



FUNDACION MF
para el Desarrollo de la Medicina Familiar
y la Atención Primaria de la Salud



Centro de Medicina Familiar
y Comunitaria

INFORME FINAL

DIAGNÓSTICO SOCIO-SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE BOULOGNE, PARTIDO DE SAN ISIDRO

Director del proyecto: Nanci C. Giraudó

Fuente de financiamiento: Fundación MF

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
1. Planteo del problema	7
2. Objetivo.....	7
GENERAL	7
ESPECÍFICO	7
META-OBJETIVO	7
3. Material y método	7
4. Análisis de los Datos.....	8
5. Resultados	8
6. Limitaciones	16
7. Discusión	17
8. Conclusiones	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

RESUMEN

TÍTULO: DIAGNÓSTICO SOCIO-SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE BOULOGNE, PARTIDO DE SAN ISIDRO.

AUTOR: GIRAUDO N.

INSTITUCIÓN: Centro de Medicina Familiar y Comunitaria, San Pantaleón. Boulogne, Partido de San Isidro.

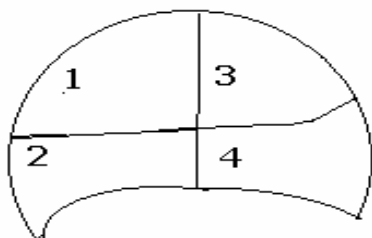
FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Fundación MF

INTRODUCCIÓN: la falta de disponibilidad de datos e indicadores sociodemográficos, económicos y de salud de la población de Boulogne, que se atiende en el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria “San Pantaleón” hizo necesario dicho relevamiento. Dando origen a una “encuesta socio- sanitaria”, que permitió realizar un diagnóstico real de las necesidades. **OBJETIVOS:** 1) conocer el perfil sociodemográfico y de cobertura de salud, y 2) conocer los problemas de salud de la población que se atiende en el centro de salud San Pantaleón. **TIPO DE ESTUDIO:** corte transversal. **LUGAR:** Boulogne. **POBLACIÓN:** la muestra fue por conveniencia, se consideró el total de hogares registrados en el padrón del Centro de Salud San Pantaleón. En total se encuestaron 1.259 jefes de hogares y los familiares relevados fueron 4.197 personas. **RECOLECCIÓN DE DATOS:** encuesta estructurada. Los responsables de realizar el trabajo de campo fueron seis promotores de salud, entrenados para tal fin. **ANÁLISIS:** transcripción de los datos a una base de datos en MSAccess® confeccionada a su efecto, y posterior análisis e interpretación. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** El 76,81% de los hogares tiene como jefa a una mujer. Solo el 4% de los jefes nunca asistió a la escuela, el 22% mencionó tener un trabajo estable y un 24% refirió recibir uno más planes sociales. Se detectó que 51 niños entre 6 y 12 años no están concurriendo a la escuela, no habiéndose detectado el motivo. El 20% refirió tener una vivienda inconveniente o precaria y un 10,33% hacinamiento. Los problemas de salud crónico más prevalente en la población son hipertensión, diabetes y enfermedades respiratorias. Respecto a la accesibilidad al sistema de salud el 94% de los hogares refirió haber consultado en el último mes a un médico. El 41% de los hogares con niños menores a cinco años, refirió tener controles adecuados, mientras que casi el 100% refirió haber vacunado a sus hijos. Respecto al control de embarazo, se observó que la mayoría no se realizaron en San Pantaleón, y que 9 de los embarazos declarados no estaban recibiendo control.

INTRODUCCIÓN

El presente informe es el resultado de un año y medio de trabajo realizado por el área de proyectos e intervenciones sociales en la Comunidad de Bajo Boulogne, cuyo objetivo fundamental fue conocer las características sociodemográficas y los problemas de salud que tiene la gente que concurre por atención médica al Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón.

Para situarnos en el lugar “Comunidad de Bajo Boulogne”, hacemos referencia a algunas características sociodemográficas. Según datos del Censo Nacional 2001, la población total de Bajo Boulogne es de 17.123 personas de las cuales 8.306 son varones y 8.817 son mujeres. Urbanísticamente la población que se atiende en el Centro de Salud San Pantaleón (CSSP) está dividida en 4 segmentos:



1. Shopping Soleil – Carrefour

2. El Bajo (Villa María)

3. Barrio San Isidro

4. Villa Santa Ana

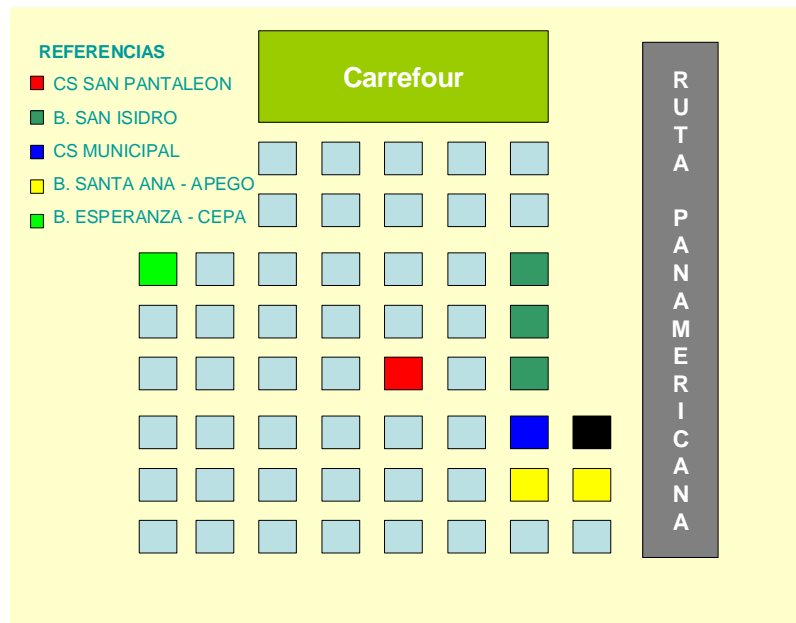
La calle Bernardo de Irigoyen donde se sitúa el centro de salud, actúa como principal eje de vinculación pero a la vez opera como la principal barrera entre sectores de uno y otro lado de la misma. El área delimitada por calles Bernardo de Irigoyen y Cazón, hacia Sarratea y autopista del Buen Aire, es el sector de mayor crecimiento socio-demográfico en los últimos años, por ejemplo, con emprendimientos como el Shopping Soley y el Proyecto Esperanza (planta depuradora de desechos cloacales).

