del DSS que es el de permitir adoptar un plan de intervención que, acorde con medidas específicas y a plazos determinados permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se ejecuta . Mientras que el Análisis de Situación de Salud, representa un instrumento científico-metodológico útil para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios.[1]

Para la Organización Panamericana de Salud, el ASIS, es la primera función, esencial de salud pública y es un instrumento fundamental para la identificación de necesidades y prioridades en salud, y para evaluar el impacto de las políticas públicas, mejorar el diseño y la implementación de políticas, estrategias y programas que los gobiernos y la sociedad en su conjunto implementan para alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible.[1,10]

Los ASIS, son procesos analítico-sintéticos que incluyen diferentes métodos de estudio, a través de los cuales se puede caracterizar,

medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, sean estos del sector salud o de otros sectores.[10]

Estudian la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u de otra unidad geográfico-política.[11]

También se puede definir al ASIS como el estudio por parte de un actor de aquello relevante para la acción, entendiendo por actor a toda persona, grupo o institución que controla recursos de poder.[12]

La Planificación en Salud, parte de la identificación y diagnóstico de problemas de salud. Como los profesionales y las comunidades tienen percepciones diferentes de la realidad y de lo alcanzable, es indispensable que este diagnóstico sea hecho conjuntamente.[13]

La Planificación Estratégica implica formular planes y programas de trabajo, con la participación de todos los actores en un espacio geográfico. [14-16.]

Un problema, es una realidad insatisfactoria definida por un actor social, que es posible de cambiar y que desafía a la acción. Para la identificación de problemas pueden utilizarse y combinarse técnicas cuantitativas y cualitativas, cobrando mayor importancia las últimas cuanto mas pequeña es la unidad de análisis.[12]

Existen básicamente tres tipos de ASIS, el institucional, el cual se maneja desde las instituciones prestadoras de servicios, el ASIS con información y participación de las comunidades y el ASIS realizado con la integración de los dos anteriores. Pudiéndose realizar el ASIS en los tres niveles del sistema de salud, nacional, estatal y local, es recomendable ajustar la metodología a cada uno de estos niveles.[1]

Actualmente, se concibe dentro de las características del ASIS un carácter dialéctico, en el cual no está acordado el regirse por esquemas rígidos o recetas preconcebidas; considerándose muy importante en lugar de ello, la necesidad de una orientación metodológica, variable, según el nivel donde se realice el ASIS,

seleccionada por el grado de complejidad del territorio a estudiar y por la aceptación que tenga la metodología por el equipo de salud y la comunidad para poder ser aplicada y entendida.[1]

El ASIS con enfoque poblacional se realiza en un territorio-población definido y en un período de tiempo determinado, país, estado, municipio o sector, con fines asistenciales, docentes y de investigación, está integración es indispensable para demostrar el compromiso social para el cambio. En su construcción, el ASIS, debe avanzar en la tendencia a realizarlo considerando los riesgos de los diferentes grupos poblacionales, de manera de anticiparse para evitar o disminuir el daño, y no construirlo de manera retrospectiva como usualmente ocurre.[1,7]

La disponibilidad de información respaldada en datos válidos y confiables es condición *sine qua non* para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud. La búsqueda de medidas objetivas del estado de salud de la población es una antigua tradición en salud pública, particularmente en epidemiología. Desde los trabajos de William Farr en el siglo XIX, la descripción y análisis del estado de salud fueron fundados en medidas de mortalidad y sobrevivencia. Más recientemente, en parte como resultado del control exitoso —sobre todo en las áreas de mayor industrialización— de las enfermedades infecciosas tradicionalmente responsables de la mayor carga de mortalidad, así como producto de una visión más comprehensiva del concepto de salud y sus determinantes poblacionales, se reconoció la necesidad de considerar también otras dimensiones del estado de salud. En consecuencia, las medidas de morbilidad, discapacidad y de determinantes no biológicos de la salud, como el acceso a servicios, la calidad de la atención, las condiciones de vida y los factores ambientales son de necesidad creciente para analizar con objetividad la situación de salud de grupos poblacionales y para

documentar la capacidad de las personas de funcionar física, emocional y socialmente.[14]

De inicio se debe previamente realizar una revisión documental de toda la información disponible para la caracterización del contexto, y a continuación efectuar los siguientes pasos o fases[1]: 1.Identificación de problemas, 2.Priorización de problemas, 3.Análisis causal y búsqueda de alternativas de solución, 4.Elaboración del plan de acción y 5.Vigilancia y evaluación.

PARTICULARIDADES DE ASIS EN AREAS PEQUEÑAS

Para confeccionar el análisis de situación de salud en el nivel local, o sea, en consultorios, área de salud o municipio, surge como obstáculo la población reducida, este aumenta cuando se utilizan modalidades del análisis de situación de salud como *el análisis según condiciones de vida* u otras formas diferentes de analizar la información según grupos de edad y sexo.[8]

El concepto de "área pequeña" está relacionado con la incidencia de la enfermedad que se estudia, la densidad de la población existente en el área y el período que se estudia, más que con el tamaño del área geográfica. En Cuba se considera un área pequeña cuando existen menos de 20 casos de la enfermedad estudiada y/o cuando la población en estudio es menor que o igual a 10.000 habitantes. En otros países como España, consideran "área pequeña" o "pequeña comunidad", a aquellas menores de 2.000 habitantes.[8,18]

Cuando se analizan áreas con poblaciones menores de 10 000 habitantes surgen problemas: [8]

- Ausencia de denominadores adecuados. Esta limitación produce indicadores inestables, o sea, cuando varía el número de casos, aunque esta sea mínima, los indicadores resultantes alcanzan gran variabilidad y deben calcularse intervalos de confianza para tener una medida de la precisión del indicador. Si es muy elevada la variabilidad, se realizará un análisis cualitativo de la información.

- Dificultad para localizar casos en enfermedades de baja incidencia. Cuando la incidencia de la enfermedad es menor que 1%, deben adicionarse áreas, períodos o ambos elementos para analizar un número aceptable de casos.

Es pertinente esclarecer que el análisis de la mortalidad en el espacio de un consultorio del médico de la familia, debe realizarse "caso a caso" mediante la descripción del fallecimiento, el tipo de enfermedad y los factores que condicionaron la defunción, la calidad de atención recibida y otros elementos que contribuyan a detectar su posible evitabilidad. En espacios de poblaciones más grandes, de acuerdo con el número de habitantes podrán estimarse las tasas generales y específicas de mortalidad, así como el indicador de AVPP, que contribuye a comprender realmente el comportamiento de la mortalidad mediante elementos epidemiológicos importantes.[8]

JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO

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 individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución.[19-23]

El ASIS constituye uno de los instrumentos imprescindibles para los sistemas y servicios de salud en todos sus niveles y especialmente en el primer nivel de atención (PNA), basado en la estrategia la atención primaria de salud (APS).[14, 19-25]

La elaboración del ASIS en cada uno de los Centros de Salud, por parte del Equipo de Salud junto a representantes de la Comunidad, constituye el elemento base para la planificación estratégica a ese nivel, y establece las prioridades, pues dispone de los recursos locales en función de ellos.[18, 19-25]

No se encontraron estudios al respecto a nivel municipal ni provincial, mientras que la Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y el INDEC, realizaron un análisis de Situación de Salud en el período 1986-1995, actualizado posteriormente en los años 2.000 y 2.003, además de boletines de los principales indicadores, publicados anualmente desde el año 2.004. Como se expreso anteriormente se carece de datos de la realidad local, existiendo informes incompletos de la actividad que realiza el agente sanitario del Área programática Nº 1 (Barrio Centenario).

Consideramos prioritario realizar un ASIS en el barrio Centenario Curuzú Cuatiá para conocer y luego poder, junto a la comunidad, abordar los principales problemas de salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la situación de salud del Barrio Centenario de Curuzú Cuatiá, provincia de Corrientes, año 2011, y formular líneas estratégicas de acción para abordar los principales problemas encontrados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las principales características de la comunidad.
- Identificar los principales problemas de salud.
- Detectar los determinantes de los problemas encontrados, identificando probables grupos de riesgo.
- Evaluar calidad de los servicios de salud disponibles, identificando necesidades de la comunidad.
- Identificar mecanismos de participación comunitaria, detectando redes u otro mecanismo de apoyo social ya sean actuales o potenciales.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: descriptivo transversal.

Emplazamiento: Barrio Centenario, ciudad de Curuzú Cuatiá, provincia de Corrientes, Argentina.

Población:

- Universo: comunidad del Bº Centenario Curuzú Cuatiá. Tamaño (n): 2.667 habitantes (Ronda Sanitaria 2.011).
- Muestreo: para el análisis cuantitativo no se realizará muestreo analizando la totalidad de la población, (n): 2.667 habitantes (Ronda Sanitaria 2.011).
- Unidades de observación: habitantes del Bº Centenario de Curuzú Cuatiá.
- Unidades de análisis: Comunidad, Familias, Personas y Viviendas.

Variables: variable primaria Situación de salud.

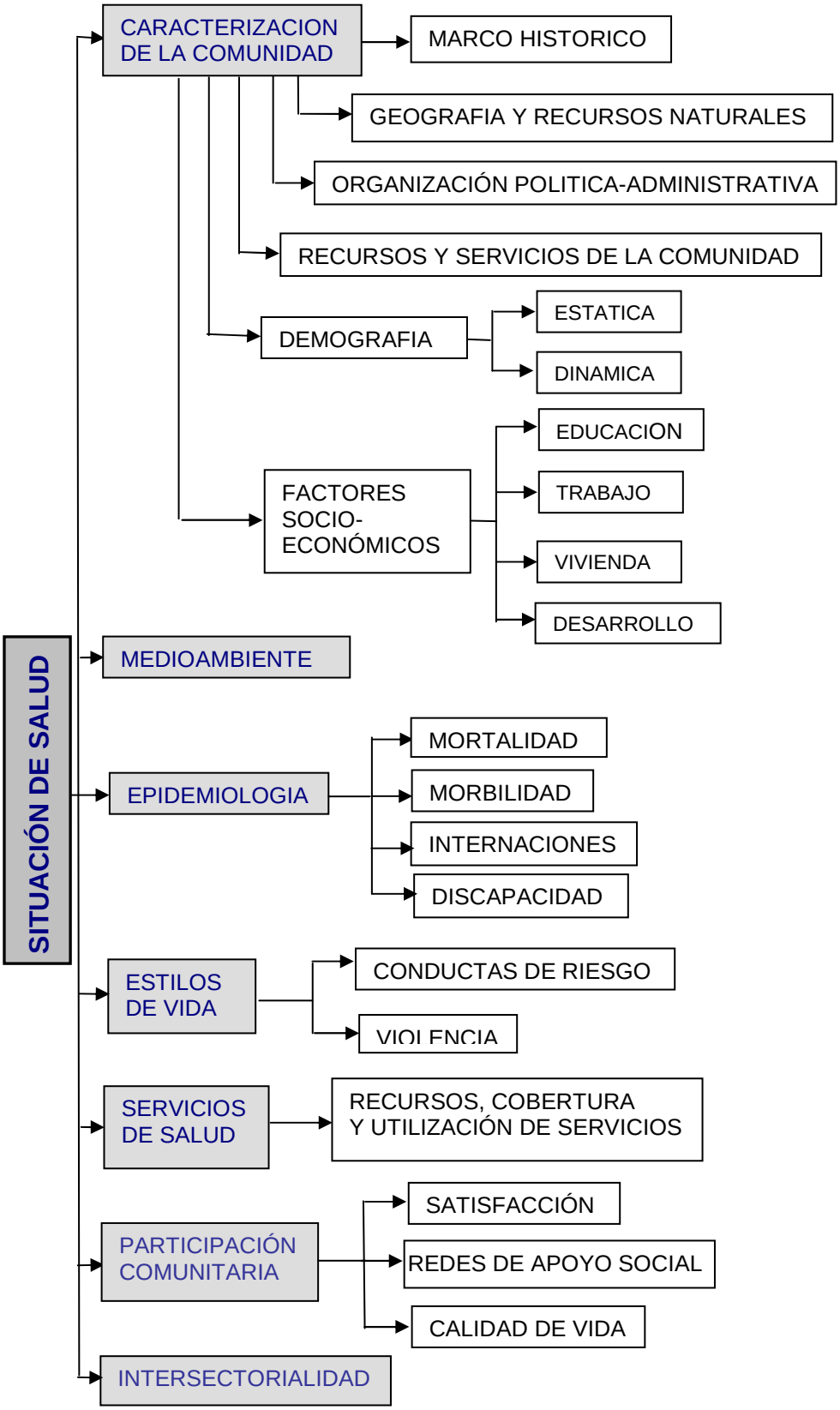


Gráfico 2. Operacionalización de la variable Situación de Salud.

Tabla 1. Indicadores de la variable secundaria Demografía.

DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDA
ESTATICA	Población total	N^{o} de habitantes
	Edad media	años
	Reserva poblacional	%
	Vértice poblacional	%
	Población económicamente activa	%
	Índice de masculinidad	
	Índice de dependencia total	
	Índice de dependencia senil	
	Índice de dependencia juvenil	
	Índice de envejecimiento	
	Índice de vejez o de Sauvy	
	Índice de Sundbarg	
	Nº Familias	Nº
	Distribución de familias según Estructura familiar	%
	Tamaño promedio de las familias	Nº
DINAMICA	Tasa bruta de mortalidad	%
	Tasa bruta de natalidad	%
	Tasa de crecimiento vegetativo	%
	Tasa general de fertilidad/ fecundidad	%
	Migraciones	Descripción

Tabla 2. Indicadores de la variable secundaria Factores socioeconómicos.

DIMENSIONES	INDICADORES		MEDIDA
EDUCACIÓN	Tasa de alfabetismo		%
	Tasa de escolarización		%
TRABAJO	Tasa de desocupación		%
	Tasa de subocupación		%
	Tasa de ocupación en negro		%
	Tasa de ocupación en blanco		%
	Tasa de ocupación general		%
	Pasivos (Jubilados/ Pensionados)		%
	Estudiantes		%
	Planes sociales		%
VIVIENDA	% de población con hacinamiento		%
	% de viviendas	Buena	%
		Regular	%
		mala	%
	% de viviendas con baño instalado		%
	% de población con agua potable		%
	% de población con cloacas		%
DESARROLLO	% de población con necesidades básicas insatisfechas		%

Tabla 3. Indicadores de la variable secundaria Medio Ambiente.

DIMENSIONES	INDICADORES		MEDIDA
AGUA POTABLE	% de personas con abastecimiento de agua potable		%
SANEAMIENTO	Proporción de la población con servicio de cloacas		%
	Proporción de viviendas con recolección de residuos		%
RIESGOS	Ambientales	Focos de mosquitos, contaminación del aire, ruido, presencia de animales afectivos, presencia de animales de corral y cría, tipo de combustible con el que se cocina en los hogares, viviendas inseguras y viviendas insalubres.	
	Sociales	Desocupación, deserción escolar, familias en riesgo, conductas antisociales (riñas, alteración del orden y potencial delictivo).	
	Laborales	Exposición a sustancias nocivas, radiaciones, ruidos y alturas.	
	Genéticos	Principales problemas genéticos (enanismo, síndrome de Down). Enfermedades congénitas e inmunológicas. Exámenes de prevención de malformaciones congénitas a embarazadas (ultrasonidos) y a recién nacidos (errores congénitos del Metabolismo)	

Tabla 4. Indicadores de la variable secundaria Epidemiología.

DIMENSIONES	INDICADORES		RESULTADO
MORTALIDAD*	Tasas de mortalidad general		%
	Tasa de mortalidad infantil		$^{0}/_{00}$
MORBILIDAD	Tasas generales de prevalencia de enfermedades crónicas	*Hipertensión Arteria (HA)l:*	%
		Diabetes Mellitus (DM):	%
		Hipercolesterolemia	%
		Tuberculosis (TBC):	%
		Hidatidosis:	%
	Genéticos	Principales problemas genéticos (enanismo, síndrome de Down). Enfermedades congénitas e inmunológicas.	Nº
DISCAPACIDAD	Tasa general de Prevalencia de discapacitados		%

* Las defunciones deben ser analizadas según sexo, edad y criterio de evitabilidad, considerando si la causa es evitable y si la muerte es prematura.

Tabla 5. Indicadores de la variable secundaria Estilos de Vida.

DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDA
HÁBITOS SALUDABLES	Prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	**%**
	Prevalencia de lactancia materna parcial hasta los 6 meses	**%**
	Actividad física regular	**%**
CONDUCTAS DE RIESGO	Prevalencia de consumo de alcohol	%
	Prevalencia de consumo de cigarrillos	%
	Prevalencia de consumo de drogas ilícitas	%
	Prevalencia de sedentarismo	%
	Prevalencia de *disfuncionalidad familiar*	%
VIOLENCIA	Prevalencia de familias con problemática de violencia	%

Tabla 6. Indicadores de la variable servicios de salud.

