

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL BARRIO EL MERCADO
EN LA LOCALIDAD DE CASEROS, PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Trabajo inédito

Enero 2017- Febrero 2018

Categoría temática: Trabajo de investigación epidemiológica.

Trabajo de investigación con abordaje cuanti-cualitativo.

Residencia de Medicina General del Centro de salud N°6

Labarden 4129

Caseros, Tres de Febrero

Provincia de Buenos Aires

C.P 1678

Tel. 4750-5823

E-mail: resicaps6@gmail.com

AUTORES:

- CABRERA BACHMANN, Luciana Jimena; Médica Generalista; jefa de residentes
- CAMENO, Mariana Cecilia; Médica Generalista
- CRESPO, Oscar Norberto; residente de Medicina General
- LOPARDO, Norberto Raúl; residente de Medicina General
- MAIDANA, Gisela; residente de Medicina General
- MAZZEI, Florencia; residente de Medicina General
- MOMPÓ, Juan Manuel; Médico Generalista, instructor de residentes
- PARDINI, Santiago Emanuel; residente de Medicina General
- PECCI, Mario Gabriel; residente de Medicina General
- RADUCCI, Gabriel Osvaldo; residente de Medicina General

Participantes:

- DÍAZ CIARLO, María; Médica Generalista.
- RODRIGUEZ, Yamila Vanesa; Médica Generalista.

INDICE:

❖ RESUMEN.....	3
❖ INTRODUCCION	4
➤ Problema	4
➤ Objetivos Generales	4
➤ Objetivos Específicos	4
➤ Teoría a la que adherimos	5
➤ Contexto de Estudio	12
➤ Historia del Barrio y del Centro de Salud	12
➤ Acerca de los autores	13
❖ DISEÑO METODOLOGICO.....	13
➤ Metodología.....	13
❖ RESULTADOS	15
➤ Salud	15
➤ Medio ambiente	17
➤ Viviendas	17
➤ Trabajo	18
➤ Escolaridad	18
➤ Juventud	18
➤ Consumo.....	19
➤ Violencia.....	20
➤ Salud sexual.....	20
➤ Salud de la mujer.....	21
❖ DISCUSIÓN	21
❖ PROPUESTAS	28
❖ BIBLIOGRAFÍA	29
❖ ANEXO N°1	31
❖ ANEXO N°2	32
❖ ANEXO N°3	33
❖ ANEXO N°4	36
❖ ANEXO N°5.....	50

TÍTULO: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL BARRIO EL MERCADO EN LA LOCALIDAD DE CASEROS, PROVINCIA DE BUENOS AIRES
AUTORES: Cabrera Bachmann, Luciana J.; Cameno, Mariana C.; <u>Crespo, Oscar N.</u> ; <u>Lopardo, Norberto, R.</u> ; Maidana, Gisela; Mazzei, Florencia; Mompó, Juan M.; Pardini, Santiago E; Pecci, Mario G.; Raducci, Gabriel O.
CAPS N° 6 TRES DE FEBRERO LABARDEN 4129 , CASEROS , BUENOS AIRES , CP 1678 TE: 4750 - 5823 E-Mail: resicaps6@gmail.com
Enfoque: Cuanti-Cualitativo
Categoría temática: INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA
<p>Introducción: el siguiente trabajo de investigación descriptivo realizado por la Residencia de Medicina General, parte de un abordaje cuanti-cualitativo sobre la situación de salud de una parte del área programática del Centro de Atención Primaria N°6 (CAP N°6), ubicado en el Barrio Evita, localidad de Caseros, partido de Tres de Febrero, provincia de Buenos Aires, durante el periodo comprendido entre Enero 2017 a Febrero de 2018 con el objetivo de ampliar y mejorar estrategias de abordaje e intervención en la comunidad. Objetivos: visibilizar las problemáticas más frecuentes de nuestra área programática y a partir de estas, poder jerarquizar y priorizar problemas de índole socio-sanitario. Materiales y Métodos: luego de la realización de entrevistas a referentes barriales y una vez planteados los problemas surgidos, se realiza la elección y delimitación del área de intervención, la cual se elige por ser la más vulnerable de nuestra área programática. La unidad decidida a encuestar fue la vivienda. Resultados: de las 12 manzanas seleccionadas, se contabilizaron durante el mapeo 395 viviendas por lo cual se decidió realizar 119 encuestas de hogares para llegar al 30% de la población elegida, se obtuvieron datos sobre 10 ejes temáticos. Discusión: podemos interpretar que la población desconoce el concepto de atención primaria de la salud (APS) y solo desea la atención inmediata de las personas enfermas, entre otras conclusiones. Propuesta: generar instancias de reflexión con la comunidad sobre el concepto de la APS y la participación comunitaria para la transformación social.</p>
Palabras claves: ASIS, Salud, Planificación estratégica
Soporte técnico: Cañón multimedia, equipo de audio.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación descriptivo, parte de un abordaje cuantitativo sobre la situación de salud del área programática del Centro de Atención Primaria N°6 (CAP N°6), ubicado en el Barrio Evita, localidad de Caseros, partido de Tres de Febrero, provincia de Buenos Aires, durante el periodo transcurrido desde el mes de Enero de 2017 a Febrero de 2018 con el objetivo de ampliar y mejorar estrategias de abordaje e intervención en la comunidad.