Entre las calles Bernardo de Irigoyen y Cazón hacia el camino Morón se encuentra el barrio San Fernando, que es la zona más antigua del lugar y también la más baja del lugar, que generalmente se inunda cuando llueve. Este barrio fue construido en un terreno de relleno y está cubierto por bañados de difícil acceso. Es un barrio densamente poblado (aproximadamente 2.000 habitantes), con familias humildes. Cuenta con servicios de agua corriente, luz y gas.

Frente al CSSP se encuentra el Barrio San Isidro, un complejo de viviendas en monoblocks financiadas por el Fondo Nacional de la Vivienda (FONAVI) con créditos provenientes del Banco Mundial en el año 1979. Cada monoblock tiene planta baja y tres pisos con un total de 1.500 departamentos de 2, 3 y 4 ambientes. La población aproximada que vive allí es de 12.000 personas. Cuenta con los servicios de agua, luz, cloaca y gas natural. En el barrio funcionan dos escuelas municipales (N° 28 y 24), una escuela de sordomudos N° 502, un jardín Materno-Infantil y el centro de salud municipal “la salita” como la conocen en el barrio, además de varios comercios.

Por último nos encontramos con el Barrio San Ana, más comúnmente conocido como la Villa Santa Ana, delimitado por las calles Bernardo de Irigoyen, Cazón, Dr. Bagnati y el Cementerio. Este barrio se caracteriza por grupos de viviendas unidas por 11 pasillos, con aproximadamente 20 viviendas por pasillo. En el barrio viven aproximadamente 1.500 habitantes que en general son inmigrantes del interior del país y en menor proporción de países limítrofes como bolivianos y peruanos. El predio donde se enmarca el barrio es municipal, y es reserva del cementerio local del cual es adyacente. El barrio únicamente posee servicios de agua y luz, y no cuenta con un sistema adecuado de recolección de basuras.

El **Centro de Medicina Familiar y Comunitaria “San Pantaleón”** está ubicado geográficamente en la zona norte del Bajo Boulogne, partido de San Isidro, provincia de Buenos Aires, sito en Bernardo de Irigoyen 2040. El predio donde se encuentra el Centro de Salud pertenece a la Parroquia Santa María del Camino, la que cuenta además con distintos servicios para la comunidad, tales como: taller protegido para adolescentes con Síndrome de Down, taller de costura, electricidad, alcohólicos anónimos, grupos de Scout, bolsa de trabajo, panadería, jardín de infantes, asistencia social, feria americana, etc. La población que concurre al Centro de Salud proviene de las cuatro zonas aledañas mencionadas arriba y alguna que otra de partidos aledaños.



En cuanto a la estructura sanitaria del Bajo Boulogne, podemos comentar que la mayoría de la población carece de una cobertura en salud (obra social o prepago) y casi toda la oferta está centrada en los recursos que provee el Estado.

La Municipalidad cuenta con un plan de médicos de cabecera y en total son 16, ocho trabajan en el Hospital de Boulogne y el resto en diferentes consultorios y centros de salud. El Bajo Boulogne cuenta con dos centros de salud, uno municipal y el otro que funciona en las dependencias de la Parroquia Santa María del Camino, llamado Centro de Medicina Familiar y Comunitaria, San Pantaleón, financiado por diferentes organismos privados y estatales. Cabe destacar que los dos centros de salud trabajan de manera complementaria y que el CSSP brinda atención intramuros, además de tener una fuerte presencia en trabajos realizados en y con la comunidad, como por ejemplo: 1) programa de salud bucal que funciona en un centro de apoyo escolar (CEPA), desde hace 3 años; 2) participación en un programa de radio semanal, desde hace un año; 3) formación de promotores de salud; 4) talleres abiertos a la comunidad, desde hace 2 años y 5) jornadas de salud escolar periódicas en comedores, en centros de apoyo escolar y en escuelas, entre otras cosas. Mientras que el Centro de Salud Municipal (más conocida como la salita) realiza fundamentalmente tarea asistencial intramuros. Además la población cuenta con dos hospitales municipales el de Boulogne, el de San Isidro y una maternidad.

Según el INDEC, la población de Bajo Boulogne es netamente urbana y se divide en: a) población humilde que vive bajo los niveles de pobreza y que en los últimos años ha sufrido serios problemas económicos y pérdida de trabajo (migración in-situ) y b) población indigente. El 80% de la población de Bajo Boulogne carece de cobertura médica y un 20%

tiene obra social que en su mayoría corresponde a PAMI, con serias dificultades para acceder a la atención.

1. PLANTEO DEL PROBLEMA

La falta de disponibilidad de datos e indicadores sociodemográficos, económicos y de salud de la población de Boulogne, que se atiende en el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria “San Pantaleón” hizo necesario tal relevamiento de datos. Dando origen a la “Encuesta Sanitaria” que nos permitió hacer un diagnóstico real de las necesidades de la comunidad. A partir de aquí deberemos como grupo de trabajo en el lugar, priorizar los problemas detectados y decidir cuales son las mejores estrategias de acción.

2. OBJETIVOS

GENERAL

Conocer y dimensionar las necesidades socio-sanitarias de las familias que concurren al Centro de Medicina Familiar y Comunitaria “San Pantaleón”.

ESPECÍFICOS

- Conocer el perfil sociodemográfico y de cobertura de salud de la población que se atiende en el centro de salud.
- Conocer los problemas de salud de la población que se atiende en el centro de salud.

META-OBJETIVO

Establecer el área de georeferencia del Centro de Salud de San Pantaleón.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Corte transversal.

3.2. ÁMBITO DEL ESTUDIO

Comunidad de Boulogne, Partido de San Isidro.

3.3. POBLACIÓN

La muestra fue por conveniencia, las casas encuestadas fueron seleccionadas a partir del padrón del Centro de Salud San Pantaleón. **Se encuestaron 1.259 jefes de hogares**¹. El número de familiares relevados en la encuesta fue 4.197 personas, por lo tanto, el universo

¹ Nota: No todos los encuestados, tenían el carácter de “jefes”. Para el presente trabajo consideramos Jefe de hogar: principal sostén económico del hogar (¿quién trae el dinero a la casa?).

asciende a 5.456. De ellos, no todos expresaron concurrir al CS San Pantaleón. A partir de estos datos se depuró la base de datos de encuestados y parientes, ya que se observó la duplicación de registros, por haber sido en algunos casos encuestados más de una vez y en otros, por haber sido relevados como parientes por más de un jefe.