DIMENSION	INDICADORES		MEDIDA
DISPONIBI-LIDAD DE RECURSOS	N° de médicos por 10.000 habitantes		N°
	N° de enfermeros por 10.000 habitantes		N°
	N° de odontólogos por 10.000 habitantes		N°
	N° de bioquímicos por 10.000 habitantes		N°
	N° de camas disponibles		N°
	Disponibilidad de servicios de salud para los habitantes	Rehabilitación, urgencia, transporte sanitario, farmacia, óptica	SI-NO
	Disponibilidad de Suministros y equipamiento		Completo/ incompleto
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS	Nº de consultas a centros de salud por paciente/ año		Nº
	Proporción de egresos hospitalarios según causa		%
COBERTURA	Proporción de población con obra social		%
	Proporción de población bajo distintos programas:		%
	Proporción de niños vacunados	Nº de niños con vacunados / Nº de niños susceptibles x 100	%
	Proporción de niños controlados	Nº de niños menores de 1 año controlados / Nº de niños menores de 1 año x 100	%
		Nº de niños de 1 a 6 años controlados / Nº de niños de 1 a 6 año x 100	%
	Atención prenatal	Nº de gestantes controladas en el CSO / Nº de gestantes x 100	%
		Nº de gestantes captadas precozmente en el CSO / Nº de gestantes x100	%
	Control de hipertensos	Nº de hipertensos controlados en el CSO / Nº de hipertensos x 100	%
	Control de diabéticos	Nº de diabéticos controlados en el CSO / Nº de diabéticos x 100	%
ACCIONES DE SALUD	Acciones de vigilancia y control	Sobre enfermedades con vías de transmisión respiratoria, digestiva vectorial y sexual, analizados según tipo de transmisión.	%
	Captación de recién nacidos	Precoz o tardía.	%
	Lactancia materna	Exclusiva, mixta o artificial.	%
	Identificación de lactantes de riesgo	Según tipo de riesgo.	
	Identificación del riesgo preconcepcional	Analizadas según tipo de riesgo.	
	Identificación de embarazadas de riesgo	Analizadas según tipo de riesgo.	
	Ingresos en el hogar	Según causa y edad.	Nº
	Pesquisa de cáncer evitable	Nº de mujeres de sexualmente activas con PAP en el ultimo año / Nº de mujeres de sexualmente activas x 100	%
		Nº de mujeres de 40-60 años con mamografía en el ultimo año / Nº de mujeres de 40-60 años x 100	%
		Nº de hombres > 50 años con PSA realizado en el ultimo año / Nº de hombres > 50 años x 100	%
	Atención odontológica	Acciones de prevención: aplicación de flúor a niños, higiene bucal adecuada, visita anual al odontólogo, identificación de problemas de salud bucal, mal oclusiones.	%
	Saneamiento ambiental	Focos de mosquitos y locales saneados.	
	Grupos de trabajo comunitario	Existencia de círculos de abuelos, de adolescentes u otros.	
	Detección de malformaciones congénitas	Proporción de embarazadas con ultrasonidos) Análisis de errores congénitos del Metabolismo en Recién nacidos	%
	Intervenciones familiares	Dinámicas familiares.	%

Tabla 7. Indicadores de la variable servicios de salud: (Cont.).

DIMENSION	INDICADORES		MEDIDA
EFECTIVI-DAD	Proporción de bajo peso al nacer		**%**
	Proporción de embarazos no planeados		%
ATENCION POR NIVELES	En relación a las funciones que realizan el CS y Hospital, existen: 1.División claramente definida según niveles 2. Sistema de referencia y contrarreferencia	Se cumplen las 2 condiciones	Bueno
		Se cumple una sola condición	Regular
		No se cumple ninguna condición	Malo
ACCESIBI-LIDAD	La atención del CS cumple las siguientes condiciones: - *Las prestaciones son gratuitas* - *la población de responsabilidad se encuentra dentro de un radio de 10 cuadras o una isócrona de 30 minutos del CS* - *se realiza atención durante la mañana y la tarde* - *se utiliza lenguaje escrito y grafico para la comunicación institucional.*	Se cumplen las cuatro condiciones	Muy bueno
		Se cumplen tres condiciones	Bueno
		Se cumplen dos condiciones	Regular
		Se cumple una sola o ninguna condición	Malo

Tabla 8. Indicadores de la variable secundaria Participación Comunitaria.

DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDA
SATISFACCIÓN	Proporción de la población de 15 años o más que refiere estar satisfecha con la atención en el CSO? Ver calidad	%
NECESIDADES SENTIDAS	Si existen evidencias de las necesidades sentidas de la población en cuanto a servicios y recursos de salud	Nº
PROBLEMAS PERCIBIDOS	Indagación de los problemas de salud prioritarios desde la perspectiva de la población.	Nº
SALUD PERCIBIDA/ CALIDAD DE VIDA	Nivel de salud percibido por la comunidad (Buena, regular, mala)	%
PERFIL DE PARTICIPACION ©	Perfil de participación de la Comunidad en la toma de decisiones, ejecución, y evaluación de los servicios de salud a nivel local (ver tabla 2)	Nula/ potencial/ escasa/ moderada/ Significativa/ extensiva

Tabla 9. Participación comunitaria: Perfil de participación de la Comunidad (©) en la toma de decisiones, ejecución, y evaluación de los servicios de salud a nivel local.

Perfil de Participa-ción	Toma de decisiones	Ejecución	Evaluación
Nula	La © está desinformada, aislada y sin acceso a decisiones sobre los servicios o programas.	La © nunca participa en las acciones de salud, ni en la organización o mejoramiento de los servicios.	La © no tiene oportunidad de expresar sus puntos de vista sobre los servicios que recibe.
Potencial	La © recibe información general y se solicita su opinión sobre servicios sin que ésta influya en las decisiones	La © participa con dinero, especies o mano de obra en los servicios (por ej. en construcción de un puesto sanitario o tareas de limpieza, etc.)	Se consulta a la © sobre su satisfacción con los servicios o programas que recibe, pero sus opiniones no cuentan.
Escasa	La © recibe información general sobre las decisiones tomadas y se escuchan sus puntos de vista sobre las mismas.	La © colabora ocasionalmente con voluntarios en alguna actividad del servicio (vacunación, toma de muestras, encuesta, censo).	Se invita a la © a participar en la evaluación de algunas actividades, y se escuchan sus opiniones.
Moderada	La © recibe información antes de adoptarse decisiones. Participa en el diagnóstico y programación de algunas actividades.	Hay participación de la © en ejecución de programas regulares (por ej. promotores, parteras) pero no en la administración de los servicios.	La © participa continuamente en reuniones de evaluación de las acciones acordadas y se aplican sus recomendaciones.
Significa-tiva	Existe alguna forma establecida de consulta periódica para el diagnóstico, y programación de actividades.	La © participa en las actividades de coordinación y administración, excepto el manejo y control de los recursos.	La © realiza la evaluación de las actividades y de los resultados e impacto, conjuntamente con el servicio.
Extensiva	Existe un mecanismo de deliberación/ concertación permanente para tomar decisiones, que incluye la asignación de recursos.	La © tiene roles y funciones bien definidos para la cogestión administrativa, inclusive en la movilización y control de los recursos.	La © a través de la evaluación puede introducir cambios en el servicio y decidir conjuntamente la continuación / suspensión de actividades.

FUENTE: Moreno E y col. ***Calidad de la Atención Primaria. Aporte metodológico para su evaluación.*** Proyecto UNI – Tucumán-Facultad de Medicina – UNT Cátedra de Salud Pública. Tucumán; 1.998 (Actualizado 2.001)[26].

Tabla 10. Indicadores de la variable secundaria Intersectorialidad.

DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDA
Acciones conjuntas con organizaciones de barrio	Articulación con las organizaciones del barrio en la promoción de salud, prevención de riesgos y en la solución de los problemas de salud de la comunidad.	Referir organiza-ción
Acciones conjuntas con otros sectores sociales	Analizar si se trabajó con los diferentes actores sociales y si hubo articulación intersectorial en la identificación o solución de los problemas de salud de la comunidad.	Referir organiza-ción
Acciones de redes de apoyo social	Si hay evidencia de la existencia de la influencia de las redes de apoyo en la comunidad.	Extensa Escasa Nula

FUENTES E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

- PRIMARIAS:

  - Encuesta, realizada a la comunidad del Bº Centenario de Curuzú Cuatiá. En la confección, se tomaron como referencia definiciones y preguntas de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)[27]. Se realizó un pretest, luego de cual se realizaran ajustes pertinentes, para asegurar la validez de construcción y contenido de la misma. (ver Anexo)
  - Entrevista a preguntas abiertas realizadas a informadores claves.
  - Observación no participante.

- SECUNDARIAS: ronda Agente sanitario 2.011, registros de Centros de Salud, Hospital; Estadísticas Provinciales, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) entre otros, y publicaciones electrónicas de la OPS/OMS, para lo cual se confeccionaran formularios y archivos electrónicos; Búsqueda en Internet.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

- Agrupamiento de datos por dimensión.
- Confección de informes con los datos recolectados en las entrevistas.
- Resumen de los datos en tablas y gráficos correspondientes,
- Aplicación de métodos para la identificación de necesidades:
  - Enfoque por indicadores.
  - Enfoque de búsqueda de consenso: Informantes claves.
- Aplicación de métodos para la determinación de prioridades.
  - Método de priorización de problemas. (Método CENDES/ OPS) (ver Anexo).
  - Enfoque de riesgo.

CONSIDERACIONES ETICAS

La siguiente invetigacion con previa explicacion de la misma sus alcances y objetivos a cada encuestado, pudiendo el mismo negarse a participar, con garantia de no ser esto un obstáculo para su relacion con el sistema de salud.

La manipulación de información y el tratamiento de los datos se hara con el máximo de los recaudos, y con carácter anónimo, salvo en el caso de los Informantes Claves, a los cuales se solicitará autorizacion para mencionar su nombre si es absolutamente necesario, pudiendo negarse.

RESULTADOS

CARACTERIZACION DEL BARRIO Y LA COMUNIDAD:

Historia

Las tierras de la actual ciudad de Curuzú Cuatiá estaban habitadas por familias de raza Guaraní. Las corrientes conquistadoras y colonizadoras del Norte y los Jesuitas que venían de la Costa del Uruguay llegaron a este lugar llamándolo “POSTA DE CRUZ”, pero los Guaraníes ya lo conocían como “CURUZÚ CUATIÁ”.

En este lugar se hallaba una gran cruz con inscripción, rodeada de nueve algarrobos que señalaban la posta del cruce de caminos, lugar de espera, transito y bifurcación con la ruta que pasando por las Cuchillas Grandes unía a la Bajada del Paraná, Santa Fe y Buenos Aires. Aquí se intercambiaban las cargas, entregaban correos y se hacía el trueque de mercaderías.

Grandes y pobladas estancias situadas en la zona y el avecinamiento de pobladores creó un serio problema jurisdiccional entre los Cabildos de Corrientes y de Yapeyú. Este litigio data aproximadamente desde el año 1797, cuando el Comandante del Partido Tomás Castillo levantó una Capilla que nucleaba a los pobladores, y continuó hasta la Revolución de Mayo.

El General Dr. Manuel Belgrano, Jefe del Ejército del Norte, en su viaje misional al Paraguay llegó a este lugar el 14 de noviembre de 1810 y como Vocal de la Primera Junta Gubernativa puso final al problema, adjudicándole al Cabildo de Corrientes su jurisdicción.

El 16 de noviembre de 1810, Belgrano dicta el decreto de fundación de esta ciudad, recuerda los meritos, colaboración y servicios de sus vecinos que le dan fuerza suficiente para instituirse como pueblo y parroquia independiente.[28]

Con respecto a la historia del barrio Centenario,…..

El 23 de noviembre de 1908 se eligieron en Curuzú Cuatiá, las nuevas autoridades municipales. El intendente electo, Francisco

Podestá, dispuso la creación de un “nuevo pueblo, mas allá de las vías”, que años más tarde sería el “Barrio Centenario”, en homenaje al centenario de la Revolución de Mayo. [29]

Creado hacia el sector este del centro de la localidad, el 28 de noviembre de 1908 se redacta, en la sala de sesiones de la Municipalidad, la ordenanza que establecía su instauración. [29]

La delimitación de las calles fue mensurada por el agrimensor Escipión F. Claps, quien cobró $400 por la realización del primer plano del “Pueblo Centenario Argentino”. Dicho plano establecía los siguientes límites:

• Las manzanas se dividirían en 36 solares[1], correspondiendo 10 a los frentes norte y sur y 8 a los este y oeste. [29]

• Se designarán 12 manzanas de terreno municipal, al este del ferrocarril divididas en solares de 15 varas de freten, por fondo correspondiente, a familias pobres que probaran tal estado. Estas familias tenían la obligación de cercar su terreno, poblarlo y cultivarlo con 40 árboles frutales (provistos por el vivero), debiendo ser por los menos 15 de naranjas. Otra condición para la entrega de parcelas de tierra era que se tuvieran huertas en los hogares. Cada familia no podrá obtener más de un solar y, al poblador se le otorgará el título provisorio del terreno. Se le extenderá el definitivo cuando cumpliere lo pactado y los árboles estén en pleno desarrollo. [29]

• En la parte central, una manzana será destinada a una plaza y otra, adyacente, para una escuela primaria. [29]

En junio de 1925 se producen modificaciones en la ordenanza antes mencionada. Se dispuso entonces: [29]

• Las manzanas destinadas serian 17, ubicadas en los mismos lugares y que, en lugar de solares de 15 varas, serian de 10 metros.[29]

• Las esquinas y los solares centrales serán vendidos por el precio de 15 centavos el metro cuadrado. Estos propietarios contaran con un año de plazo para el cercado, poblado y cultivo de los terrenos. [29]

• Se dispuso que la manzana donde se edificaría la escuela sería la denominada “H” en el plano realizado por Claps. [29]

• La manzana con denominación “I” sería el lugar indicado para la plaza. [29]

En un principio el barrio contaba con características puramente rurales. Las familias se dedicaban a la cría de pequeños ganados y al cultivo, generalmente hortícola. La mayoría de los vecinos tenían oficios como empleados públicos, domésticos y artesanos. [29]

Las mujeres se dirigían al arroyo a lavar las ropas con grandes latones y panes de jabón.

El planchado se hacía en las viviendas con planchas a carbón. [29]

En las casas no se disponía de cocinas, así que todo se cocinaba “a fuego”. Por esta razón, era común ver transitar carros o carretas que trasladaban la leña a los hogares. Existían también los carros lecheros que eran los que transportaban la leche desde los campos a la ciudad. Una de las familias más destacadas en este rubro era la de apellido Vallejos, ubicada a pocos metros de donde termina el Barrio Centenario, el paraje Boca de Tigre. Hasta no hace mucho tiempo seguían haciendo su recorrido, pero como todos sabemos, los avances tecnológicos han hecho que estos pequeños productores queden a un costado. “Don Cochelo”, como todos lo conocían, dejó su legado a sus hijos y nietos. Además, el barrio había también negocios de todo tipo y rubro. Un ejemplo de esto era el del señor de apellido Lorenzola, ubicado en las calles 25 de mayo y El Maestro. Otro destacado era uno denominado “Doña Flora”, en la intersección de Podestá y 25 de mayo. [29]

Aunque nos parezca un poco extraño y alejado, el “Centenario” contaba con una heladería. Don Modesto Pérez, el heladero, salía a vender sus helados en un carro pintado de blanco y cada una cantidad determinada de metros hacia sonar una campana así, los niños ya alertaban su presencia. [29]

En la calle French, entre Berón de Astrada y Caá Guazú, estaba emplazado un comité del Partido Liberal, donde, cada vez que había elecciones, era común ver las peleas con los partidarios del Partido Autonomista. [29]

El barrio no contaba con los servicios de agua potable ni energía eléctrica en su totalidad. Para el agua existían canillas públicas con acceso a todos los pobladores del barrio; se extraía de pozos muy profundos y debía ser hervida para su consumo. Pero, a pesar de las dificultades, cuentan los vecinos que en la chacra de los Basualdo se hacían grandes bailes con luz de faroles y música de vitrolas. [29]

El ferrocarril tuvo gran significancia. Ver pasar el tren constituía un gran evento. Para asistir a esto, las familias vestían con gran pulcritud. Sin dudas la llegada del tren, semana tras semana, era un acontecimiento que nadie quería perderse y que despertaba la curiosidad de toda la población. La estación del ferrocarril estaba ubicada al final de la calle Berón de Astrada y era uno de los límites entre el centro y el “Pueblo del Centenario”. [29]

Normalmente, un barrio debe contar con establecimientos y edificios distintivos que lo diferencian del resto de los barrios. Además de monumentos o construcciones específicas, cada barrio cuenta con una o un par de negocios representativos de cada rubro, con sus escuelas y hospitales, con plazas específicas, con calles y avenidas diferenciadas de las demás, etc. Además, un barrio cuenta esencialmente con una actitud de vida que tiene que ver con las tradiciones de la gente que allí vive y que son claramente diferentes a las de la población de otro barrio.[29]

Geografía y recursos naturales

El departamento de Curuzú Cuatiá se encuentra ubicado en el Centro-Sur de la Provincia de Corrientes, República Argentina, siendo su Cabecera la ciudad de Curuzú Cuatiá (29°4 7' S - 58°05' O). Limita con los departamentos de Mercedes al norte; San Roque al noroeste; Paso de los Libres y Monte Caseros al este; con Lavalle, Goya, Esquina y Sauce al oeste y la Provincia de Entre Ríos al sur. Cuenta con una superficie de 8.911 Km.