3.4. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó una encuesta estructurada (ver anexo). Los responsables de realizar el trabajo de campo (encuestas) fueron seis promotores de salud. También participaron en el trabajo de campo como acompañantes médicos residentes, médicos rotantes, alumnos de la carrera de licenciatura de enfermería y de medicina, e integrantes del grupo de trabajo comunitario.

4. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Transcripción de los datos recolectados a una base de datos en MSAccess® confeccionada a su efecto y posterior análisis e interpretación de la información.

5. RESULTADOS

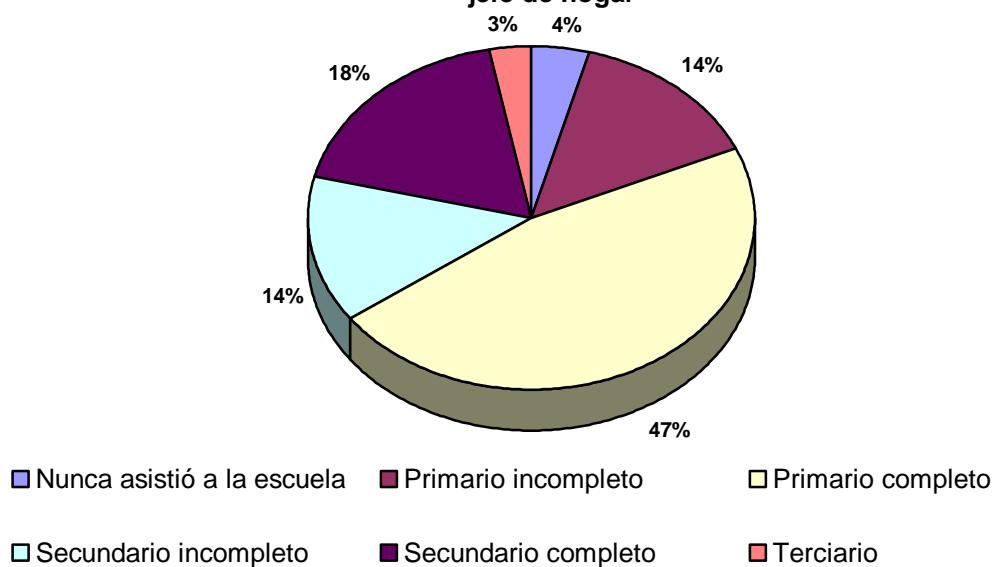
5.1. CARACTERÍSTICA GENERALES

Del las 5.456 personas relevadas, 2.794 fueron mujeres (51,20%), 2.662 hombres (48,80%) y 649 < de 5 años (11,90%). Del total de jefes de hogar el 76,81% eran mujeres y el 24.62% hombres.

5.2. EDUCACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

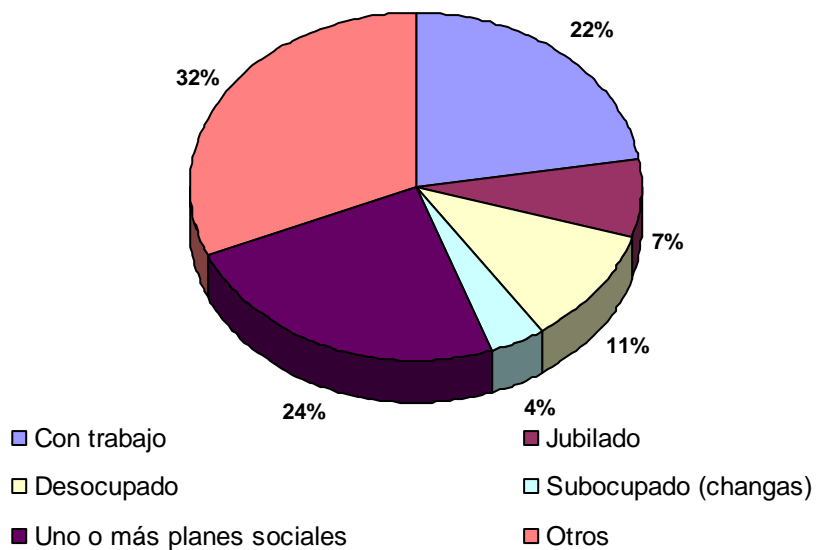
A continuación se puede observar el máximo nivel de educación alcanzado por los jefes o jefas de hogares.

Porcentaje de hogares según el nivel de educación alcanzado por el jefe de hogar



5.3. TRABAJO DEL JEFE DE HOGAR²

Porcentaje de hogares según ocupación del jefe de hogar

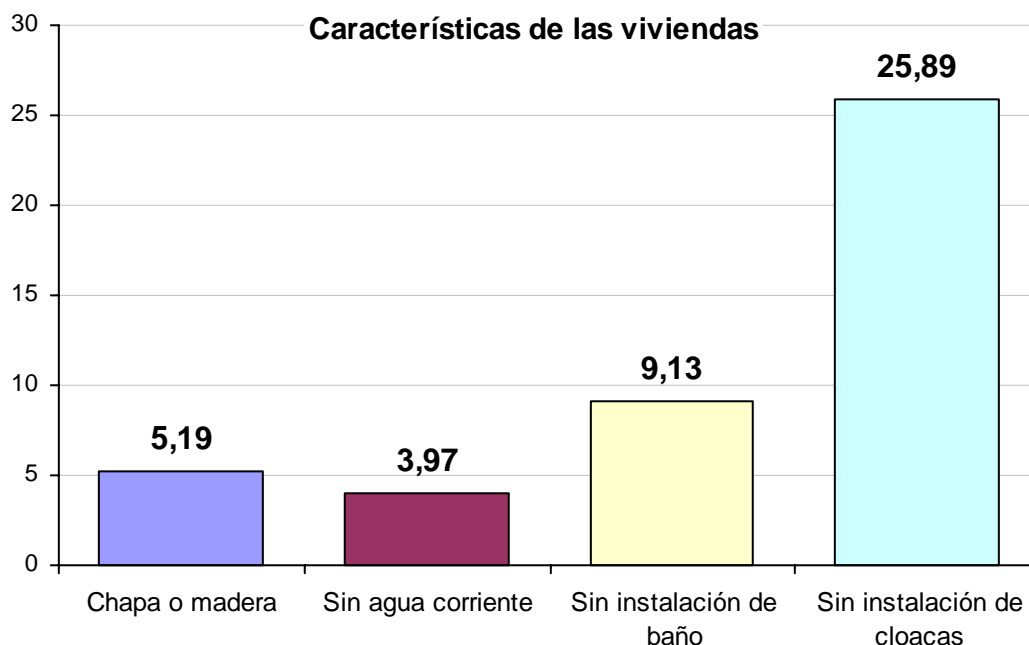


² Nota: otros engloba a amas de casa, personas inactivas, etc. que respondieron la encuesta y un cumplían el carácter de jefe/a de hogar.