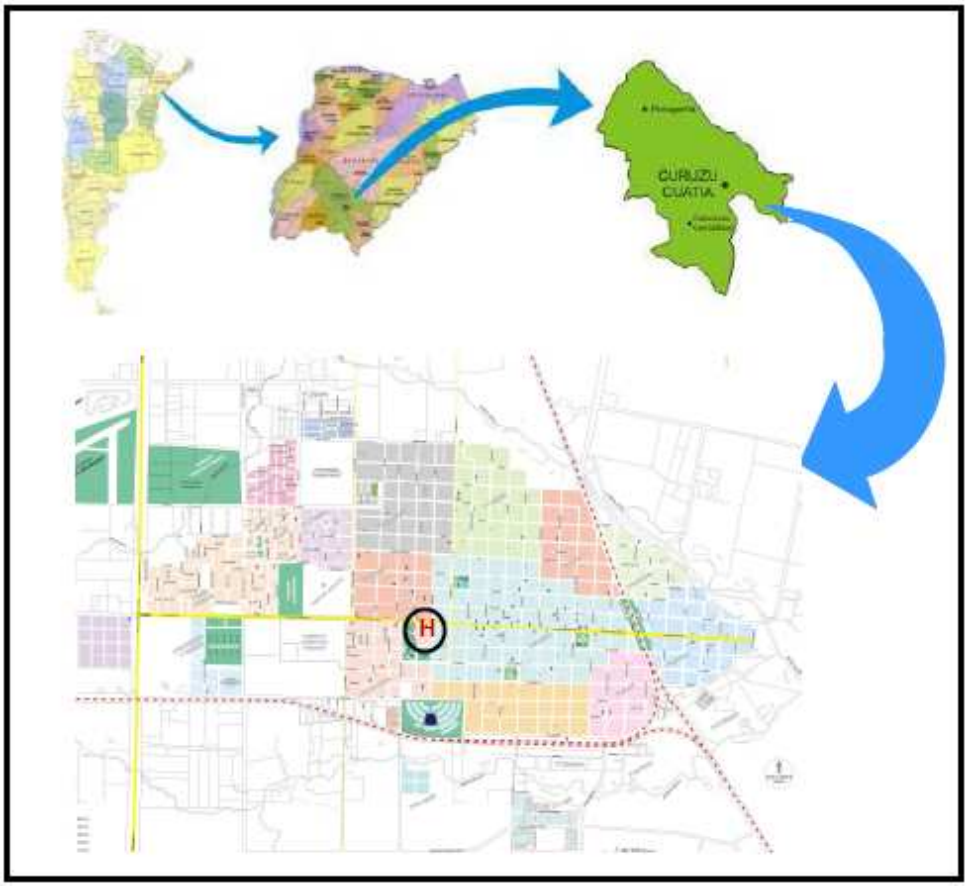


Grafico 3. Ubicación geográfica de Curuzú Cuatiá.
Fuente: www.curuzu.gov.ar (modificación a cargo del autor)

Su relieve es ondulado, con pendientes normales de hasta el 3%, y con una buena red de drenaje superficial en casi toda su extensión, surcada por ríos y arroyos que desembocan en los Ríos Paraná al Oeste y Uruguay al Este.

El Departamento de Curuzú Cuatiá posee una población estimada de 44.384 habitantes, de los cuales 38.071 hab., pertenecen al municipio de Curuzú Cuatiá (zona rural –1ª; 2ª; 3ª y 4ª secciones- y ciudad de Curuzú Cuatiá) y 6.613 hab. al Municipio de Perugorría (5ª sección y ciudad de Perugorría).

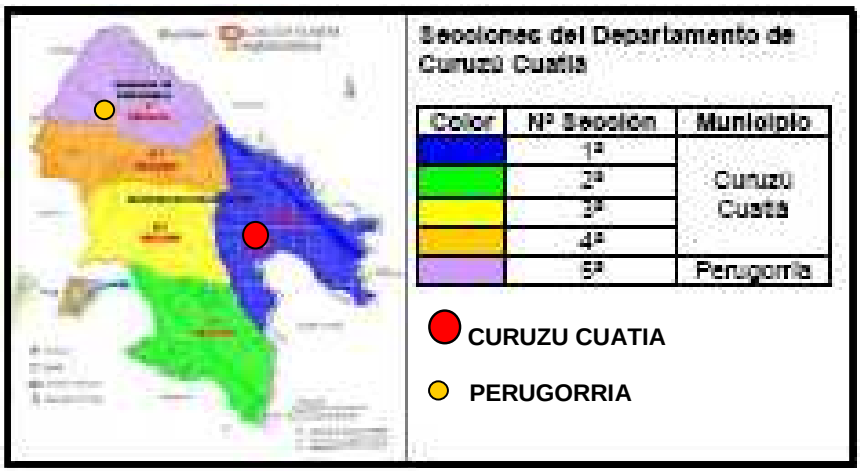


Grafico 4. Secciones del departamento Curuzú Cuatiá
Fuente: elaboración propia

En las diferentes recorridas por el barrio se observan calles de tierra en su mayoría, lo que dificulta el transito en días lluviosos, salvo la calle “El Maestro”, que tiene dos cuadras con pavimento en mal estado de conservación. Estas calles cuentan con un alcantarillado precario, cuyas características sanitarias son más deficientes en las cuadras sin cloaca.

La distribución de las viviendas es heterogénea, habiendo las de material con los servicios básicos instalados, y otras en mal estado de tipo rancho, sin baño dentro de la vivienda, presentando pozo o letrina y la totalidad de la población cuenta con agua potable.

Con respecto a los lugares de esparcimiento, los niños juegan en las veredas y calles –en su gran mayoría de tierra-, donde se perciben cunetas con aguas estancadas.

Otro lugar de esparcimiento en verano son las márgenes del arroyo Curuzú Cuatiá, y otras aguas estancadas en cercanías de éste, que a la vista, están contaminadas con residuos domiciliarios.

Al sudeste del barrio ya en la 1º sección del Dpto. Curuzú Cuatiá, se encuentran las lagunas de tratamiento de los residuos cloacales de la ciudad, de la que en días cálidos y condiciones de viento favorables, emanan olores que causan molestias a la población –no solamente del barrio sino a las zonas aledañas-, lo que a generado reclamos de los pobladores colindantes.[30, 31]

Vías de acceso

A la ciudad de Curuzú Cuatiá se accede por ruta Nacional 119, que la comunica al Norte (empalmando con ruta 123 y nacional 12) con Corrientes capital, hacia el sur por la misma ruta con Entre Ríos, y también se puede acceder por ruta provincial 126 hacia el oeste con Sauce y Esquina, y hacia el este con Paso de los Libres (empalmando con ruta nacional –Autovía- 14).

Grafico 5. Vías de acceso terrestre a Curuzú Cuatiá
Fuente: http://maps.google.com.ar/?ll=-29.873992,-58.117676&spn=1.986255,2.301636&t=h&z=8

Al barrio Centenario de accede principalmente por calle “El Maestro” y calle “Berón de Astrada” reciente mente pavimentada e iluminada.

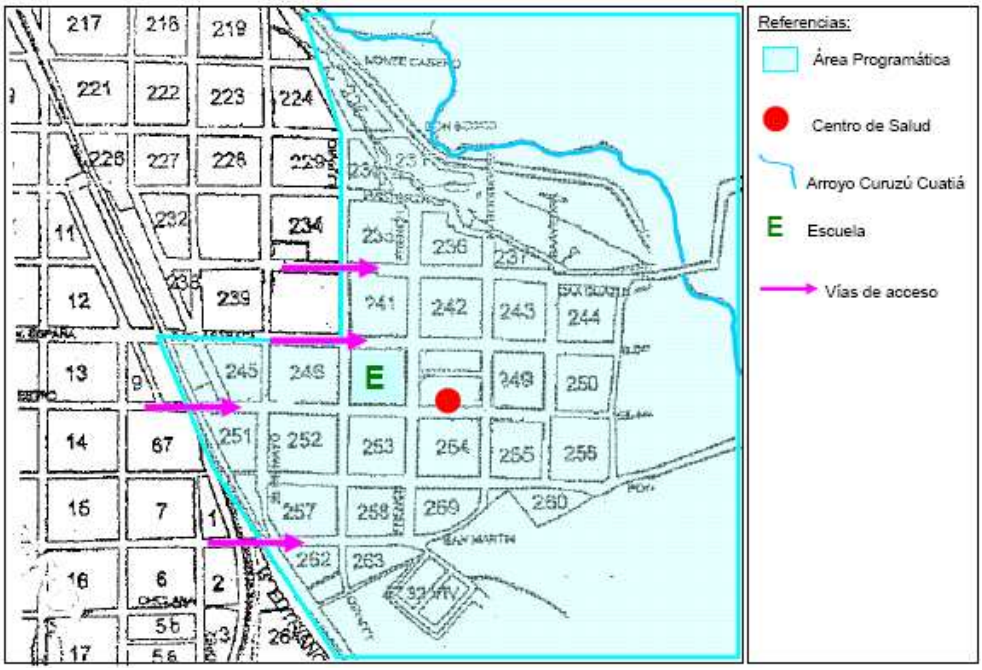


Grafico 6. Mapa de barrio Centenario, área programática Nº 1 del CAPS Pedro Obregón y vías de acceso. Fuente: elaboración propia.

Organización política-administrativa

Desde el punto de vista de la Atención de problemas de salud, el sistema de salud publico en la ciudad de Curuzú Cuatiá se divide en 11 áreas programáticas, 2 de las cuales (3-Hospital y 11-Oñativia) pertenecen a la gestión del Hospital Provincial “Dr. Fernando Irastorza”) y las 9 restantes están bajo la orbita de la Dirección de Salud Municipal.

Cada área programática cuenta con un Centro de salud de Primer Nivel de Atención, que en el caso del área 3 esta representado por los consultorios externos del mismo Hospital. El segundo nivel esta constituido por el Hospital Provincial “Dr. Fernando Irastorza”, que a su vez, es Hospital Zonal. El Centro de salud Provincial Oñativia, cuenta con teléfono para comunicarse con el hospital y gestiona turnos para especialistas, según derivación. Los Centros de salud

Municipales, carecen de comunicación fluida con el hospital y no realizan gestión de turnos en el 2º nivel.

El área programática correspondiente al barrio Centenario, está comprendida por los siguientes límites: calle Berón de Astrada, al norte hasta Juan José Paso, por esta subiendo hacia el norte hasta la zona rural de la 1º Sección, delineada por el Arroyo Curuzú Cuatiá, bajando por este, comprendiendo la zona rural circundante, hasta una línea imaginaria continuación de la calle Chiclana, englobando el barrio 32 Viviendas, hasta las vías del Ferrocarril, siguiendo por estas hasta encontrar nuevamente la calle Berón de Astrada. Circunscribiendo un área de aproximadamente 12 km^2.

Recursos y servicios de la comunidad

En la actualidad no existe una comision barrial en actividad, tambien se ha desarticulado la comision vecinal de apoyo al CSO.

Como intitucion movilizadora e integradora de la comunidad debemos rescatar a la Escuela "Centenario", y a la Capilla "Virgen de Itati", y el Templo Evangelico, el Polideportivo y de un comedor comunitario (organizados por particulares) en barrio "32 viviendas".

Tabla 11. Instituciones del barrio Centenario.

Tipo de institución	Institución
Instituciones educativas	***Escuela Nª 435 "Centenario"*** ***Jardín GIN Nº 42 "Cofrecito Mágico"***
Instituciones religiosas	***Capilla "Virgen de Itatí"*** ***Iglesia Evangélica Roca de la Vida***
Centros culturales	***Taller de la Capilla "Virgen de Itatí"***
Centros de recreación	***Cancha del Polideportivo Centenario***
Centro de expendios de alimentos	***Almacenes varios, 2 Panaderías, Despensas y Kioscos.***
Medios de transporte	***Línea de transporte Curuzú Bus (Línea 1).***
Vías de acceso al área	***Cuenta con accesos de tipo vehicular por calles Berón de Astrada, El Maestro, Caá Guazú, San Martín y por calle Don Bosco del Barrio Santa Rosa.***
Electrificación	***Incompleta en Alumbrado Público, Todos los hogares poseen luz.***

Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32]. Observación no participante.

Demografía

Tabla 12. DEMOGRAFIA ESTATICA.

DIMENSION	INDICADORES	RESULTADO
DEMOGRA-FIA ESTATICA	Población total	***2.667 hab.***
	Edad media (Media de edad)	***20-24 años***
	Reserva poblacional	***29,85%***
	Vértice poblacional	***8,29%***
	Población económicamente activa	***61,87%***
	Índice de masculinidad	***102 hombres/100 mujeres***
	Índice de dependencia total	***61,63%***
	Índice de dependencia senil	***13,39%***
	Índice de dependencia juvenil	***48,24%***
	Índice de envejecimiento	***0,28***
	Índice de vejez o de Sauvy	***Madura***
	Índice de Sundbarg	***Progresiva***
	Densidad de Población	***10 hab./ Km^2***
	Familias rurales y urbanas	***7 rurales/ 603 urbanas: 1%***
	Tamaño promedio de las familias	***4 integrantes***

Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32]

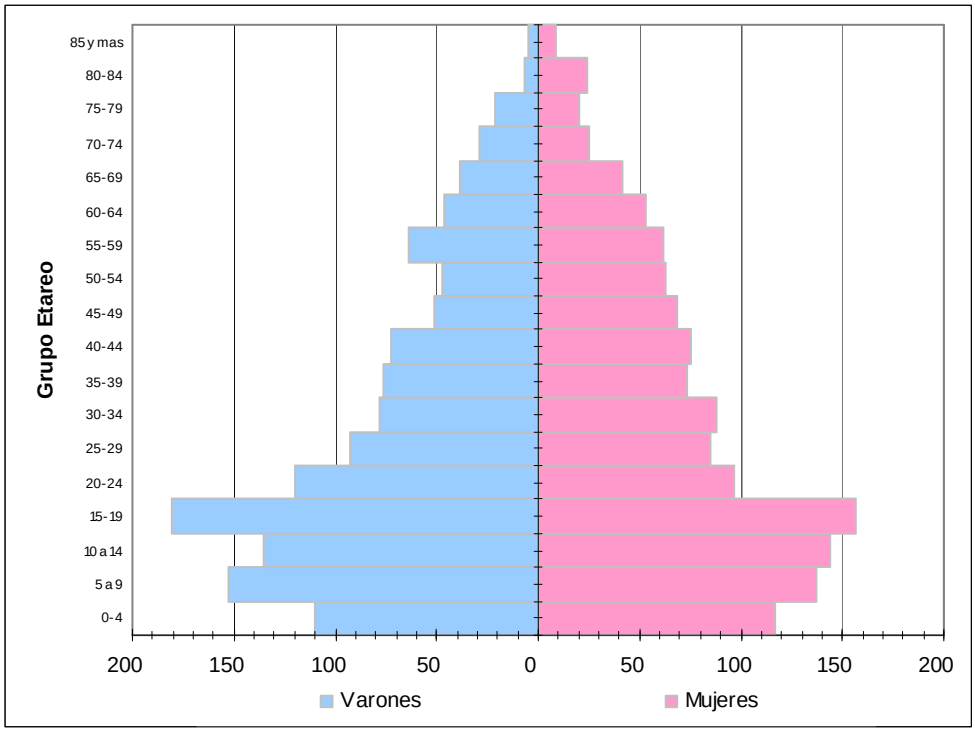


Gráfico 7: Pirámide de Población, Bº Centenario, año 2.011. Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32]

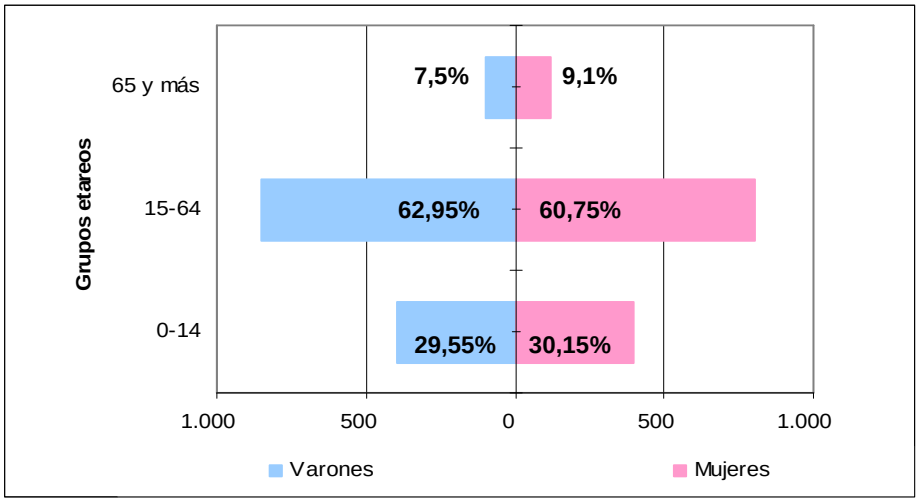


Gráfico 8: Distribución de la población en Grupos etáreos, Bº Centenario, año 2.011. Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área Programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32]

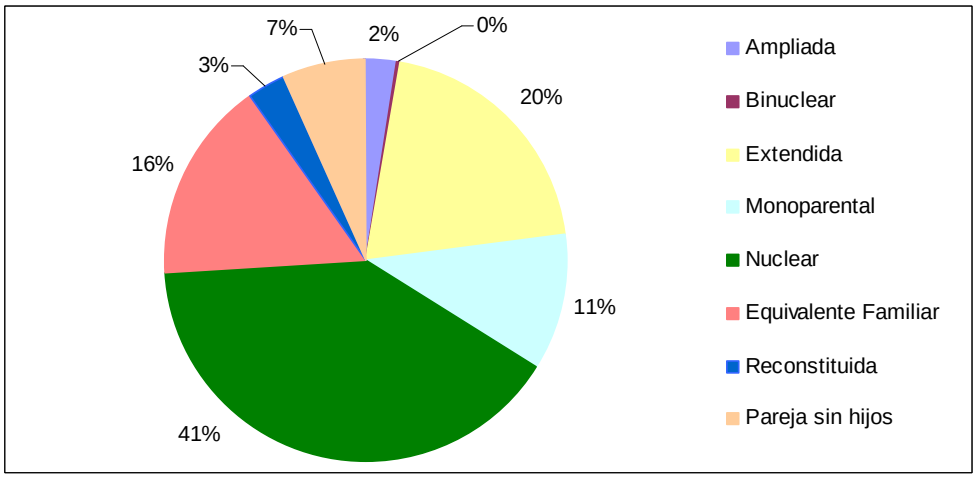


Gráfico 9: Distribución de las familias según Estructura, Barrio Centenario, 2.011. (n=622). Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32]

Tabla 13. Demografía dinámica.

DIMENSIONES	INDICADORES	RESULTADO
DINAMICA	Tasa bruta de mortalidad	***4 ⁰/₀₀***
	Tasa específica de mortalidad, según grupos etáreos y sexo: Tasa de mortalidad infantil	***0 ⁰/₀₀***
	Tasa bruta de natalidad	***20 ⁰/₀₀***
	Tasa de crecimiento vegetativo	***1,5 % (moderada)***
	Tasa general de fertilidad	***10,52 ⁰/₀₀***
	Variación relativa intercensal (Período 2.006-2011)	***6 %***

Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32] Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2006.[33]

Tabla 14. Análisis de las defunciones.