5.4. EL NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS NIÑOS

El porcentaje de hogares con niños entre 6 y 12 años que no asistan a la escuela es 4,05% (51 / 1.259). En este punto cabe destacar que varias encuesta de un mismo encuestador consignaron el no, pero no describieron el motivo, y luego no se observaba correlación con la edad de los niños en el hogar.

5.5. TIPO DE VIVIENDAS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

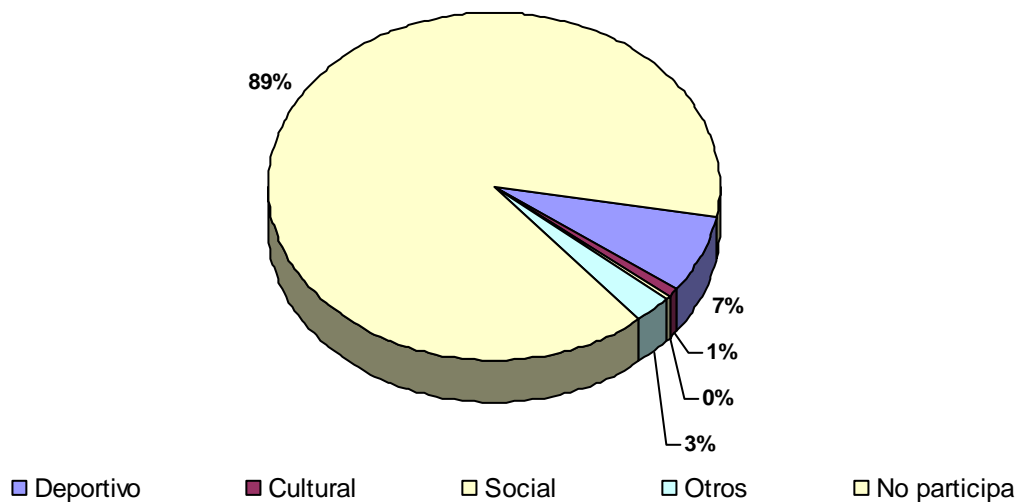


Cabe destacar que 44 hogares (3,5%) manifestaron tener instalación de cloacas sin tener baño instalado; 14 hogares (1,11%) manifestaron tener instalación de cloacas sin tener instalación de agua potable. En otros consideramos a las viviendas habitables.

Al analizar hacinamiento se observó que los hogares con más de 3 personas por habitación representan el 10,33%.

5.6. PARTICIPACIÓN SOCIAL

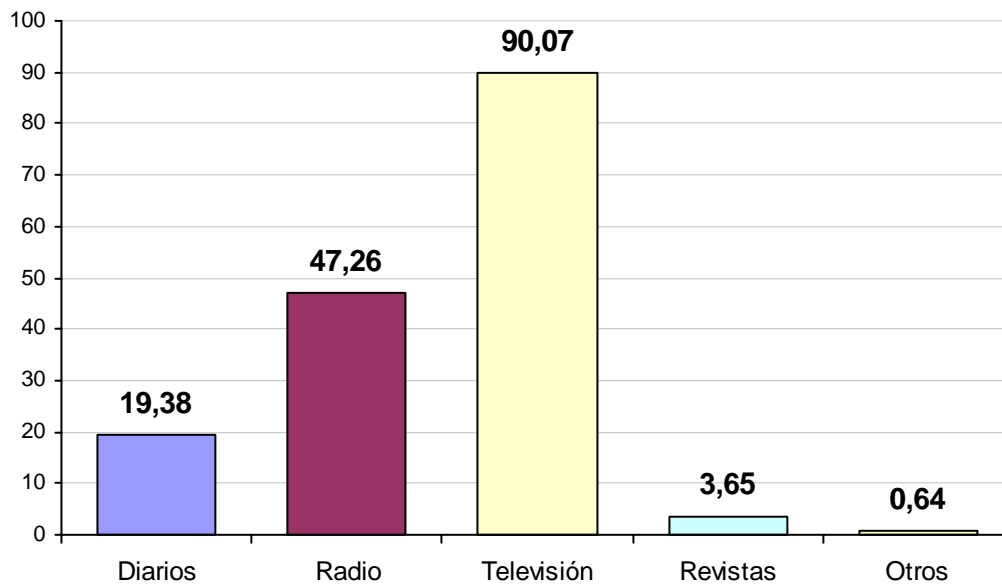
Porcentaje de hogares con al menos un integrante que participa en alguna institución local



5.7. ¿CÓMO SE INFORMAN?

El medio más utilizado para informarse es la televisión y en un porcentaje que no es despreciable se encuentra también la radio. Es de destacar que aquí las respuestas podían ser más de una, es decir que en algunos hogares los medios eran variados.

Porcentaje de hogares según los medios de información



5.8. SALUD Y COBERTURA

De los 1.256 hogares encuestados el 27,48% cuenta con algún tipo de cobertura médica y el 72,52% se atiende en el sistema público.

Para evaluar acceso al sistema de salud se relevó si en los hogares encuestados algún integrante había tenido algún problema de salud en los últimos 30 días y si el mismo había consultado. Lo observado fue que el 23,11% (291 / 1.259) de hogares declaró que algún integrante tuvo al menos un problema de salud en el último mes, de los cuales el **94%** consultó a una o más institución. Siendo los lugares más frecuentes de consulta, los siguientes:

- CS San Pantaleón = $74 / 273 = 27,11\%$
- Hospital de Boulogne: $70 / 273 = 25,64\%$
- Hospital de San Isidro: $60 / 273 = 21,98\%$
- Salita municipal: $60 / 273 = 21,98\%$
- Médico de obra social: $25 / 273 = 9,16\%$

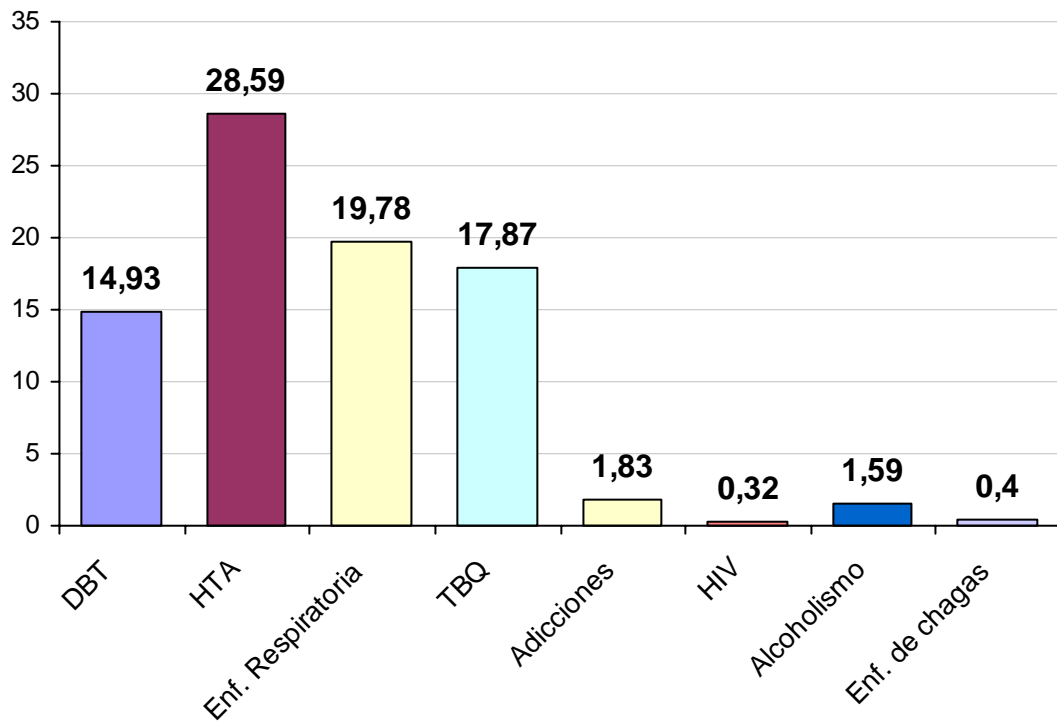
De los 18 (6%) que no consultaron los motivos fueron varios: a) porque pierde horas de trabajo, b) porque no tenían plata, c) porque se automedicaron, d) por demoras en los turnos, e) porque le restaron importancia al problema y f) la mayoría no especificó motivo.

5.9. SALUD Y ENFERMEDAD

5.9.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS

En el siguiente gráfico se pueden apreciar los problemas de salud crónicos más frecuentes en los hogares encuestados.

Porcentaje de hogares con al menos una enfermedad



5.9.2 INTERNACIÓN

El **10,56%** (133 / 1.259) de hogares que tuvo al menos un integrante internado en los últimos 12 meses, y lo motivos expresados fueron los siguientes:

- 22 por colecistectomía
- 18 por enfermedad respiratoria (asma, neumonía, otras)
- 9 por parto (EBZ)
- 8 por accidentes (calle, quemaduras y caídas)
- 8 por enfermedad cardíaca (insuficiencia cardíaca e IAM)
- 8 por HTA
- 6 por DBT
- 3 por enfermedad renal (infecciones y cálculos)
- 3 por enfermedad psiquiátrica (depresión y pánico)
- 48 por otras causas, tales como: gastroenteritis, eventración, gastritis, apendicitis, otitis, cirugía de mano, lupus, convulsiones, etc..

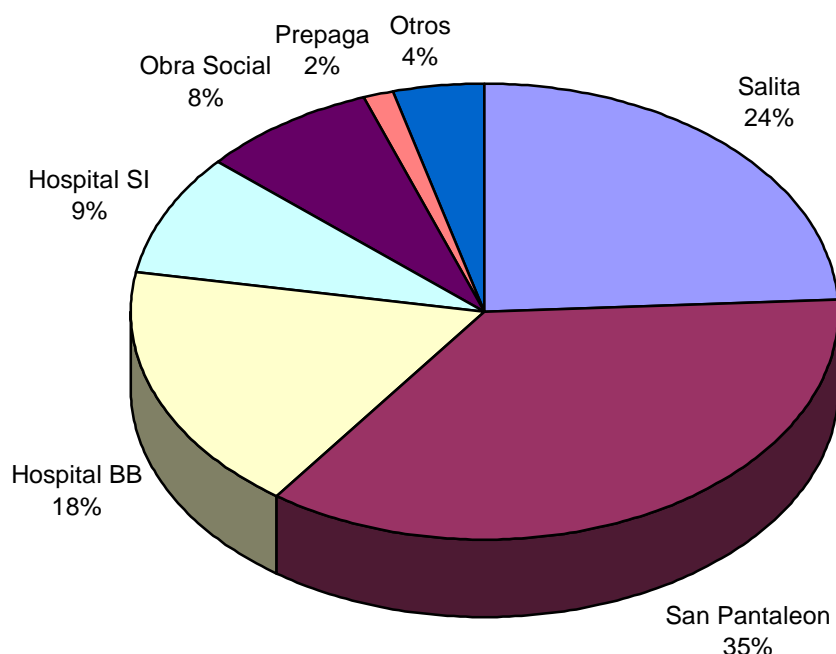
El 28,20% (355 / 1.259) de hogares tuvo al menos un integrante en la familia con algún pedido de estudios o análisis en los últimos tres meses, de los cuales el 89,01% realizó el estudio. Los estudios más pedidos fueron: a) análisis de laboratorio (chequeo general la mayoría, y en menor proporción de tiroides, chagas y TBC), b) ecografías (abdomen y mama), c) ECG, d) mamografía y PAP en mucha menor proporción y e) otros: TAC y RMN. Las causas más frecuentes de los pedidos fueron muy variadas desde control de salud la más frecuente, siguiendo HTA y enfermedad cardiaca (32), DBT (30), enfermedad respiratoria (11) y enfermedad renal (4), entre otras.

Los que no realizaron el estudio en total fueron 18, y los motivos fueron varios: a) por lejanía, b) porque pierde horas en el trabajo, c) porque no tenían plata, d) por demoras en los turnos, e) porque le restaron importancia al problema y f) otras causas no especificadas.

5.9.3 MOTIVO DE CONSULTA SIN ESTAR ENFERMO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES

En esta sección se pretendió relevar si la gente consulta al sistema de salud sin estar enfermo, es decir por un “control de salud”. El resultado es que de los 1.259 hogares encuestados sólo el 15,72%, refirió que uno o más integrante de la familia consultó sin estar enfermo a alguna institución de salud. De los cuáles el 32,32% (N° 64) fueron niños, el 50% (N° 99) fueron mujeres adultas y 16,16% (N° 32) fueron hombres adultos los que consultaron respectivamente. Hubo 10 consultas donde no se registró edad y sexo.