Caso	Enfermedad	Descripción del fallecimiento	Factores condicionantes de la defunción	Calidad de atención recibida	Evitabilidad
♂ 68 años	Diabetes tipo 2 Hipertensión arterial Muerte súbita	Muerte súbita el 1º de enero por probable IAM.	Interacción previa por sepsis y descompensación metabólica	Buena	Baja
♂ 32 años	Accidente en moto	Choca en ruta contra camión	Circulación a alta velocidad, ruta en mal estado muy transitada, no usa casco	-	Alta
♂ 53 años	Consumo de alcohol Polineuropatía alcohólica	Paciente con shock hipovolémico por deshidratación severa, postrado en cama prolongado	Alcoholismo Desnutrición Probable sepsis	Regular	Media
♀ 58 años	ACV hemorrágico	ACV fulminante	Hipertensión arterial	Regular	Media
♀ 62 años	Diabetes tipo 2 Hipertensión arterial Muerte súbita	Muerte súbita por probable IAM.	Hipertensión arterial Mal control metabólico	Regular	Media
♂ 72 años	Hipertensión arterial Muerte súbita	Muerte súbita por probable IAM.	Hipertensión arterial	Regular	Media
♂ 64 años	Hipertensión arterial Muerte súbita	Muerte súbita por probable IAM.	Hipertensión arterial	Regular	Media
♂ 58 años	Muerte súbita	Desconocido	Desconocido	Nula	Desconocida
♀ 44 años	Cáncer de colon	Paciente con Metástasis hepáticas y	síndrome anémico por hemorragia digestiva baja	Buena	Media
♀ 44 años	Complicaciones en POP de colecistectomía	Complicaciones infecciosas y probable distrés respiratorio	Colelitiasis, con colecistitis	Buena	Media
♀ 58 años	Insuficiencia renal terminal, se desconoce la causa	Insuficiencia renal terminal- muerte súbita	Mala tolerancia a hemodiálisis	Buena	Media
♂ 88 años	Hipertensión arterial Insuficiencia cardiaca	Descompensación de su insuficiencia cardiaca	Hipertensión arterial de larga data, con deterioro de la función sistólica de Ventrículo Izquierdo	Buena	Baja
♂ 82 años	Caída, probable ACV	Caída en domicilio	Hipertensión arterial	Buena	Baja

Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32] Entrevista a informantes claves.

Migraciones:

Es difícil cuantificar las migraciones por lo dinámico del fenómeno. Se detectaros emigraciones a otros barrios de la ciudad como las viviendas del Invico (Instituto de viviendas de Corrientes), ubicados al oeste de la ciudad. Por otro lado se registraron tanto emigraciones e inmigraciones hacia y desde CABA y Gran Buenos Aires por motivos familiares y laborales. Las familias que deciden volver al barrio desde Buenos Aires, lo hacen en busca de seguridad, sumados a la oportunidad de estar en cercanías de sus familias originarias.

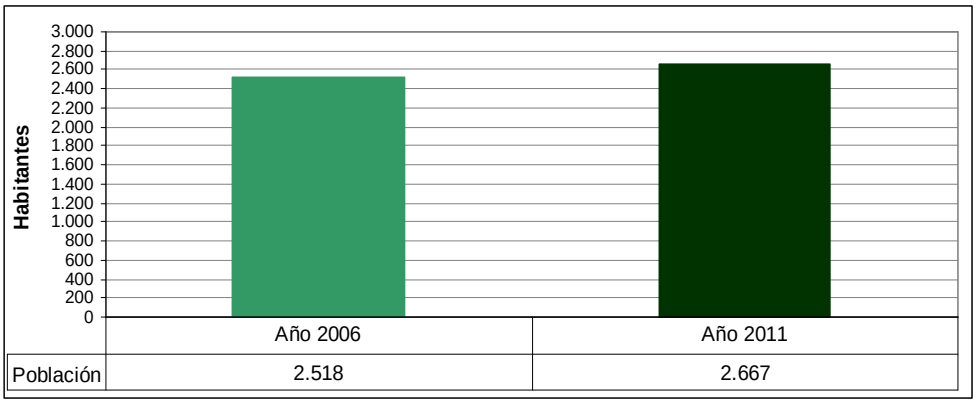


Gráfico 10: Variación Intercensal. Comparativo de población, censos sanitarios de 2.006 y 2.011. Barrio Centenario. Curuzú Cuatiá. Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32]; Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2006.[33]

Tabla 15. FACTORES SOCIOECONOMICOS.

DIMENSIONES	INDICADORES		RESULTADO
EDUCACIÓN	Tasa de analfabetismo		***9,9 %***
	Tasa de escolarización		***96 %***
TRABAJO/ ACTIVIDAD	Tasa de desocupación		***28 %***
	Tasa de subocupación		***10 %***
	Tasa de ocupación en negro		***23 %***
	Tasa de ocupación en blanco		***14 %***
	Tasa de ocupación		***37%***
	Pasivos (Jubilados/ Pensionados)		***16 %***
	Estudiantes		***30%***
	Planes sociales		***9 %***
VIVIENDA	% de población con hacinamiento		***10 %***
	% de viviendas	Buena	***20 %***
		Regular	***56 %***
		mala	***24 %***
	% de viviendas con baño instalado		***49 %***
	% de población con agua potable		***100 %***
	% de población con cloacas		***49 %***
DESARROLLO	% de población con necesidades básicas insatisfechas		***51%***

Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32] . Encuesta de Situación de salud. Barrio Centenario, 2.011.

MEDIO AMBIENTE

Ubicación y caracteristicas geograficas

El departamento de Curuzú Cuatiá se encuentra ubicado en el Centro-Sur de la Provincia de Corrientes, República Argentina, siendo su Capital la ciudad de Curuzú Cuatiá (29°47 ' S - 58°05' O).

Su relieve es ondulado, con pendientes normales de hasta el 3%, y con una buena red de drenaje superficial en casi toda su extensión, surcada por ríos y arroyos que desembocan en los Ríos Paraná al Oeste y Uruguay al Este.

El clima del Departamento es subtropical húmedo, sin estación seca, con una Temperatura Media Anual de 20°C. La Tempera tura Media del mes más frío (julio) es de 14,5°C con mínimas a bsolutas de -3°C, en tanto que la media del mes más caluroso (enero) es de 26°C con máximas absolutas de 44°C. La frecuencia de heladas es de 3 por año, las que se producen en un período de 90 días. El número de horas de frío anuales es de 400 hs. En cuanto a las lluvias, la Precipitación Media Anual es de 1.200 mm, distribuidas uniformemente durante el año, con un promedio de 90 días de lluvia, y de 0,5 a 1 días con granizo. La Evapotranspiración Media Anual es de 1.000 mm.

La vegetación predominante es de un monte abierto, tipo parque, con pastizales naturales de porte bajo y mediano, existiendo áreas con aparición de afloramientos rocosos de escasas dimensiones (NE y E del departamento) y algunas superficies inundables en las riveras de ríos (principalmente NO y O).[34]

Tabla 16. Indicadores de medio ambiente.(n=610).

DIMENSIONES	INDICADORES	RESULTADO
ABASTACEMIENTO DE AGUA	% de personas con abastecimiento de aguas sanitarias controladas	***99%***
SANEAMIENTO	Porcentaje de la población con servicio de cloacas	***49 %***
	Porcentaje de población con recolección de residuos	***98 %***
ALUMBRADO PUBLICO	Porcentaje de cuadras con alumbrado público	***75 %***

Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32]. Encuesta de Situación de salud. Barrio Centenario, 2.011. Observación no participante.

EPIDEMIOLOGIA

Tabla 17. EPIDEMIOLOGIA: Mortalidad, morbilidad, discapacidad.

DIMENSION	INDICADORES		RESULTADO
MORTALIDAD*	Tasas de mortalidad general		1,01 %
	Tasa de mortalidad infantil		25,8 $^{0}/_{00}$
MORBILIDAD	Tasas generales de prevalencia de enfermedades crónicas	Hipertension arterial en > de 20 años***:***	26%
		Diabetes tipo 2 en > de 20 años***:***	6%
		Hipercolesterolemia	9%
		TBC	0,15%
		Hidatidosis:	0.12%
	Proporción de niños menores de 6 años con desnutrición aguda		2%
	Proporción de niños nacidos con bajo peso al nacer		6%
	Proporción de embarazos de alto riesgo		11%
	Genéticos	Personas con Enanismo.	3
		Síndrome de Down.	1
		Malformaciones congénitas	1
		Errores congénitos del metabolismo	0
DISCAPACIDAD	Tasa general de Prevalencia de discapacitados		4,3 %

Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario.*** *Área programática Nº 1, Barrio Centenario*. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32]; Encuesta de Situación de salud, 2.011.

TABLA 18: EPIDEMIOLOGIA: Indicadores de la dimensión Riesgos.

INDICADOR	RESULTADO
Riesgos Ambientales	Focos de mosquitos: ***en viviendas, depósitos de agua de lluvia para riego, bebederos de animales domésticos,*** Contaminación del aire: ***ver piletas (lagunas) anaeróbicas, y polvo en suspensión.*** Ruido: ***música de vecinos.*** Presencia de animales afectivos: gran cantidad e perros, ***MAPA*** Presencia de animales de corral y cría: caballos, algunos corderos y terneros. Tipo de combustible con el que se cocina en los hogares: ***gas, leña.*** Se contabilizaron 8 viviendas muy precarias. ***Contaminación odorífera: Piletas anaeróbicas del sistema de cloacas de la ciudad***
Riesgos Sociales	Desocupación: ***28 %*** Deserción escolar en menores de 12 años: ***4%.*** Familias en riesgo (Familias críticas): ***29.*** Conductas antisociales: riñas ***nocturnas frecuentes.***
Riesgos Laborales	Exposición a sustancias nocivas, radiaciones, ruidos y alturas: ***presencia de múltiples Talleres mecánicos y chapa y pintura***

Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32]; Encuesta de Situación de salud. Barrio Centenario, 2.011; Observación no participante.

ESTILOS DE VIDA

Tabla 19. ESTILOS DE VIDA

DIMENSIONES	INDICADORES	Resultado
HÁBITOS SALUDABLES	Prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	***38%***
	Prevalencia de lactancia materna parcial hasta los 6 meses	***52%***
	Actividad física regular	***29,5%***
CONDUCTAS DE RIESGO	Prevalencia de consumo de alcohol de Riesgo	***14%***
	Prevalencia de consumo de cigarrillos (Tabaquismo)	***17%***
	Prevalencia de consumo de drogas ilícitas	***0,44%***
	Prevalencia de sedentarismo	***70,5%***
	Prevalencia de disfuncionalidad familiar	***6%***
	Prevalencia Accidentes	***223,24/10.000***
	Discapacitados por accidentes graves	***5 discapacitados***
	Mortalidad por accidentes viales	***1 muerto***
VIOLENCIA	Prevalencia de familias con problemática de violencia	***2%***

Fuente: Encuesta de Situación de salud. Barrio Centenario, 2.011. Observación no participante. Estadísticas CSO.

SERVICIOS DE SALUD

Tabla 20. SERVICIOS DE SALUD.

DIMENSIONES	INDICADORES		Resultado
DISPONIBILI-DAD DE RECURSOS	N° de médicos por 10.000 habitantes		***4***
	N° de enfermeros por 10.000 habitantes		***8***
	N° de odontólogos por 10.000 habitantes		***0***
	N° de bioquímicos por 10.000 habitantes		***0***
	N° de camas disponibles		***0***
	Disponibilidad de servicios de salud (en el CSO)	Rehabilitación	***NO***
		Urgencia	***NO***
		Transporte sanitario	***NO***
		Farmacia	***SI***
		Óptica	***NO***
	Disponibilidad de Suministros y equipamiento		***Incompleto***
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS	Proporción de motivos de consultas a centros de salud		***Ver grafico 11, 12, 13***
	Proporción de egresos hospitalarios		***8,8%***
COBERTURA	Proporción de población con obra social		***48%***
	Proporción de población bajo distintos programas:		
	Proporción de niños vacunados	Nº de niños con vacunados x 100 / Nº de niños susceptibles	***87%***
	Proporción de niños controlados	Nº de niños menores de 1 año controlados x 100 / Nº de niños menores de 1 año	***98,3%***
		Nº de niños de 1 a 6 años controlados x 100 / Nº de niños de 1 a 6 año	***89%***
	Atención prenatal	Nº de gestantes controladas en el CSO x 100 / Nº de gestantes	***87,5%***
		Nº de gestantes captadas precozmente en el CSO x100 / Nº de gestantes	***81%***
	Control de hipertensos	Nº de hipertensos controlados en el CSO x 100 / Nº de hipertensos	***43%***
	Control de diabéticos	Nº de diabéticos controlados en el CSO x 100 / Nº de diabéticos	***18%***

Fuente: Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.[32]; Encuesta de Situación de salud. Barrio Centenario, 2.011; Observación no participante.

Tabla 21. Cobertura de vacunación según esquema.

VACUNA	COBERTURA
BCG*	***100%***
SABIN (3 dosis)**	***100%***
SABIN (4 dosis)***	***81%***
CUADRUPLE B (3 dosis) y/o QUINTUPLE**	***100%***
CUADRUPLE B (4 dosis)***	***81%***
Antihepatitis B**	***100%***
TRIPLE VIRAL***	***100%***
ANTIAMARILICA	***96%***
Antihepatitis A	***98%***

*** Dentro de los primeros 7 días de edad. ** En menores de 1 año. *** En mayores de 1 año.**

Fuente: Historias clínicas pediátricas, CSO.

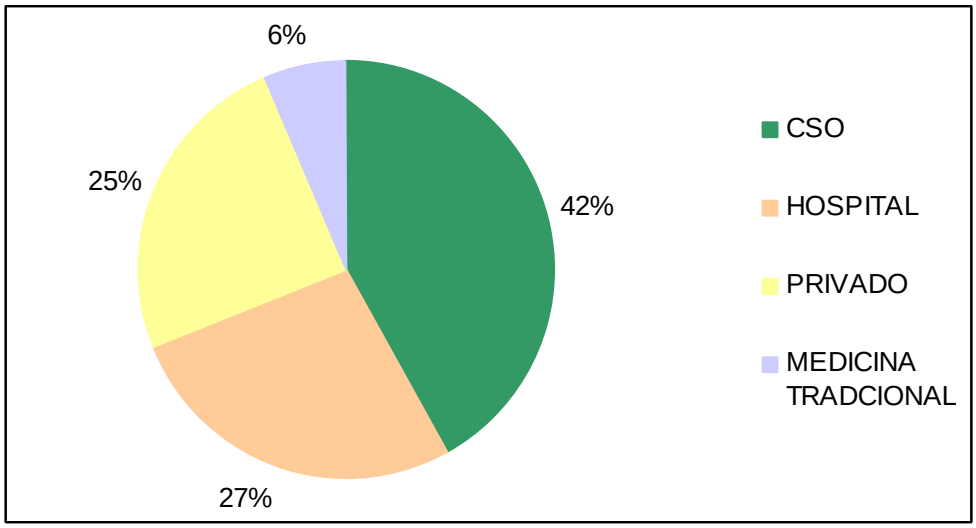


Gráfico 11: Distribución de la población del barrio Centenario, según lugar de consulta. Año 2.011. Fuente: Encuesta de Situación de salud. Barrio Centenario, 2.011. Observación no participante.

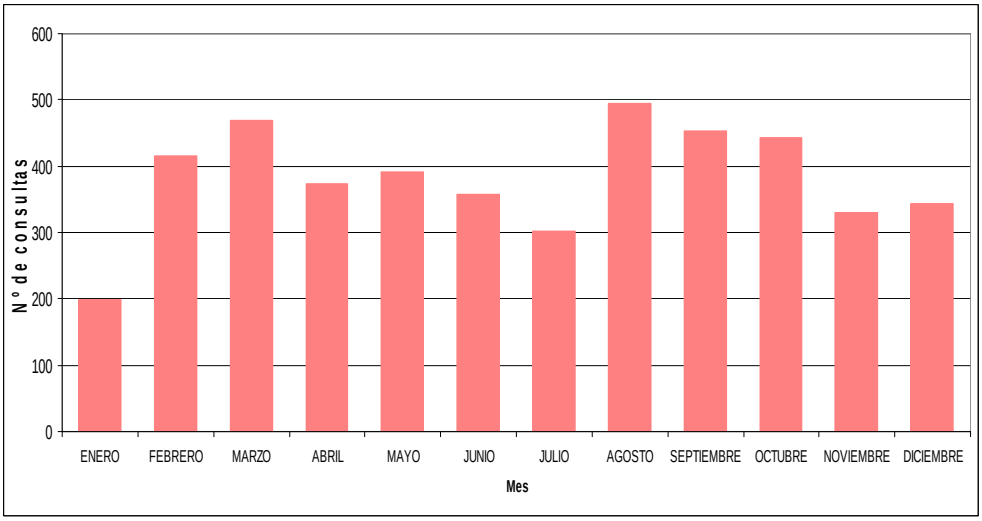


Grafico 12: Número de consultas medicas mensuales al CSO, período enero-Diciembre de 2.011. Fuente: Estadísticas CSO.

Tabla 22. Evolución de los quince motivos de consulta más frecuente, CSO, 2.011. Fuente: Estadísticas CSO.