Los motivos de consulta especificados fueron control del niño y control general, chequeo o rutina en los adultos y control ginecológico en total 11. Siendo los lugares de consulta los que se observan en el siguiente gráfico.



5.10. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

De todos los hogares entrevistados el 53,06% consumió al menos algún medicamento en los últimos tres meses.

Los medicamentos más consumidos por los hogares encuestados, fueron los que se observan en la siguiente tabla:

ORDEN	TIPO DE MEDICAMENTO		TOTAL DE HOGARES
1	HIPOSENSORES		219
	• ENALAPRIL	154	
	• ATENOLOL	52	
	• DIURETICOS	13	
2	ATB		134
3	AINEs		92
4	HIPOGLUCEMIANTES		83
	• INSULINA	13	
	• OTROS	70	
5	ASPIRINA		40
6	PSICOFARMACOS		36
	• ALPLAX	11	
	• RIVOTRIL	7	
	• LEXOTANIL	3	
	• FOXETINA	3	
	• OTROS	12	
7	LEVOTIROXINA		32
8	RANITIDINA		29
9	SALBUTAMOL		15
10	COLESTEROL		12
11	HIERRO		11
12	VITAMINAS		10
13	MIOPROPAN		8
14	CALCIO		7
15	ANTICONCEPTIVOS		5

Del total de hogares con algún familiar hipertenso el 76.39% declaró estar tomando medicamento para su HTA y con algún familiar diabético el 75,53% al menos refirió estar tomando medicación.

5.11. SALUD MATERNO INFANTIL

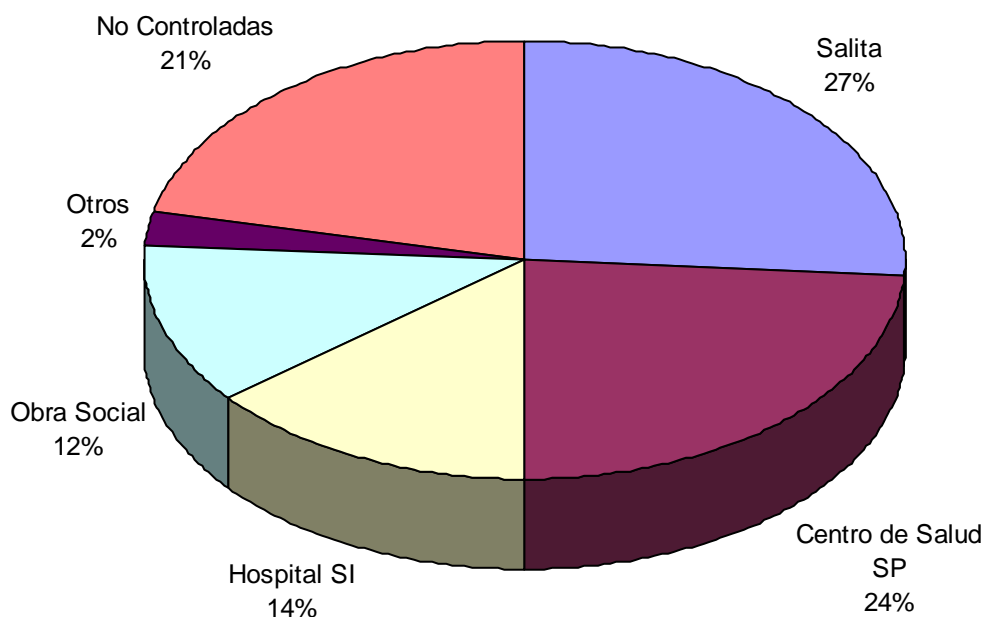
Del total de hogares con niños que fueron visitados por los encuestadores, el 24,88% recibe asistencia alimentaria.

5.11.1 LA SALUD Y EL NIÑO

El porcentaje de hogares encuestados que declaró tener al menos un niño con control de salud adecuado fue de **41,21%** (237 / 575). Cumpliendo con el esquema de vacunación en los menores de 5 años el **98,78 %**, no respondiendo a la pregunta 7 hogares.

5.11.2 LA SALUD Y EL EMBARAZO

El total de hogares que declaró tener al menos una mujer embarazada entre sus integrantes fue 42, de los cuales 33 se estaban controlando y 9 refirieron no control. En el gráfico siguiente se observa los lugares donde las mujeres realizaban sus controles.



6. LIMITACIONES

Realizar este tipo de investigación, entraña riesgos y dificultades metodológicas, además de las que puede experimentar el encuestador. Existieron problemas para acceder a la información por parte de los entrevistadores, siendo uno de los motivos la desconfianza, por otro lado la inestabilidad de la población en el lugar (hogares que ya no existen por procesos de migración interna)³ y finalmente el tema de la inseguridad se presentó como una complicación inevitable en dicho escenario. Otro tema, quizás a tener en cuenta también fue

³ Nota: los hogares visitados para entrevistar se sacaron del padrón de atención del centro de salud San Pantaleón.

que los encuestadores eran vecinos de la comunidad, situación que en algunos casos pudo actuar como un obstáculo ante cierto relevamiento de información (alcoholismo, adicciones, violencia, VIH/SIDA, etc.).

En cuanto al trabajo de campo en sí, hay que destacar que los encuestadores fueron los agentes de salud y que no eran expertos en recolección de datos, más allá de que recibieron una capacitación por parte del director del proyecto al respecto. De los nueve promotores que comenzaron el trabajo, tres de ellos por diferentes motivos personales dejaron de participar (obstáculos en la conformación del grupo de trabajo), y un grupo de seis continuó el trabajo con grandes dificultades técnicas y de tiempos en el desempeño de la tarea, razón por la cual el proceso de encuestado se extendió por más cuatro meses más del tiempo previsto.

Para llevar adelante este trabajo se contó con la ayuda de una secretaria que tenía como función entregar el material (encuestas) a los promotores, controlar las encuestas realizadas y resolver conflictos rápidamente, tarea para la cual fue entrenada. Es importante resaltar que todos los últimos jueves de mes el grupo de trabajo se reunía con el director del proyecto para charlar todas las dificultades respecto al proceso de encuestado, pero a pesar de eso hubo cuestiones inherentes al llenado de la encuesta que no se lograron resolver a pesar de la supervisión.

Otra limitante a tener en cuenta en el momento de extrapolar los resultados podría ser que la muestra fue por conveniencia (padrón del Centro de Medicina Familiar y Comunitaria, San Pantaleón), es decir, que se consideró todo el “universo” de las personas y sus convivientes, que en algún momento se había atendido en el centro de salud. El no incluir otras personas ajenas al centro de atención puede ser una limitante si en algún momento se plantea extender el área de cobertura, situación que se podría resolverse a través de la extensión de este estudio (2° etapa), considerando en este caso una muestra aleatoria. Finalmente, la baja en las encuestas por ausencia en los hogares de las personas a encuestar o bien porque los mismos se negaron a ser encuestados.

7. DISCUSIÓN

Si comparamos los resultados de este trabajo con la Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo recientemente realizada por el Ministerio de Salud⁴ en el país, observamos que en el Bajo Boulogne (población bajo estudio) el porcentaje de hogares que no cuenta con cobertura médica fue el 73% (privada o seguridad social), resultado que difiere del registrado por dicha encuesta para el Gran Buenos Aires (36%).

⁴ www.msal.gov.ar

El resultado en cuanto a cobertura arrojado por el presente estudio está más acorde a la información brindada por el último censo en Argentina en el año 2001, que muestra que en los Partidos del Gran Buenos Aires el 60, 5% carece de alguna cobertura de salud, seguridad social o privada⁵.

Al analizar accesibilidad en la Encuesta sobre Factores de Riesgo, se observa que la zona del Gran Buenos Aires fue la que más consultó (43,5%) a algún profesional de la salud en el último mes, mientras que, en la población bajo estudio el porcentaje de hogares que mencionó haber consultado fue del 94%. Siendo el 6% el porcentaje de los que no consultaron habiendo manifestado un problema de salud en ese lapso de tiempo, mientras que a nivel nacional llegó casi al 25%, siendo los motivos declarados muy similares en ambos estudios.

En cuanto a patologías crónicas dentro de las que constituyen factores de riesgo cardiovascular como la HTA lo observado en el presente estudio mostró que casi el 29% de los hogares manifestó tener uno o más integrante en la familia con dicha afección, mientras que en el Gran Buenos Aires la prevalencia de hipertensos asciende al 33,6%. En lo que respecta a DBT la prevalencia reportada a nivel nacional a partir de la Encuesta de Factores de Riesgo fue del 11,9%, mientras que lo reportado en la Línea de Base en el Bajo Boulogne asciende al 14,93%. En cuanto a tabaquismo lo el porcentaje reportado en este trabajo y sin discriminación de edad, es bastante inferior al que muestra la Encuesta Nacional en personas mayores a 18 años, 17,87% vs. 29,7% respectivamente.

En cuanto a prácticas preventivas realizadas por la mujer, como lo son el PAP y la mamografía, no fueron los estudios más solicitados. Al discriminar el tipo de estudios realizados con mayor frecuencia, fueron por lejos los análisis de sangre (chequeo o rutina, como los menciona la gente del lugar). Resultado que difiere al reportado a nivel nacional por la Encuesta sobre Factores de Riesgo.

8. CONCLUSIONES

Un dato interesante y a tener en cuenta a la hora de implementar diferentes estrategias en salud, es alto porcentaje de hogares que declaró tener al frente del mismo una mujer como jefa de hogar (76,81%). Situación que concuerda con diferentes estudios sociodemográficos sobre la mujer y los cambios de su rol en relación al trabajo, entre otros factores, tanto en Argentina y como en Latinoamérica. Donde es creciente el número de hogares encabezados por mujeres, es decir con jefatura femenina y, a su vez, la mayor vulnerabilidad social de dichos hogares, al menos entre los hogares pobres (feminización de

⁵ <http://www.indec.mecon.ar>

la pobreza)^{6 y 7}. En cuanto a la educación de los jefes de hogar lo observado es que más del 50% refirió haber alcanzado el nivel primario de educación, mientras que un 3% tiene el primer nivel incompleto y un 4% nunca asistió a la escuela.

Del total de jefes de hogares sólo el 22% mencionó tener un trabajo estable y un 24% de los hogares refirió ser beneficiario de uno más planes sociales, que brinda la provincia o el municipio.

Un dato relevante, que forma parte de las necesidades básicas insatisfechas (NBI), que nos preocupa y nos plantea un desafío como grupo de trabajo, es que 51 niños entre 6 y 12 años de todos los hogares encuestados no están concurriendo a la escuela. Otro tema que llama la atención al respecto es que no se encontró especificado el motivo de la no escolarización, ítem contemplado en el cuestionario, siendo esto una limitante del presente trabajo. En cuanto a las condiciones de las viviendas, menos del 20% de los hogares encuestados refirió que la misma era de tipo inconveniente o precaria, y un 10,33% refirió hacinamiento.

En cuanto a la participación de la gente que se atiende en el Centro de Salud San Pantaleón en alguna institución local sea de carácter deportivo, cultural, religioso, etc., sólo al 11% refirió que algún integrante de la familia participaba en algo. Y en lo que respecta a como se informan la respuesta casi unánime fue la televisión, si bien también mencionaron como medio importante la radio (47% aproximadamente).

Los problemas de salud crónica más prevalente en la población encuestada fueron hipertensión, diabetes y enfermedades respiratorias, siendo esto consistente con el tipo de medicamentos que refirieron consumir por hogar. Por otro lado, un dato a tener en cuenta para explorar en próximas intervenciones es que alrededor de un 25% de diabéticos e hipertensos declarados, no mencionaron estar recibiendo medicación.

En cuanto al consumo o utilización de medicamentos por parte de los hogares relevados en el presente estudio, llama la atención el tema de los anticonceptivos, donde se estima que puede haber un importante subregistro. Debido a que el centro de salud San Pantaleón, dispensa más de 110 cajas de anticonceptivos por mes desde hace varios años, situación que no se refleja en los resultados obtenidos. Pueden ser dos los motivos, uno que el encuestador no relevara dicho dato por no considerarlo un tratamiento específico, o bien que el encuestado desconociera tal información.

⁶ García B y de Oliveira O. Trabajo femenino y vida familiar en México, El Colegio de México, México, 1994, cap.VI.

⁷ Cacopardo MC. Jefas de hogar de ayer y hoy en la Argentina. Ponencia presentada en el Seminario General de la Red de Estudios de Población ALFAPOP. "Temas de población latinoamericanos", 8-12 de febrero de 1999.