MOTIVO DE CONSULTA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL Nº	TOTAL %
IRA	35	54	86	100	156	109	97	174	160	97	61	68	**1.197**	26%
Certificado	19	123	158	44	20	16	4	8	17	26	20	28	**483**	11%
Infecciones de la piel	22	29	12	11	19	10	11	20	13	18	28	31	**224**	5%
CNS	14	10	8	22	9	32	40	31	18	12	13	7	**216**	5%
Dolor abdominal	5	15	13	20	14	15	8	22	12	15	8	13	**160**	4%
HTA	9	10	9	8	8	14	13	12	14	14	14	6	**131**	3%
Planificación Familiar	8	8	11	12	12	12	4	12	11	15	9	12	**126**	3%
Accidentes	4	6	12	8	12	8	8	12	13	8	7	4	**102**	2%
Embarazo	8	14	7	5	7	6	2	6	10	14	7	12	**98**	2%
Diarrea	11	5	5	5	13	2	3	8	3	21	9	5	**90**	2%
Infección urinaria	6	12	3	6	8	7	6	9	5	9	9	9	**89**	2%
Diabetes	5	12	9	10	6	4	3	10	6	9	8	4	**86**	2%
Vaginitis (sup. Genital)	2	9	13	5	6	8	6	11	6	6	10	4	**86**	2%
Control	2	3	6	7	4	8	10	4	5	11	8	12	**80**	2%
Amenorrea	4	6	11	3	5	6	9	4	3	3	6	5	**65**	**1%**
Otros	44	100	106	107	92	101	78	151	157	165	112	123	**1.336**	**28%**
TOTAL	**198**	**416**	**469**	**373**	**391**	**358**	**302**	**494**	**453**	**443**	**329**	**343**	**4.569**	**100%**

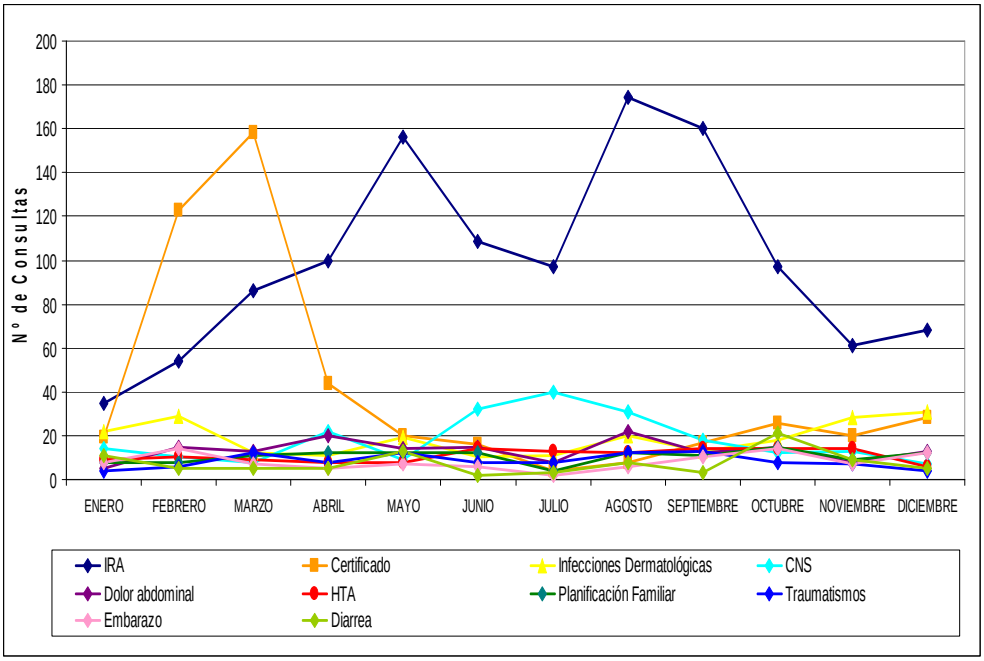


Gráfico 13: Evolución de los diez motivos de consulta más frecuente, CSO. Período Enero- Diciembre de 2.011. Fuente: Estadísticas del CSO.

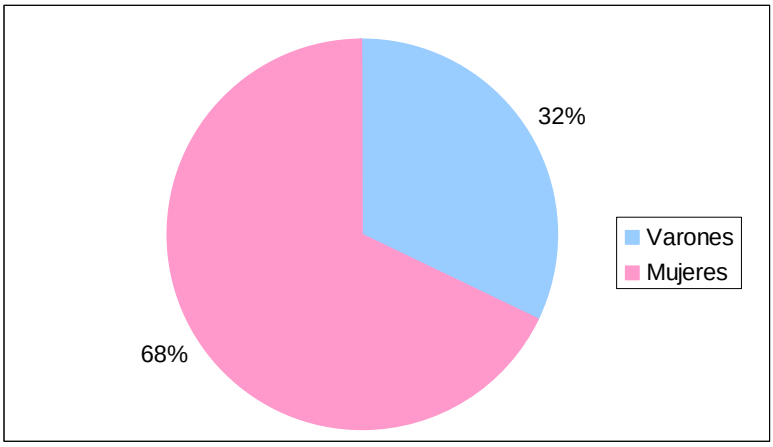
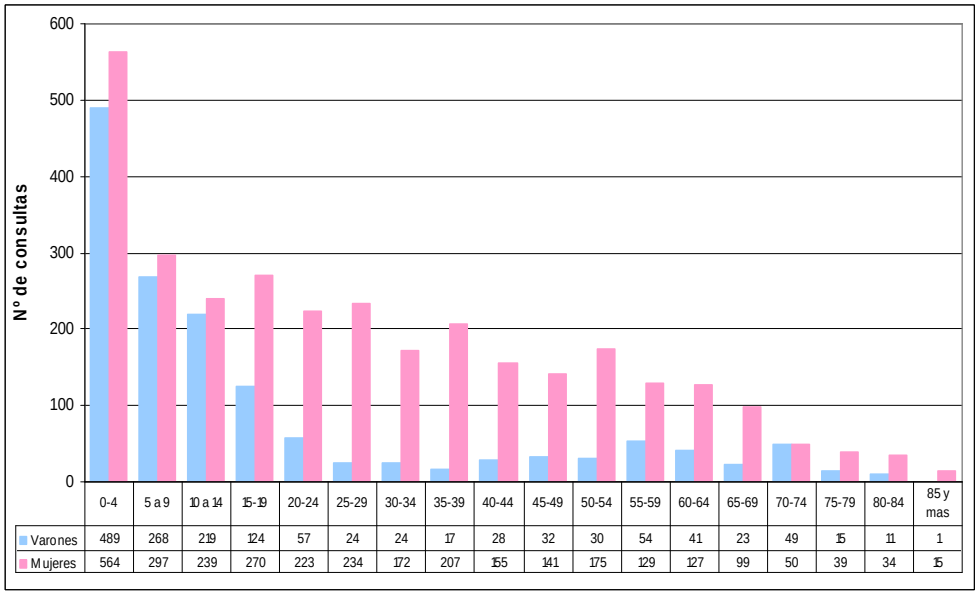


Grafico 14: Distribución de las consultas al Centro de salud Obregón, según sexo. Período Enero-Diciembre de 2.011. Fuente: Estadísticas del CSO.



	0-4	5 a 9	10 a 14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y mas
Varones	489	268	219	124	57	24	24	17	28	32	30	54	41	23	49	15	11	1
Mujeres	564	297	239	270	223	234	172	207	155	141	175	129	127	99	50	39	34	15

Grafico 15: Distribución de las consultas al Centro de salud Obregón, según edad y sexo. Período Enero-Diciembre de 2.011.Fuente: Estadísticas del CSO.

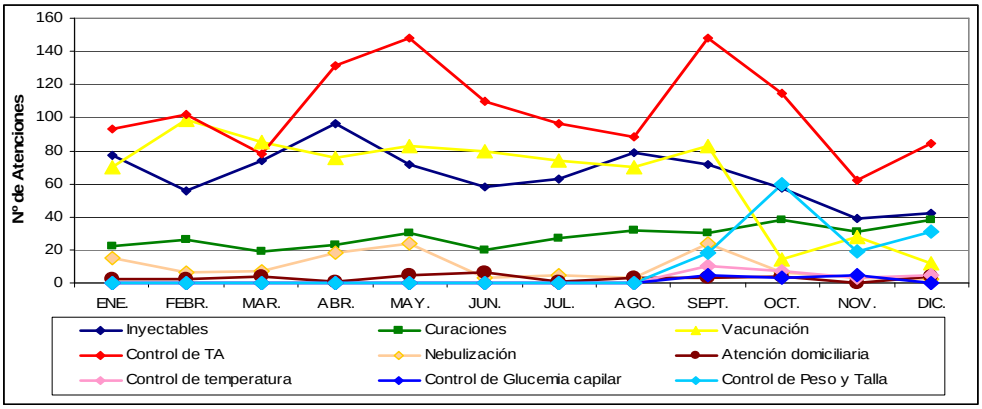


Gráfico 16: Evolución de Atenciones de Enfermería, CSO, Período Enero-Diciembre de 2.011. Fuente: Estadísticas del CSO.
Fuente: Estadísticas del CSO.

Tabla 23. ACCIONES DE SALUD

DIMENSION	INDICADORES		Resultado
Acciones de vigilancia y control	Sobre enfermedades con vías de transmisión respiratoria, digestiva vectorial y sexual, analizados según tipo de transmisión.		***Charlas en la escuela y sala de espera del CSO***
Captación de recién nacidos	Precoz.		***92%***
Lactancia materna	Exclusiva		***38 %***
	Parcial		***52 %***
	Artificial		***10 %***
Lactantes de riesgo	Según tipo de riesgo.	Riesgo de desnutrición	***7***
		Retraso psicomotor	***2***
Embarazadas de riesgo	Analizadas según tipo de riesgo.		***Nº1 (madre con retraso mental)***
Ingresos en el hogar	Ingresos (interacción domiciliaria) en el hogar de pacientes ancianos postrados con demencia y ACV.		***3***
Pesquisa de cáncer evitable	Nº de mujeres de sexualmente activas con PAP en últimos 2 años x 100 / Nº de mujeres de sexualmente activas		***76%***
	Nº de mujeres de 40-60 años con mamografía en últimos 2 años x 100 / Nº de mujeres de 40-60 años		***37%***
	Nº de hombres > 50 años con PSA realizado en el ultimo año x 100 / Nº de hombres > 50 años		***4%***
Atención odontológica	Acciones de prevención: aplicación de flúor a niños, higiene bucal adecuada, visita anual al odontólogo, identificación de problemas de salud bucal, malformaciones congénitas, mal oclusiones.		***0 % En CSO***
Saneamiento ambiental	Focos de mosquitos y locales saneados.		***0***
Grupos de trabajo comunitario	Existencia de círculos de abuelos, de adolescentes u otros.		***No***
Detección de malformaciones congénitas	Proporción de embarazadas con ultrasonidos)		***100%***
	Análisis de errores congénitos del Metabolismo en Recién nacidos		***100%***
Intervenciones familiares	Dinámicas familiares.		***No***

Tabla 24. ACCIONES DE SALUD (Cont.)

DIMENSIONES	INDICADORES	Medida	Resultado
EFECTIVIDAD	Proporción de bajo peso al nacer	***%***	***4%***
	Proporción de embarazos no planeados	%	***55%***
ATENCION POR NIVELES	En relación a las funciones que realizan el CS y Hospital, existen: 1.División claramente definida según niveles 2. Sistema de referencia y contrarreferencia	No se cumple ninguna condición	***Malo***
ACCESIBILI-DAD	La atención del CS cumple las siguientes condiciones: - *Las prestaciones son gratuitas* - *la población de responsabilidad se encuentra dentro de un radio de 10 cuadras o una isócrona de 30 minutos del CS* - *se realiza atención durante la mañana y la tarde* - *se utiliza lenguaje escrito y grafico para la comunicación institucional.*	Se cumplen tres condiciones	***Bueno***

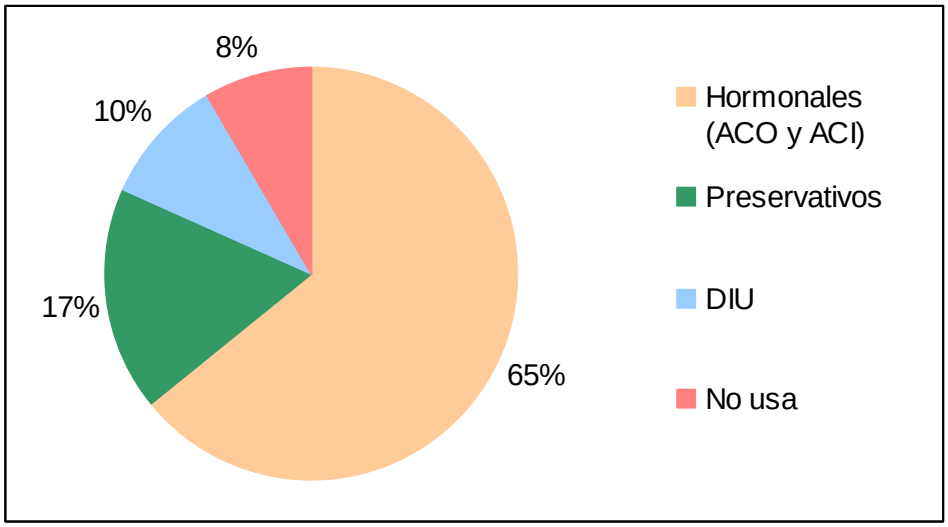


Gráfico 17: Distribución de mujeres en edad fértil según uso de Métodos anticonceptivos. Fuente: Estadísticas CSO.

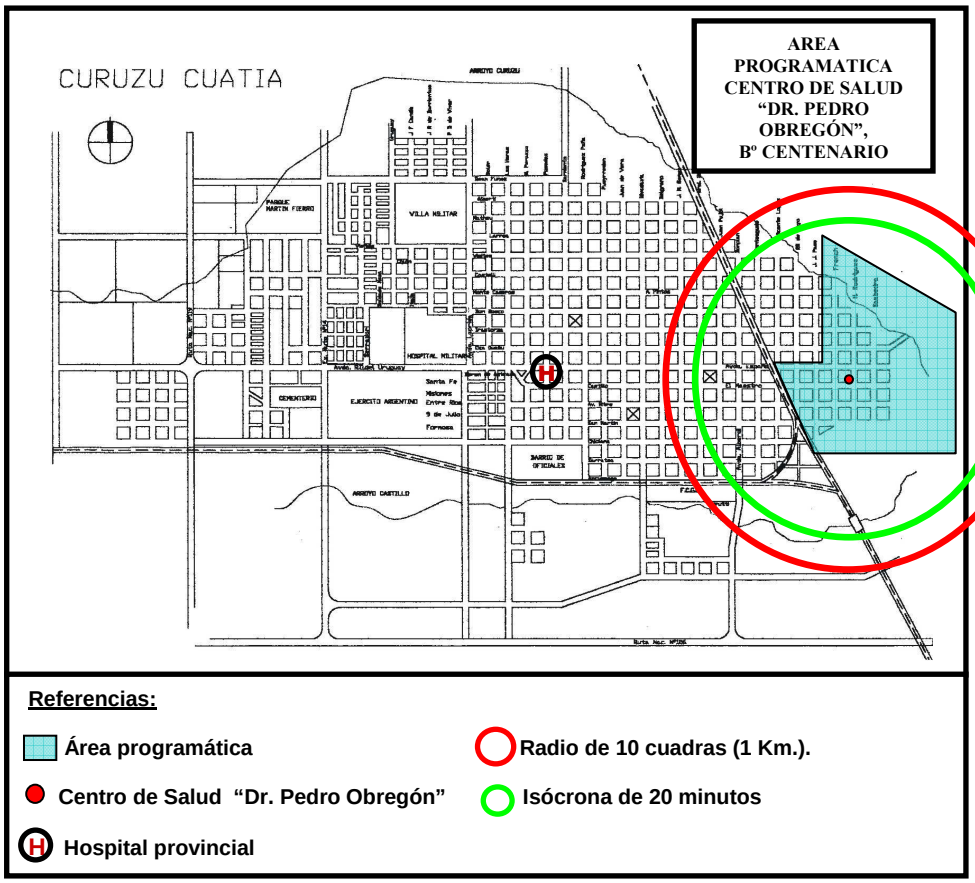


Gráfico 18: Accesibilidad geográfica al CSO. Fuente: Observación no participante. Fuente: Elaboración propia, observación no participante.

Tabla 25. Participación comunitaria: en la toma de decisiones, ejecución, y evaluación de los servicios de salud a nivel local.

Perfil de Participación	Toma de decisiones	Ejecución	Evaluación
Escasa	La © recibe información general sobre las decisiones tomadas y se escuchan sus puntos de vista sobre las mismas.	La © colabora ocasionalmente con voluntarios en alguna actividad del servicio (vacunación, toma de muestras, encuesta, censo).	Se invita a la © a participar en la evaluación de algunas actividades, y se escuchan sus opiniones.

Fuente: Observación no participante. (©): Comunidad

Tabla 26: Necesidades sentidas.

Cambios CSO	Nº	%
Ampliar CSO	***91***	***31%***
Mas médicos	***36***	***12%***
Mejorar disponibilidad de vacunas	***27***	***9%***
Mas personal	***23***	***8%***
Pintura CSO	***16***	***6%***
Pediatra	***13***	***4%***
Arreglar CSO	***12***	***4%***
Mas enfermeras	***12***	***4%***
Ampliar horarios de atención	***10***	***3%***
Odontólogo	***10***	***3%***
Realizar charlas	***9***	***3%***
Enfermera 24 Hs.	***8***	***3%***
Mejor atención	***8***	***3%***
Medicamentos	***4***	***1%***
Mejorar limpieza	***3***	***1%***
Cambio de enfermara	***2***	***1%***
Ginecólogo	***2***	***1%***
Cambio personal	***1***	***0,50%***
Comunicación con Hospital	***1***	***0,50%***
Enfermera Fin de semana	***1***	***0,50%***
Mejorar insumos	***1***	***0,50%***

Fuente: Encuesta de Situación de salud. Barrio Centenario, 2.011.

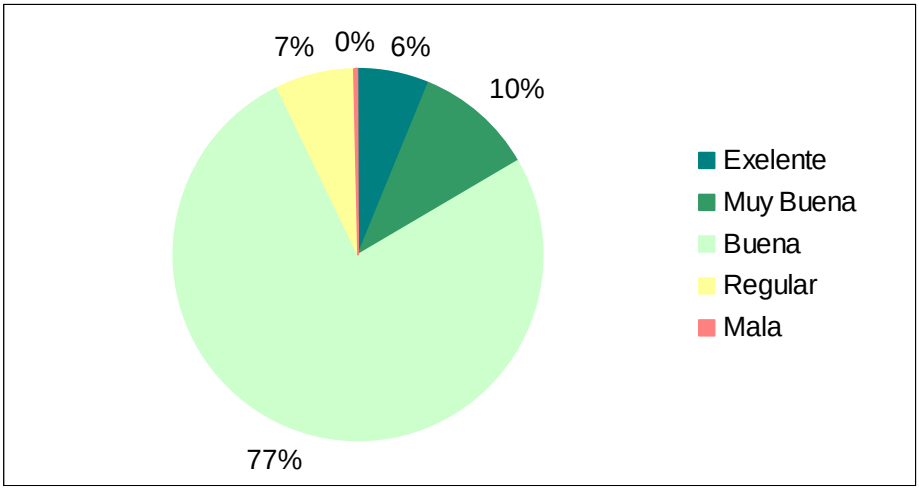


Gráfico 19: Opinión de la comunidad sobre la Calidad de atención del CSO, año 2.011. Fuente: Encuesta de Situación de salud. Barrio Centenario, 2.011.

Tabla 27: PROBLEMAS PERCIBIDOS.

Problemas	Nº	%
Gripe	***88***	***53%***
Parásitos	***36***	***22%***
Diarrea	***12***	***7%***
Contaminación por Lagunas anaeróbicas de la red de residuos cloacales cercanas al barrio	***6***	***4%***
HA	***3***	***2%***
Embarazo no deseado	***3***	***2%***
Asma	***2***	***1%***
Droga	***2***	***1%***
MAPA (trasladar) (Movimiento Argentina de Protección animal, que aloja animales abandonados en una vivienda del barrio)	***2***	***1%***
DM	***2***	***1%***
Accidentes de Motos	***2***	***1%***
Carencia de alimentos	***1***	***1%***
Cáncer	***1***	***1%***
Violencia	***1***	***1%***
Problemas cardiacos	***1***	***1%***
Salud sexual	***1***	***1%***
Picadura insectos	***1***	***1%***
SIDA	***1***	***1%***
Enf. Reumáticas	***1***	***1%***

Fuente: Encuesta de Situación de salud. Barrio Centenario, 2.011.

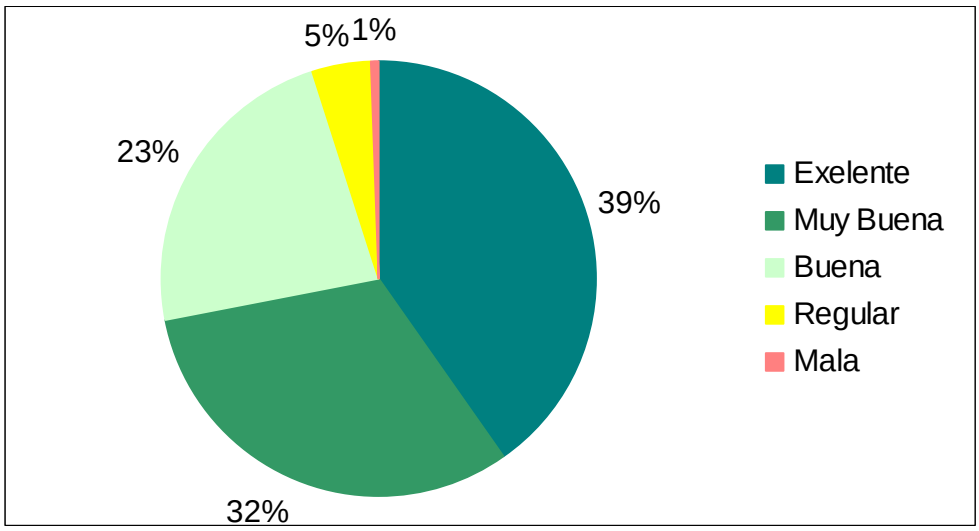


Gráfico 20. Autopercepción del estado de salud de la comunidad del barrio Centenario, año 2.011. Fuente: Encuesta de Situación de salud. Barrio Centenario, 2.011.

INTERSECTORIALIDAD

Tabla 28. INTERSECTORIALIDAD

DIMENSIONES	INDICADORES	Resultado
Acciones conjuntas con organizaciones de barrio	Analizar si hubo articulación con las organizaciones del barrio en la promoción de salud, prevención de riesgos y en la solución de los problemas de salud de la comunidad.	***Si con la escuela***
Acciones conjuntas con otros sectores sociales	Analizar si se trabajó con los diferentes actores sociales y si hubo articulación intersectorial en la identificación o solución de los problemas de salud de la comunidad.	***Con la escuela***
Acciones de redes de apoyo social	Si hay evidencia de la existencia de la influencia de las redes de apoyo en la comunidad.	***Escasa***

PERCEPCIÓN DE INFORMANTES CLAVES

Entrevistados: personas de la Capilla; Templo evangélico; Propietarios de negocios del barrio; directora, vice-directora y maestras de la Escuela Centenario, encargada de comedor comunitario y Enfermeras del CSM.

Problemas formulados:

- Dolor abdominal en niños de la escuela.
- Infecciones respiratorias agudas en niños.
- Pediculosis.
- Problemas con adolescentes y jóvenes (desempleo, la falta de estudio, consumo de alcohol y tabaco);
- Hipertensión arterial;
- Familias con necesidades básicas insatisfechas (NBI);
- Contaminación ambiental (mal olor) por lagunas anaeróbicas del sistema de cloacas de la ciudad;
- Falta de interés comunitario.

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Tabla 29: PRIORIZACION DE PROBLEMAS ENCONTRADOS: Método CENDE-OPS para determinación de prioridades.[11]

PROBLEMA	PUNTAJE ASIGNADO CRITERIO *				
	MAGNITUD	TENDENCIA	GRAVEDAD	VULNERABILIDAD	INTERES COMUNITARIO
Hipertensión Arterial (HA)	8	5	10	8	8
Infecciones respiratorias agudas (IRA)	10	5	4	6	10
Accidentes moto	4	10	10	8	2
Alcoholismo	6	2	8	2	2
Accesibilidad horaria al CSO	8	8	6	10	8
Disponibilidad de insumos CSO	8	6	6	6	8
Infraestructura CSO	6	2	6	2	8
Disponibilidad de personal CSO	6	3	6	2	8
Embarazo no planeado	8	6	6	8	8

* Puntaje máximo posible: 10 puntos

Tabla 30: DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

PROBLEMA	CRITERIO					PUNTAJE TOTAL
	MAGNITUD	TENDENCIA	GRAVEDAD	VULNERA-BILIDAD	INTERES COMUNITARIO	
	PESOS					
	x 4	x 1	x 4	x 2	x 3	PRIORIDADES
HA	8 x 4= 32	5 x 1= 5	10 x 4= 40	8 x 2= 16	8 x 3= 24	***117***
Accesibilidad horaria al CSO	8 x 4= 32	8 x 1= 8	6 x 4= 24	10 x 2= 20	8 x 3= 24	***108***
IRA	10 x 4= 40	5 x 1= 5	4 x 4= 16	6 x 2= 12	10 x 3= 30	***103***
Embarazo no planeado	8 x 4= 32	6 x 1= 6	6 x 4= 24	8 x 2= 16	8 x 3= 24	**102**
Disponibilidad de insumos CSO	8 x 4= 32	6 x 1= 6	6 x 4=24	6 x 2= 12	8 x 3=24	***98***
Accidentes moto	4 x 4= 8	10 x 1= 10	10 x 4= 40	8 x 2= 16	4 x 3= 12	**86**
Disponibilidad de personal CSO	6 x 4= 24	3 x 1= 3	6 x 4= 24	2 x 2= 4	8 x 3= 24	***79***
Infraestructu-ra CSO	6 x 4= 24	2 x 1= 2	6 x 4= 24	2 x 2= 4	8 x 3= 24	***78***
Alcoholismo	6 x 4= 24	2 x1= 2	8 x 4= 32	2 x 2= 4	2 x 3= 6	***68***

DISCUSION

La comunidad del barrio Centenario históricamente tuvo un gran sentimiento de pertenencia al mismo.

Como principales aspectos demográficos encontramos una población progresiva y madura. Esto se puede deber por un reciente decremento de la natalidad y la emigración de población joven y adultos jóvenes, económicamente activa, en busca de trabajo. Este fenómeno se observa en diferentes ciudades pequeñas y zonas rurales de Argentina, donde, según Pizzolitto, el grado de urbanización y los recursos naturales de las provincias son las características regionales que más influencia tienen sobre los movimientos entre provincias.[34]

Trayendo consecuencias tanto para las áreas receptoras (Mayor dinamismo del mercado de trabajo, aunque con mayor rigidez en las relaciones laborales, Problemas de vivienda y medio ambiente, necesidad de incremento de servicios sanitarios y educativos, Desarraigo, pérdida de relaciones personales, incremento de las conductas delictivas.), como para las emisoras (Incremento del índice de dependencia -disminución de la población activa-, Desvalorización de propiedades, acompañada de un proceso de mayor concentración, Sub-utilización de recursos).[35] Esta realidad no escapa a la observada en America Latina.[36]

En cuanto a la estructura familiar el mayor porcentaje es de tipo Nuclear, secundada por las familias de tipo Extendidas. Llama la atención una gran proporción de equivalentes familiares.

Por tratarse de una población pequeña, no se ahondará en el análisis de indicadores de natalidad y mortalidad. La variación intersensal arroja un incremento de la población del 6%. Esto concuerda con la variación del último decenio en la provincia de Corrientes, que fue del 6,7%.[37]

Con respecto a la mortalidad se detectaron causas potencialmente evitables, como control de patologías crónicas especialmente

cardiovasculares, alcoholismo, tumores y accidentes de transito, estos últimos relacionados al uso de motocicletas. Estos datos son coincidentes con los encontrados en el resto del Nordeste (NEA).[38]

Actualmente cerca del 10% de la población es analfabeta y un 4% de los niños en edad escolar no esta escolarizado, datos que preocupa y repercutirá en el desarrollo de la comunidad y su posterior inserción laboral. Esto se da a pesar de planes nacionales como la Asignación Universal por hijo.

La desocupación supera los niveles nacionales. Esta realidad concuerda con la falta de fuentes de trabajo, la gran dependencia de planes sociales, y por otro lado explicaría la gran emigración de población económica activa a otras regiones de nuestro país.[39]

Más de la mitad de la población presenta NBI, cifra que duplica los porcentajes observados en la provincia, y triplica a los nacionales.[40,41]

La mayoría de las viviendas son de calidad regular o mala, y si bien la red cloacal esta extendida en gran proporción de las cuadras del barrio, menos de la mitad de las casas están conectadas a la misma. En los últimos años se ha visto un esfuerzo municipal por mejorar las condiciones del barrio, que ha perdido muchas familias que se han trasladado hacia barrios “nuevos” de los planes de vivienda construidos por el Instituto de la Vivienda de Corrientes (INVICO), lo que ha contribuido a la “marginación” de este sector de la ciudad.

La patología crónica de mayor prevalencia es la Hipertensión Arterial (HA), afectando a un tercio de la población adulta. Esto se ve reflejado en las causas de las muertes, donde esta patología interviene en más de la mitad de los casos.

La proporción de discapacitados asciende a un 4,3%.

Existe un alto nivel de contaminación odorífera detectada durante la consulta y recorridas, proveniente de las lagunas anaeróbicas del servicio de cloacas de la ciudad, que se ubican próximas al barrio, sin embargo en la encuesta realizada solo 6 encuestados

manifestaron su presencia como un problema de salud. Al momento de cerrar esta investigación, se constató la plantación de una barrera vegetal al norte y oeste de las lagunas para mitigar los malos olores que invaden el barrio y resto de la ciudad.

Existen otros riesgos ambientales como basurales a cielo abierto, y aguas estancadas peri domiciliarias, talleres mecánicos, percibiendo escasa conciencia social del riesgo de los mismos. Otra contaminación es la sonora proveniente de la música que escuchan a gran volumen algunos vecinos, lo que dificulta el descanso del resto de la comunidad y perjudica la convivencia.

Se han detectado condiciones propicias para la transmisión de la Hidatidosis.

La proporción de lactantes menores de 6 meses de edad, con lactancia materna exclusiva alcanzó un 38%, valor similar al encontrado en la Encuesta de Lactancia Materna 2007, donde se encontró una prevalencia del 36%[42] y a la estimada para la Región de Latinoamérica y El Caribe, que asciende al 42%[43].

Asimismo la lactancia materna parcial en menores de 6 meses alcanzo un 52%, siendo superior al 44% a nivel nacional. [42]

En cuanto a las principales conductas de riesgo y hábitos de vida se destacan el sedentarismo, que supera los peores resultados de la encuesta nacional de factores de riesgo (ENFR) a nivel provincial.[40]

Por otro lado, los porcentajes en que los vecinos manifiestan consumir tabaco, son llamativamente inferiores a los detectados por la ENFR.

Con respecto al consumo de alcohol de riesgo los resultados son superiores a los de la ENFR para la provincia de Corrientes. De todos modos, por tratarse el alcohol una patología de gran censura social, puede haberse subregistrado.[40]

Tabla 31: Comparativo con principales indicadores provinciales y nacionales:

Indicador	Barrio Centenario [1]	Curuzú Cuatiá [2]	Corrientes [3]	Región NEA [4]	Nación 2.005 [5]	Nación 2.009 [6]	NACION INDEC 2.001 [7]	Indec 4º Trim. 2011 [8]
Salud general (regular o mala)	6%		20.8%	22.6%	19.9%	19,20%		
Actividad física baja	70,50%		38.5%	39.4%	46.2%	54,90%		
Presión arterial elevada en al menos 1 consulta	26%		35.1%	36.5%	34.5%	34,80%		
Diabetes o glucemia elevada	6%		13.7%	13.7%	8,40%	9,60%		
Colesterol elevado	9%		30.2%	28.0%	27.9%	29,10%		
Fumador (18 a 64 años)	17%		30.7%	29.3%	33.4%	27,10%		
Consumo de alcohol de riesgo	14%		8.4%	9.0%	9.6%	10,70%		
Mamogra-fía en los últimos 2 años	37%		26.0%	27.0%	42.5%	54,20%		
Papanico-lau en los últimos 2 años	76%		34.5%	39.0%	51.6%	60,50%		
Cobertura de OOSS	48%		62%	49,50%	65,10%			
NBI	51%		24,20%				14,30 %	
Tasa de Desocupa-ción	28%							8,4%
Accidentes Totales sin especificar	22,3‰	41‰						

Fuentes: 1: Verón M. Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.31; Encuesta de Situación de salud. Barrio Centenario, 2.011; **2**: SNVS. Acceso: Nodo Hospital Irastorza; **3-5**: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resumen de resultados principales. Provincia: Corrientes. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/contenidos/PDF/INFORME-provincial/corrientes.pdf; **6**: Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: evolución de la Epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(6):34-41. Disponible en: http://msal.gov.ar/rasp/rasp/articulos/volumen6/encuesta-nacional.pdf; **7**: Mapa de necesidades básicas insatisfechas 2001. Disponible en: http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/74/Aqui7.pdf; **8** Argentina: RADAR Macroeconómico. Disponible en: http://www.bcra.gov.ar/pdfs/indicadores/Radar.pdf

Se han registrado accidentes viales graves, asociados en su totalidad a la conducción imprudente de motocicletas y ciclomotores, el no uso de casco, contabilizándose una muerte en el ultimo año, además de 5 discapacitados motores por dicha causa. Por todo esto se hace imperiosa la necesidad de implementar acciones comunitarias de educación vial y concientización de los riesgos detectados.

La cobertura de inmunizaciones muestra los peores indicadores en la cuarta dosis de cuádruple y Sabin a los dos años, y la cobertura de niños de 11 años o mayores debido a esquemas incompletos de Anti-Hepatitis B principalmente. O sea que se realiza un adecuado seguimiento de los niños hasta el año de vida, siendo insuficiente a partir de esa edad. Los niños en edad escolar tienen en su mayoría esquemas incompletos, existiendo en sus progenitores un alto nivel de confusión y desconocimiento, de las vacunas y numero de dosis que deben recibir los niños a los 11 años. Abona esta confusión el hecho de que se realizan campañas intermitentes de vacunación en la escuela por parte del hospital local, sin coordinación con el CSO, y esto, atenta contra el acercamiento de los niños a vacunarse en el Centro de salud, pues esperan pasivamente el regreso del “hospital”, no completando los esquemas. Se deriva así en actividades esporádicas —campañas— que no toman en cuenta las lógicas escolares, los tiempos institucionales y las prioridades/oportunidades que, sin duda, existen en la cotidianeidad de la escuela.[46]

Con respecto a los servicios de salud se detectaron deficiencias en la disponibilidad de recursos básicos, escaso personal medico y paramédico, contando con un solo medico a partir de comienzos de 2.010.

Mas de la mitad de la población no posee obra social. Esta proporción es similar a la del NEA, superior a la de Corrientes y del total del país.[37-41]

Las principales deficiencias de cobertura de acciones de salud se encuentran en la atención de patologías crónicas no transmisibles. Problemas de insumos, infraestructura y coordinación con el nivel superior, propician malas condiciones de seguimiento de los pacientes.