Si nos detenemos en motivos de internación en el último año se observa que aproximadamente el 30% de los mismos fueron por causas, tales como: enfermedad respiratoria, hipertensión, enfermedad cardíaca y diabetes, quizás muchas de ellas causas prevenibles y a tener en cuenta en intervenciones futuras en lo que respecta a tales afecciones.

En cuanto a accesibilidad al sistema, podríamos inferir que es buena si consideramos que el 94% de los hogares refirió haber consultado a una institución de salud, a partir de un problema de detectado en el último mes. Se podría decir que el sistema responde ante lo agudo o problema de salud, mientras que, si analizamos el porcentaje de consulta de uno más integrante de la familia de los hogares encuestados, no habiendo estado enfermo en los últimos meses es considerablemente más bajo (alrededor del 16%). Aquí son dos los cuestionamientos que aparecen rápidamente, ¿cuánto de responsabilidad tiene la gente y cuánto el sistema de salud, en que no se trabaje en prevención? Interrogantes que debieran ser abordados en posibles intervenciones futuras.

Al mirar un poquito más detenidamente la salud materno infantil de la población bajo estudio, preocupa que solo el 41% de los hogares con niños menores a cinco años, refirió tener controles adecuados, mientras que casi el 100% refirió haber vacunado a sus hijos (esquema completo). Muchos interrogantes nos surgen, pero hay uno que sería bastante accesible trabajar a nivel local, que es el tema de las *“oportunidades perdidas”*. Es decir se debiera plantear alguna estrategia en el momento de la vacunación para el control del niño. Para cual es preciso tener presente que diferentes investigaciones y publicaciones, de la Dirección de Estadísticas Vitales e Información de Salud, del Ministerio de Salud y Ambiente en Argentina, han demostrado que el 65% de la mortalidad infantil es reducible por acciones preventivas o curativas, de tecnología simple o complejidad moderada. Siendo esto alcanzable en la actualidad si los recursos disponibles son empleados oportunamente, lo cual con frecuencia no ocurre debido a problemas en el proceso de atención. La elevada frecuencia de causas reducibles en los últimos años también ha permanecido estable, demostrando la deficiencia del Sector Salud para atender a la población infantil⁸.

En lo que respecta al control de embarazo, lo observado fue que la mayoría de los controles no se realizan en el Centro de Salud San Pantaleón y que 9 de los embarazo declarados no estaban recibiendo control. Otra limitación del presente trabajo es que no relevado o especificado el motivo, a pesar de que dicho ítem estaba considerado en el cuestionario.

⁸ Morbi-mortalidad materna y mortalidad infantil en la República Argentina. Estrategias para mejorar el desempeño de los servicios de salud materno infantil. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, año 2004.

Para finalizar y resumiendo se puede decir que niños, jóvenes, embarazadas, viejos, desocupación, desprotección, enfermedades crónicas sin control y tratamiento, adicciones como el tabaquismo, entre otras, son los desafíos que le presenta la comunidad del Bajo Boulogne, al Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón.

Como dice el sociólogo Ezequiel Ander- Egg preguntas que debiera plantearse el grupo de trabajo son: *¿cuál es el modo con que la gente aborda los problemas en especial los de salud?, ¿cómo los percibe y los vive?... Si existen diferencias ¿cuáles son? y si se conocen las diferencias ¿cómo hacen los profesionales de la salud para integrarse a esa comunidad, teniendo en cuenta los sistemas de ideas y modo de vivenciar los problemas que tiene la gente?*

Las futuras intervenciones y tareas desarrollar pueden envolver actividades tales como, búsqueda de información más acabada en temas particulares, desarrollo de programas para manejo y seguimiento de enfermedades crónicas e intervenciones en salud basadas en la educación y promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ander Egg E. “¿Qué es el diagnóstico en la Comunidad?” Colección política, servicios y trabajo social. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Tomo 1, Grupo Editorial Lumen Humanitas.
2. Ander Egg E. “El método del desarrollo de la Comunidad”. Colección política, servicios y trabajo social. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Tomo 2, Grupo Editorial Lumen Humanitas.
3. Ander Egg E. “Aspectos operativos y proyectos específicos”. Colección política, servicios y trabajo social. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Tomo 3, Grupo Editorial Lumen Humanitas.
4. Ander Egg E. Métodos y Técnicas de Investigación Social IV. Técnicas para la recogida de datos e información. Grupo Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires – México 2003.
5. Ander Egg E. Repensar la investigación-acción participativa. Grupo Editorial Lumen Humanitas.
6. Bordoni N, Doño R, Misrachi C. Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional (PRECONC). Módulo 1: Diagnóstico y educación para la salud. 2º edición, 1993. Ed. PALTEX
7. Fortuny M. Educación para la salud, en: DIVERSOS AUTORES: Iniciativas sociales de educación informal, Madrid 1990. Ed. Rialp, p 200-249.
8. Fortuny M. El contenido transversal de la educación para la salud: diseño de la actividad pedagógica. Revista de Ciencias de la Educación, Madrid 1994.
9. Greene WH, Simon-Morton. Educación para la Salud. México 1988. Ed. Interamericana-McGraw-Hill.
10. Hawwe P, Degelin D, Hall J. Evaluating Health Promotion. A health Worker's guide. Sydney - Philadelphia - London, 2º edición, Ed. Maclemnnan+Petty.
11. <http://www.almirallprodesfarma.com/guies/edu.html>: Elaboración de folletos educativos dirigidos a pacientes.
12. POLAINO-LORENTE A. Educación para la salud. Barcelona 1987.
13. Saforcada E. Psicología comunitaria. El enfoque ecológico - contextualista de James Kelley. Buenos Aires, Argentina 1º edición. Ed. Proa XXI Editores.
14. Salleras LI. Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid 1985, Ed. Díaz de Santos.
15. San Martín H y Pastor V. Salud comunitaria. Teoría y práctica. Madrid 1988, Ed. Díaz de Santos.

16. SERRANO MI. La Educación para la Salud del siglo XXI. Madrid 1998, Díaz de Santos. (Enlace a la web de la Asociación ALEZEIA, donde se expone detalladamente el contenido del libro y se da referencia de otras publicaciones de esta asociación presidida por la Dra. Serrano MI).

17. Técnicas participativas para la educación popular. Alforja, publicaciones de educación popular. 5° edición CEDEPO. Editorial Humanitas, Buenos Aires.

18. The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, 1999.

19. Turabian JL. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria. Madrid 1992, Ed. Díaz de Santos.

20. Werner D y Bower B. Aprendiendo a Promover la Salud. 4° reimpresión. Fundación Hesperian y Centro de estudios educativos, AC.