Los principales motivos de consulta son las infecciones respiratorias agudas (IRA), solo superadas en los meses iniciales del año por los controles de salud de los establecimientos educativos y planes sociales (certificados escolares y libretas de Anses), esto coincide con los picos en la cantidad de consultas a fines del invierno y fines del verano respectivamente. En gran medida este motivo de consulta absorbe gran parte del trabajo y esfuerzos del Equipo de salud, saturando turnos y consultas de urgencias, y restando tiempo para otras acciones del tipo preventivo y trabajo en terreno.

Con respecto a la estructura de la población que consulta al CSO, se detecta una gran población infantil menor de 5 años, y por otro lado una gran proporción de mujeres en edad fértil, lo que coincide con patologías y controles gineco-obstétricos.

Las atenciones de enfermería muestran un perfil básicamente asistencial (control de TA y colocación de inyectables). Pensamos que mejorando la disponibilidad de vacunas se puede incrementar esta prestación y mejorar la cobertura vacunal.

Del análisis de las acciones de salud realizadas se concluye que se realizan atenciones por libre demanda en general, reservando los turnos programados para control de embarazadas y controles de niño sano, observando menor proporción de controles de patologías crónicas.

La principal actividad preventiva (Prevención secundaria), es la realización de PAP, superando los promedios provinciales y nacionales, así como la realización de mamografías, que se ubica por encima de la media provincial, aunque por debajo del promedio nacional. (ver Tabla 31)

No se realizaron actividades de saneamiento ambiental, ni terapias familiares.

No se realiza una adecuada atención por niveles, considerándose inexistente la coordinación con el Hospital Irastorza (segundo nivel). Solo se realizan algunas gestiones a nivel del médico en forma individual y por propia iniciativa. Se hace necesaria una coordinación entre la Dirección de salud Municipal y el Hospital provincial.

La accesibilidad al CSO en general es buena, aunque la comunidad ha solicitado aumentar los horarios de atención. Especialmente reclaman atención en horario vespertino, ya que por razones de trabajo o concurrencia a instituciones educativas, una parte de la comunidad no puede concurrir por la mañana.

El 94% de la población considera que su estado de salud es bueno o superior.

La participación comunitaria es escasa. Al momento de realizar este estudio, la comisión vecinal de apoyo al CSO se encontraba disuelta. Hemos detectado inconvenientes de tipo político y obstáculos de parte de la anterior gestión municipal en la participación comunitaria.

Más del 90% de la comunidad califica como buena o muy buena la atención recibida en el CSO. Los principales cuestionamientos son respecto a la escasez de personal médico y paramédico y reclama aumentar los horarios de atención y atención los fines de semana, por lo menos con enfermería permanente.

La participación de redes sociales en el abordaje de problemas comunitarios es escasa, evidenciándose trabajo intersectorial, únicamente con la escuela, aunque se trata de acciones esporádicas y la mayoría de las veces por iniciativa del sector salud. Se debería avanzar el la participación activa de la comunidad educativa, para no caer en lo expresa OPS en su documento “Escuelas Promotoras de Salud”: *“Se pierde así la posibilidad de agregar valor educativo a estas acciones, utilizándolas como espacio para la participación activa de los niños en la identificación de factores de riesgo y la*

promoción de comportamientos saludables que son determinantes en el largo plazo.[46]

La comunidad ha referido como mayores problemas de salud las infecciones respiratorias agudas o “gripe” (IRA) las parasitosis y las diarreas. Cabe aclarar que si bien las IRA son el principal motivo de consulta en el CSO, en general son episodios autolimitados y sin gravedad. En este sentido estos resultados coinciden con los datos a nivel nacional, donde la enfermedad respiratoria en todas las edades, es la principal causa de consulta.[47] De todos modos no se han registrado muertes por estas patologías, y no se reconoce como causa importante de hospitalización, aun en niños. Si es de destacar que es causa de ausentismo laboral y escolar en concordancia con datos nacionales.[48]

Con respecto a las parasitosis –incluyendo Pediculosis- , patología prevalente en nuestra zona, no se han diagnosticado casos de gravedad y además se realiza desparasitación periódica a la mayoría de los niños en edad escolar, debiéndose reforzar medidas de educación para la salud en cuanto a la higiene personal y saneamiento ambiental. Por ultimo la diarrea no muestra una gran demanda como motivo de consulta al CSO.

Se han identificado otros diferentes problemas, de los cuales resultaron prioritarios: Hipertensión arterial, Problemas de Accesibilidad horaria al CSO y Embarazos no planeados. Como se puede evidenciar hay problemas de salud como la HA, pero también problemas con un trasfondo sociocultural como el embarazo adolescente, y problemas de gestión del CSO, como la Accesibilidad horaria limitada.

Se destaca que en la priorización se han valorado accidentes moto, alcoholismo, disponibilidad de insumos, infraestructura y personal del CSO, los cuales también están siendo evaluados por autoridades municipales y provinciales, por lo que se pretende abordar otros problemas, cuya solución es más factible por parte del equipo de

salud y la comunidad. De todos modos, dentro de las actividades intersectoriales con la Escuela, se abordaran los referentes a la prevención de accidentes y adicciones.

Es necesario señalar la dificultad surgida al momento de valorar la magnitud de la información cualitativa en la priorización de los diferentes problemas, ya que no siempre es fácilmente cuantificable.

Por ultimo, se destaca el valor del ASIS como herramienta para la Planificación estratégica y la gestión de los Centros de salud del primer nivel de atención en nuestra comunidad, recomendando esta actividad en las diferentes áreas programáticas de la ciudad de Curuzú Cuatiá.

CONCLUSIONES

La comunidad del barrio Centenario corresponde a una población progresiva y madura, con un estrechamiento reciente de la base de la pirámide poblacional.

La mayoría de las familias son del tipo Nuclear, constatándose NBI y desocupación en proporciones superiores a la media nacional y provincial.

Los principales problemas de salud encontrados son:

- Hipertensión Arterial (HA)
- Deficiencias en la Accesibilidad horaria al CSO.
- Infecciones respiratorias agudas (IRA), principalmente en niños.
- Embarazos no planeados.

Se identificaron deficiencias en el diagnostico y seguimiento de patologías crónicas entre ellas la HA, esto puede verse favorecido por la falta de acceso al CSO, que a su vez guarda relación con la deficiente disponibilidad de personal e insumos.

La comunidad, manifestó la necesidad de que se realicen actividades de promoción y educación, para mejorar el control de las patologías encontradas.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN:

- Elaborar un programa de control de la hipertensión arterial, que contemple la participación comunitaria, el empoderamiento de ésta en su ejecución, haciendo hincapié en la adopción de hábitos de vida saludables, diagnostico precoz y prevención de complicaciones.
- Mejorar la accesibilidad de la población al sistema de salud, fomentando la responsabilidad compartida en la gestión de turnos.
- Incentivar la participación comunitaria y la intersectorialidad para el manejo de las patologías prevalentes como las IRA, la prevención del embarazo no deseado, accidentes y la gestión de recursos tanto humanos como materiales para mejorar la atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dávila F, Gómez W, Hernández T. ***Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados.*** Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2009 [acceso 13 de marzo de 2011] ; 35(1):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n1/spu17109.pdf

2. Gómez M. ***Determinantes de la Salud.*** En: Panel 1: Contexto del Sistema de Salud, Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio de los Sistemas de Salud. [Internet]. En: Taller San Juan, Puerto Rico. Agosto 2005. OPS/OMS Nicaragua; 2.005. p 1-18. [acceso 23 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/documents/events/puertorico05/8-magomez-determsalud-pur05.pdf

3. Dever A. ***Epidemiología y administración de servicios de salud*.** Rockeville, 1991. Aspen Publishers, Inc. (serie Paltex)

4. Lalonde M**. A new perspective on the Health of canadians. A working documents.** [Internet]. Ottawa: Department of Health and Welfare;1974. [Acceso 23 de abril]. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf

5. Susser, M, Susser, E. ***Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms.*** Am J Public Health [Internet]. 1996 [acceso 23 de abril]. 86: 668-673. Disponible en: http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/86/5/668

6. Susser, M, Susser, E. ***Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology*.** Am J Public Health [Internet]. 1996 [acceso 23 de abril]. 86: 674-677. Disponible en: http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/86/5/674

7. Bergonzoli G, Victoria D. ***Rectoría y Vigilancia de la Salud.*** [Internet]. San José, Costa Rica: OPS/OMS; 1.994. [Acceso 22 de mayo]. Disponible en: http://cidbimena.desastres.hn/docum/crid/Jun-Jul2004/pdf/spa/doc5427/doc5427.htm

8. Martínez Calvo S. ***Análisis de Situación de Salud.*** [Internet]. La Habana: Editorial Ciencia Médicas; 2004. XII. 156p. [Acceso 22 de junio]. Disponible en: http://out.uclv.edu.cu/fcie/teresita/Nicaragua/Bibliograf%C3%ADa%20Isaac/Libros%20Psicolog%C3%ADa%20de%20la%20salud/situaci%C3%B3n%20de%20salud.pdf

9. OPS. ***Programa especial de Análisis de Salud (SHA). Documento de trabajo 1999-2002.*** [Internet]. OPS, Washington DC, 1999. [Acceso 22 de junio]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/BE_v20n1.pdf

10. OPS, ***Boletín Epidemiológico,*** Vol. 20 No. 3, septiembre 1999.

11. Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara". ***Módulo 8: Análisis de Situación de Salud.*** En: Curso de Epidemiología General. 2ª. Subsecretaría de Investigación y Tecnología. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr Carlos G. Malbrán". Ministerio de Salud de la Nación, 2002: 9-55.

12. Virgolini M, Pracilio H. ***Análisis de la situación de salud a nivel local, en Área temática B: Salud Pública y Medicina Comunitaria.*** Programa de educación continua a distancia e Medicina General Familiar. Centro INUS. Universidad Nacional de La Plata. 2000-2001:9-16.

13. OPS. ***Planificación local participativa.*** *Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe.* Canadá. 1999: 61-177. Serie Paltex Para Ejecutores de Programas de Salud No.41

14. OPS ***Boletín Epidemiológico,*** Vol. 22, No. 4, diciembre 2001.

15. Málaga H., Arango J., Montiel Paredes H. ***Focalización y priorización en la práctica de la Promoción de la Salud***, en: Restrepo E., Málaga H. *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable.*1°. Bogotá. Editorial Médica Internacional, 2001: 1 57-177.

16. Rovere M. ***Planificación estratégica de recursos humanos en salud.*** Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nº 96. Washington: OPS, 1993.

17. Ramos Domínguez B. ***Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud.*** Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2006 [acceso 31 de julio de 2011]; 32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200011&lng=es.

18. Elliott P. ***Investigation of disease risks in small areas.*** [Internet]. Occupational and Environmental Medicine 1995 [acceso 31 de julio de 2011]; 52: 785-789. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1128377/pdf/oenvmed00072-0001.pdf

19. Pría Barros M, Louro Bernal I, Fariñas Reinoso A, Gómez de Haz H, Segredo Pérez A. ***Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria.*** Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2006 [acceso 18 de julio de 2011] ; 22(3):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002&lng=es.

20. Zurro A, Cano Pérez J. ***Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica.*** 4º. Madrid. Mosby-Doyma libros, 1999.

21. Starfleld B. ***Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología.*** Barcelona. Masson. 2000.

22. Kroeger A., Luna R. compiladores. ***Atención Primaria de Salud: principios y métodos.*** México. OPS, 1992 (Serie Paltex).

23. Vaughan P., Morrow R., Ochoa H. ***Salud Comunitaria: Manual de epidemiología para la gestión de los sistemas locales de salud SILOS.*** México. OPS, 1997 (Serie Paltex).

24. Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez-Cañavate López-Montes J, Tonío Duñantez J. Editores. ***Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.*** 2ª ed. Madrid: SEMFYC; 1997.

25. Mercenier P. ***El rol del centro de salud en un sistema local de salud basado en la estrategia de atención primaria*** [monografía en Internet]. UNNE. Adaptación: Zurita A.; 2.004. [Fecha de consulta: 23 de marzo del 2.011]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/6_rol_centro_salud.rtf

26. Moreno E y col. ***Calidad de la Atención Primaria. Aporte metodológico para su evaluación.*** Proyecto UNI – Tucumán- Facultad de Medicina – UNT Cátedra de Salud Pública. Tucumán; 1.998 (Actualizado 2.001).

27. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados versión completa. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://msal.gov.ar/htm/site/enfr/resultados_completos.asp

28. Municipalidad de Curuzú Cuatiá [sede Web]. Curuzu cuatia: curuzu.gov.ar; 2004. [acceso 13 de mayo de 2011]. ***Ubicación y Caracteristicas***. Disponible en: http://www.curuzu.gov.ar/ciudad/ubicacion.htm

29. Positiere, V. ***Escuela-Barrio; Barrio-Escuela.*** [Internet]. La Plata. Instituto Superior del Profesorado I-28 "Pbro. Alfredo Ramón Meyer"- Universidad Nacional de La Plata; 2.011. [Acceso 26 de agosto de 2011]. Disponible en: http://www.tendiendopuentes.unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2011/05/escuelabarrio.pdf

30. Municipalidad de Curuzú Cuatiá [sede Web]. Curuzu cuatia: curuzu.gov.ar; 2004. [acceso 11 de julio de 2011]. ***Ubicación y Caracteristicas***. Disponible en: http://www.curuzu.gov.ar/ciudad/ubicacion.htm

31. Grela M. ***Proyecto local en el marco del programa de salud familiar.*** Municipio de Curuzú Cuatiá. Hospital Regional "Dr. Fernando Irastorza". Ministerio de Salud Pública de Corrientes. En prensa; 2.009.

32. Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2011.

33. Verón M. ***Censo Anual sanitario. Área programática Nº 1, Barrio Centenario***. Curuzú Cuatiá. En prensa; 2006.

34. Pizzolitto G. ***Distribución de la población y migraciones internas en Argentina: sus determinantes individuales y regionales.*** Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de la Plata. Tesis de Maestría. Disponible en: http://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/maestria/tesis/046-tesis-pizzolitto.pdf

35. Guillermo Angel Velázquez y Sebastián Gómez Lende. ***Dinámica migratoria: coyuntura y estructura en la Argentina de fines del XX***, Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM, 9 | 2004, [En línea]. Disponible en: http://alhim.revues.org/index432.html

36. Lattes A. Urbanización, ***Crecimiento Urbano y Migraciones en América Latina.*** Centro de Estudios de Poblacion (CENEP). Buenos Aires. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/34411/LCG.164_p7.pdf

37. INDEC. ***Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.*** Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro_totalpais.asp

38. ***ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD. Región NEA - Noviembre 2.008.*** Ministerio de Salud de la Nación. 2.008. Disponible en: http://msal.gov.ar/htm/site/sala_situacion/pdf/nea/capitulo_4.pdf

39. ***Argentina: RADAR Macroeconómico.*** Banco Central de la República Argentina. 2.012. Disponible en: http://www.bcra.gov.ar/pdfs/indicadores/Radar.pdf

40. ***Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resumen de resultados principales. Provincia: Corrientes.*** Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/contenidos/PDF/INFORME-provincial/corrientes.pdf

41. ***Mapa de necesidades básicas insatisfechas 2001.*** Disponible en: http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/74/Aqui7.pdf

42. Situación de lactancia materna en Argentina, año 2007. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de salud. Disponible en: http://www.bvspediatria.org.ar/lactancia/situacion2007.pdf

43. UNICEF, Statistics by Area, Breastfeeding, Current status. [acceso 13 de marzo de 2.012] Disponible en: http://www.childinfo.org/breastfeeding_status.html

44. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. ***Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: evolución de la Epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina.*** Estudio de corte transversal. Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(6):34-41. Disponible en: http://msal.gov.ar/rasp/rasp/articulos/volumen6/encuesta-nacional.pdf

45. ***Segunda Encuesta Nacional Factores de Riesgo (ENFR) para Enfermedades No transmisibles.*** Ministerio de Salud. 2.009. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/enfr2009.pdf

46. OPS. ***Escuelas Promotoras de Salud.*** Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/cdsMCS/05/Porfolio/14%20Escuelas.pdf

47. Abordaje integral de las Infecciones Respiratorias Agudas. Guía para el Equipo de Salud Nº 6. Ministerio de Salud de la Nación. 2.010.

48. Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Clínica Ambulatoria 2ª Ed. Buenos Aires. Editorial: Médica Panamericana, 2006: 1237-1310

ANEXO

ANEXO 1. ENCUESTA DE SITUACIÓN DE SALUD.

Mza	Nº	Fecha	Estructura							Entrevistado	Sexo	Edad	F. Nac.		Nº hab/ viv.	Calidad vivien-da			Baño			Agua de red		Educación				Trabajo								Hábitos de vida								Uso de servicios						Obra social		Discap.		Morbilidad						Medidas prev. enfermedades	Otro (edad	Nivel salud	Salud CSO
			N	E	A	M	S	R	O							M	R	B	Lat	Cal	S/N	S	N	Alfab	No	S	Escol	Ocup	S	N	Subo	Desem	Jubi	Esat	Soc	Plan	S	No	Ejerci	N°	Fuma	no	S	Alcohol	no	S	Obsq	N°	Inst	H	E/S/O	Priv	C	S	No	S	N	Enf	Hip	Dm	Co	H				

ANEXO 2. HOJA DE REFERENCIAS DE ENCUESTA DE SITUACIÓN DE SALUD (ANVERSO):

3) Tipos de familias (Estructura):
N) Familia Nuclear. Familia con dos adultos cónyuges que ejercen el rol de padres y viven con sus respectivos hijos, sean estos biológicos incluyendo a la fertilización in vitro o adoptivos.
E) Familia Extendida: Familia con más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos, tíos, sobrinos, etc.).
A) Familia Nuclear Ampliada: Familia nuclear que vive con miembros adicionales (amigos, tíos/hermanos, primos etc.).
S) Pareja sin Hijos: Familia con dos adultos cónyuges que por voluntad propia, imposibilidad de procrear o por su etapa en el ciclo de vida, no tienen ni han tenido hijos en común.
M) Familia Monoparental: Familia con un solo padre y su(s) hijo(s) (pudiendo tratarse de un padre soltero, separado/divorciado o viudo).
B) Familia Binuclear: Familia desintegrada en la que parte de los niños de la familia original se queda con padres diferentes (vínculo intenso a través de los hermanos).
R) Familia Reconstituida: Familia en la que dos adultos previamente separados o divorciados se hacen cónyuges, y por lo menos uno de ellos tiene hijo(s) de su compromiso anterior que lleva a vivir al hogar común, pudiendo tener o no nueva descendencia.
Q) Equivalentes Familiares: Grupo de arreglos de convivencia entre personas al margen de la relación de cónyuges en los que los miembros cumplen el criterio básico del compromiso y el cuidado y protección económico-afectiva (*nurture*). Algunos ejemplos de equivalentes familiares son los siguientes: -Familia con persona sola, -Cohabitación de grupos de personas, -Comunidades religiosas o militares, -Relaciones homosexuales estables.
4) D) Disfunción familiar: cualquier problema de relación entre sus miembros y su funcionamiento.

11) VIVIENDAS
Casa Buena: toda vivienda que no presente algunas de las características de casas regulares o malas.
Casa Regular: la que cumple por lo menos una de las siguientes condiciones: no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda; no dispone de retrete con descarga de agua; tiene piso de material precario.
Casa Mala: incluye al rancho (propio de áreas rurales) tiene generalmente paredes de adobe, piso de tierra y techo de chapa o paja. La casilla (propia de áreas urbanas) está habitualmente construida con materiales de baja calidad o desecho.

12) Educación:
Alfabeto: que sabe leer y escribir.
Escolarizado: persona que debería estar cursando estudios primarios o secundarios y que no esta concurriendo a clases en este año.

13) Trabajo
Ocupado: toda aquella persona que presenta una carga horaria mayor o igual a 35 horas semanales. (7 hs. por día x 5 días).
Subocupado: toda aquella persona que presenta una carga horaria menor a 35 horas semanales.

14) Ejercicio: si realiza actividad física programada durante 40 minutos, al menos 4 veces por semana-

15) Nº de consultas: cuantas veces ha consultado al medico en el ultimo año.

Nº internaciones: cuantas veces se ha internado en el último año.

18) HA: ***pacientes que se han controlado al menos una vez la presión*** y que tienen el diagnóstico de hipertensión arterial, o toman remedios para la presión, o saben que en al menos una de las tomas de presión tuvieron mas de 140/90 mm de Hg.

ANEXO 3. HOJA DE REFERENCIAS DE ENCUESTA DE SITUACIÓN DE SALUD (REVERSO):

DM: pacientes que se han hecho al menos un análisis de azúcar y que les ha dado mas de 126 mg%, o algún medico le ha dicho que es diabético siempre y cuando haya visto el análisis.

Colesterol: pacientes que se han hecho al menos un análisis de colesterol y que les ha dado mas de 200 mg%, o algún medico le ha dicho que tiene alto el colesterol siempre y cuando haya visto el análisis.

Hidatidosis: pacientes que se han hecho al menos un análisis de sangre, ecografía abdominal o Radiografía de los pulmones y que les han diagnosticado Hidatidosis.

TBC: pacientes que se han hecho al menos un análisis de catarro o Radiografía de los pulmones y que les han diagnosticado Tuberculosis, y/o que estén en tratamiento para tuberculosis.

PAP: pacientes mujeres sexualmente activas que se han realizado al menos un PAP en los últimos 2 años.

Mamografía: pacientes mujeres mayores de 40 años que se han realizado por lo menos una mamografía en los últimos 2 años.

PSA: pacientes varones mayores de 50 años que se han hecho al menos una ves el "análisis de la próstata" en el ultimo año.

23) Causa óbito: Enfermedad que le causo la muerte.
Edad de óbito: cuantos años tenía al morir.

25) SALUD GENERAL (SG)

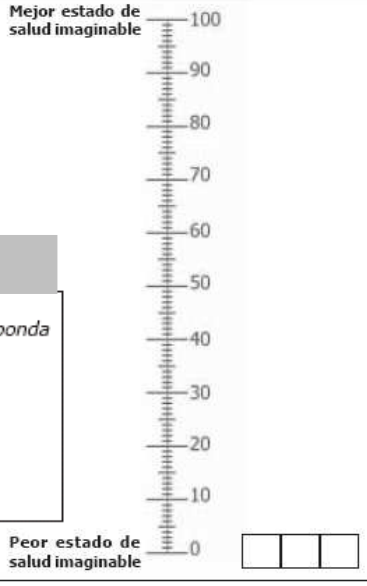
Para ayudarlo a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el cero hasta el número que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Su estado de salud hoy es

En general, usted diría que su salud es:
Lea todas las opciones y marque la que corresponda

		Puntaje
Excelente	☐ 1	81-100
Muy buena	☐ 2	61-80
Buena	☐ 3	41-60
Regular	☐ 4	21-40
Mala	☐ 5	1-20



26) ¿Cómo considera la atención en la "Salita"?:
Mala Regular Buena Muy buena Excelente

¿Está satisfecho con la atención recibida en el CSO?
Nada Poco Bastante Mucho Máximo

ANEXO 4. ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES.

ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD, BARRIO CENTENARIO
ENTREVISTA A INFORMADORES CLAVES

- ¿Para usted, cuáles son los problemas del barrio Centenario?

- ¿Cuáles son los principales problemas de salud del barrio Centenario?

- Enumere los problemas por orden de importancia:

1) ----------
2) ----------
3) ----------
4) ----------
5) ----------

- ¿Cuales considera Ud. que serían las posibles soluciones?

1) ----------
2) ----------
3) ----------
4) ----------
5) ----------

ANEXO 5. DEFINIDIONES:

INDICE DE DEPENDENCIA

Población de 0 a 14 años más la población mayor de 65 años sobre la población entre 15 y 64 años por 100.

Índices de dependencia juvenil inferior al 40% y senil superior al 20% indican población envejecida.

INDICE DE DEPENDENCIA DE SENIL

Población de 65 años o más sobre la población entre 15 y 64 años por 100.

INDICE DE DEPENDENCIA JUVENIL

Población de 0 a 14 años sobre la población de 15 a 64 años por 100

INDICE DE ENVEJECIMIENTO

Población mayor a 65 años sobre población menor de 15 años.

INDICE DE SUNDBARG

Divide a la población en 3 grupos:

Menores de 15 años, de 15 a 50 y mayores de 50. Toma como base 100 al número de personas de 15 a 50 años y calcula el porcentaje que sobre ella representan los 2 grupos.

Según que el de menores de 15 años supere, iguale o sea inferior al de mayores al de 50, clasifica a la población respectivamente en progresiva, estacionada o regresiva.

INDICE DE SAUVY O DE VEJEZ

Proporción de sujetos mayores de 60 años entre menores de 20.

Según el resultado sea menor del 20 %, entre el 20 y el 30 % o mayor al 30 %, considera a la población joven, madura o envejecida, respectivamente.

TASA BRUTA DE MORTALIDAD

Número de defunciones en el área sobre el Número de la población del área a mitad de período por 1000

Relaciona todas las muertes ocurridas en una población total.

Explicación: En el numerador se especifica el número de defunciones y en el denominador la población total, todo referido a un período de tiempo determinado y a una población concreta.

TASA BRUTA DE NATALIDAD

Número de nacidos vivos en el área sobre la Población a mitad del período de área por 1000.

La tasa de natalidad indica el número de nacidos vivos en un año dado por 1000 habitantes de la población estimada a mitad de ese año.

TASA CRECIMIENTO NATURAL O VEGETATIVO

Número de nacidos menos el número de defunciones en el área sobre la población total del área.

La tasa de incremento natural es el aumento (o disminución) del número de habitantes en un año dado como resultado de un exceso (o déficit) de nacimientos en comparación con las defunciones, expresado como porcentaje de población base.

TASA GENERAL DE FERTILIDAD

Total de nacimientos sobre total de mujeres entre 15 y 44 años por 1000. Es una forma más refinada que la tasa bruta de natalidad porque relaciona el número de nacimiento con la población en edad reproductiva, o sea, la población femenina entre los 15 y 44 años.

Se la define como el número de nacimientos vivos por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años.

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer es una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año si los movimientos en la tasa de mortalidad de la región evaluada se mantuvieran constantes. Es uno de los indicadores de la calidad de vida más comunes, aunque resulta difícil de medir. Algunos economistas han propuesto usarlo para medir el retorno de la inversión en el capital humano de una región por organismos o instituciones internacionales.

Usualmente se toma como esperanza de vida la edad promedio de fallecimiento, valor que no es exactamente la esperanza de vida. Cuando no existen estadísticas precisas de fallecimiento para una región concreta puede usarse el porcentaje de personas por encima de una cierta edad, etc. Todos esos valores son aproximaciones posibles al valor de la esperanza de vida al nacer.

Media de edad

La media de edad, mejor dicho mediana de edad, es una medición demográfica que divide en la población de un país en dos grupos del mismo tamaño; es decir, la mitad de la población es más joven (de edad inferior a la mediana) y la otra mitad es más vieja (de edad superior a la mediana). Es una estadística que resume la distribución de la edad de la población. Hoy día, la media de edad a nivel global es 27,6 años. En países como Uganda, la media de edad es de cerca de 15 años; en otros países, principalmente de Europa, es de 40 ó más.

Índice de masculinidad

Indica la cantidad de varones por cada cien mujeres.

VIVIENDAS

Vivienda: Recinto construido para alojar personas. También se consideran como viviendas los locales no destinados originariamente a alojar a personas pero que el día del relevamiento fueron utilizados para ese fin.

Casa: vivienda con salida directa al exterior (sus moradores no pasan por patios, zaguanes o corredores de uso común).

Casa Buena: toda vivienda que no presente algunas de las características de casas regulares o malas.

Casa Regular: la que cumple por lo menos una de las siguientes condiciones: no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda; no dispone de retrete con descarga de agua; tiene piso de material precario.

Casa Mala: incluye al rancho (propio de áreas rurales) tiene generalmente paredes de adobe, piso de tierra y techo de chapa o paja. La casilla (propia de áreas urbanas) está habitualmente construida con materiales de baja calidad o desecho.

Tasa de analfabetismo

Cociente entre el número de personas analfabetas de 10 años y más y el total de la población de 10 años y más por cien.

Variación intercensal

Diferencia entre población del Departamento en el censo 2001 y la del censo 1991, dividido por la población en el censo 1991.

Trabajo

Ocupado: toda aquella persona que presenta una carga horaria mayor o igual a 35 horas semanales. (7 hs. por día x 5 días).

Subocupado: toda aquella persona que presenta una carga horaria menor a 35 horas semanales

NBI

Se basa en estudios aportados por el Censo Nacional. Consiste en un índice compuesto que clasifica como pobres a la población que habita hogares con alguna de las siguientes características:

- Más de tres personas por cuarto
- Vivienda de tipo inconveniente: piezas en inquilinatos, viviendas precarias u otro tipo que excluye casa, departamentos y rancho
- Vivienda sin retrete con descarga de agua
- Si existiera algún niño de 6 a 12 años que no asista a la Escuela

Hogares con 4 o más personas por miembro ocupado y cuyo jefe tiene bajo nivel Educativo (hasta 2 años o menos del nivel primario)

Tipos de familias:

El tipo de familia es la categorización de ésta en función de sus miembros presentes, la cual es importante dado que ellas determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmersa la familia.

Familia Nuclear: Familia con dos adultos cónyuges que ejercen el rol de padres y viven con sus respectivos hijos, sean estos biológicos incluyendo a la fertilización in vitro o adoptivos.

Familia Extendida: Familia con más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos, tíos, sobrinos, etc.).

Familia Nuclear Ampliada: Familia nuclear que vive con miembros adicionales (amigos, tíos/hermanos, primos etc.).

Pareja sin Hijos: Familia con dos adultos cónyuges que por voluntad propia, imposibilidad de procrear o por su etapa en el ciclo de vida, no tienen ni han tenido hijos en común.

Familia Monoparental: Familia con un solo padre y su(s) hijo(s) (pudiendo tratarse de un padre soltero, separado/divorciado o viudo).

Familia Binuclear: Familia desintegrada en la que parte de los niños de la familia original se queda con padres diferentes (vínculo intenso a través de los hermanos).

Familia Reconstituida: Familia en la que dos adultos previamente separados o divorciados se hacen cónyuges, y por lo menos uno de ellos tiene hijo(s) de su compromiso anterior que lleva a vivir al hogar común, pudiendo tener o no nueva descendencia.

Equivalentes Familiares: Grupo de arreglos de convivencia entre personas al margen de la relación de cónyuges en los que los miembros cumplen el criterio básico del compromiso y el cuidado y protección económico-afectiva (nurture). Algunos ejemplos de equivalentes familiares son los siguientes:

-Familia con persona sola

-Cohabitación de grupos de personas

-Comunidades religiosas o militares

-Relaciones homosexuales estables

USO

Intensidad de uso (o concentración): es el número promedio de los servicios recibidos en un periodo de tiempo. Se calcula dividiendo el número de unidades de servicios (o actividades) por el número de usuarios de los mismos.

Extensión de uso: es la proporción de la población que usa un servicio determinado en un periodo de tiempo. Es el numero de personas que consultan dividido entre la población. Frecuentemente no es posible obtener datos sobre los que consultan por primera vez. Por lo tanto, se usa el numero de consultas hachas por persona por año que es realmente una combinación de intensidad y extensión de uso del servicio.

LACTANCIA MATERNA (LM)

LM exclusiva (LME): proporción de niños de 2, 4, ó 6 meses que sólo recibió leche materna el día anterior de la encuesta, dividido sobre el total de niños de 2,4, ó 6 meses encuestados.

LM parcial: proporción de niños de 2, 4, 6 ó 12 meses que además de recibir leche materna recibió otras leches y/o sólidos el día anterior a la encuesta, dividido sobre el total de niños de 2, 4, 6 ó 12 meses encuestados.

ACTIVIDAD FISICA (Ejercicio): si realiza actividad física programada durante 40 minutos, al menos 4 veces por semana-

HIPERTENSION ARTERIAL (HA): pacientes que se han controlado al menos una vez la presión y que tienen el diagnóstico de hipertensión arterial, o toman remedios para la presión, o saben que en al menos una de las tomas de presión tuvieron mas de 140/90 mm de Hg.

DIABETES MELLITUS (DM): pacientes que se han hecho al menos un análisis de azúcar y que les ha dado mas de 126 mg%, o algún medico le ha dicho que es diabético siempre y cuando haya visto el análisis.

HIPERCOLESTEROLEMIA (Colesterol): pacientes que se han hecho al menos un análisis de colesterol y que les ha dado mas de 200 mg%, o algún medico le ha dicho que tiene alto el colesterol siempre y cuando haya visto el análisis.

Hidatidosis: pacientes que se han hecho al menos un análisis de sangre, ecografía abdominal o Radiografía de los pulmones y que les han diagnosticado Hidatidosis.

TUBERCULOSIS (TBC): pacientes que se han hecho al menos un análisis de catarro o Radiografía de los pulmones y que les han diagnosticado Tuberculosis, y/o que estén en tratamiento para tuberculosis.

PAP: pacientes mujeres sexualmente activas que se han realizado al menos un PAP en los últimos 2 años.

Mamografía: pacientes mujeres mayores de 40 años que se han realizado por lo menos una mamografía en los últimos 2 años.

PSA: pacientes varones mayores de 50 años que se han hecho al menos una ves el “análisis de la próstata” en el ultimo año.

SALUD GENERAL (SG)

Para ayudarlo a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el cero hasta el número que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Su estado de salud hoy es

Mejor estado de salud imaginable

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

Peor estado de salud imaginable

En general, usted diría que su salud es:
Lea todas las opciones y marque la que corresponda

		Puntaje
Excelente	☐ 1	81-100
Muy buena	☐ 2	61-80
Buena	☐ 3	41-60
Regular	☐ 4	21-40
Mala	☐ 5	1-20

Bibliografía del Anexo:

1. Gallo Vallejo F. y Cols. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2°. Madrid. SemFYC. SmithKl ine Beecham. 1997.

2. Colaboradores de Wikipedia. Esperanza de vida [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2011 [acceso 10 de agosto de 2011]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Esperanza_de_vida#Medici.C3.B3n

3. Estremero J, Gacia X. Familia y ciclo vital familiar. [Internet]. Buenos Aires, Foro APS; 2009. [acceso 26 de agosto de 2010]. Disponible en: http://www.foroaps.org/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf

2. Estrella Sinche E, Suárez Bustamante M. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. RAMPA, 2006. 1(1):38 – 47. Disponible en: http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9B-PG38-CADEC%20Dinam%20Familiar2A.pmd.pdf

3. Colaboradores de Wikipedia. Media de edad [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2011 [acceso 10 de agosto de 2011]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Media_de_edad

4. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 [Internet]. INDEC: censo2010.indec.gov.ar; 2001 [acceso 10 de agosto de 2010]. Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro_totalpais.asp

5. Colaboradores de Wikipedia. Familia [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2011 [acceso 26 de agosto de 2011]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Familia

6. Zaldivar Perez D. Funcionamiento familiar saludable. [Internet]. Infomed, Hogar y Familia [acceso 26 de agosto de 2011]. Disponible en: http://www.sld.cu/saludvida/hogar/temas.php?idv=14489

7. Situación de lactancia materna en Argentina, año 2007. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de salud. [Acceso 26 de agosto de 2011]. Disponible en: http://www.bvspediatria.org.ar/lactancia/situacion2007.pdf

8. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados versión completa. Ministerio de Salud de la Nación. [Acceso 26 de agosto de 2011]. Disponible en: http://msal.gov.ar/htm/site/enfr/resultados_completos.asp

9. Adell C. Estructura por edad y sexo de la población de la región de Murcia. [Acceso 26 de agosto de 2011]. Disponible en: http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/2246/3/105390.pdf.txt