Problema:

Como residentes de medicina general, nos resulta fundamental conocer acerca de las características de la población con la cual vamos a trabajar, por lo cual nos surge la siguiente pregunta: *¿Cuál es la situación de salud integral de los/as habitantes del Barrio El Mercado, Partido Tres de Febrero, Provincia de Buenos Aires, durante el período junio 2017 a febrero 2018?*

Objetivos Generales:

Caracterizar la situación de salud de la población del área de influencia de población comprendida en 12 manzanas seleccionadas perteneciente al área programática a cargo del CAP N°6, en el periodo comprendido entre Enero del 2017 y Febrero del 2018 para generar, ampliar y mejorar estrategias de abordaje y/o intervención en comunidad.

Objetivos Específicos:

- Reconocer contexto histórico-social de la comunidad.
- Identificar los principales problemas del barrio que surjan desde la subjetividad de los referentes barriales y de la población a encuestar.
- Identificar determinantes de salud de dicha comunidad.
- Examinar características socio-demográficas de la población a cargo, sus problemáticas y demandas.
- Identificar instituciones existentes, recursos y servicios presentes en la comunidad y reconocer posibles redes entre estas.
- Identificar cuáles son los servicios de salud del barrio y del municipio más utilizados por los encuestados.

- Establecer la magnitud que le otorgan los vecinos a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en el barrio.
- Registrar las situaciones de violencia visualizadas en el barrio e identificar el conocimiento y utilización de recursos, de acompañamiento y denuncia disponibles.
- Jerarquizar y priorizar los problemas socio-sanitarios para generar estrategias con la comunidad mediante una futura Planificación Local Participativa.

Teoría a la que adherimos:

“Trabajar en salud en un contexto global de exclusión significa, básicamente, trabajar para incluir, es decir, trabajar en la construcción de ciudadanía, lo que implica construir y defender la conciencia del derecho a la salud, a la vez que construir, defender y vigilar las condiciones para el ejercicio efectivo de ese derecho.” Mgr. Débora Ferrandini 2017.

La definición de salud fue variando de una época a otra y de una cultura a otra, interpretándose en un principio como la ausencia de enfermedad. Según la OMS "La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad." ⁽¹⁾ Consideramos que el concepto de bienestar que propone la OMS es subjetivo, ya que depende de muchos factores dinámicos, como los económicos, los sociales, el nivel educativo (el cual podría modificar la auto percepción de la salud) por mencionar algunos ejemplos. Las definiciones dinámicas conciben que el ser humano se encuentra en un permanente equilibrio inestable de su organismo en relación con factores biológicos, medioambientales, socioculturales y simbólicos. Por lo tanto, acorde a esta visión, la salud es un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, que requiere de la suficiente capacidad para formular objetivos y estrategias adecuados a las actividades que emprendan para esto. Por ello nos parece interesante la revisión de la definición de la OMS que ha hecho un grupo internacional de expertos: “La capacidad de adaptarse a los retos físicos, emocionales y sociales y de cuidarse a sí mismo.” ⁽²⁾

Al hablar de salud no podemos dejar de referirnos al Informe Lalonde ⁽³⁾, que habla acerca de los cuatro grandes determinantes de la salud: Medio ambiente, Estilo de vida, Biología humana, Atención sanitaria. Tomamos estos determinantes para ampliar la investigación y enfocarla en los siguientes ejes que se encuadran dentro de los postulados

por Lalonde: medio ambiente, vivienda, trabajo, escolaridad, juventud, consumo problemático de sustancias, violencia, salud sexual.

Con esta ampliación de la definición también rompemos con el viejo binomio de salud-enfermedad, surgiendo la necesidad de seguir construyendo sobre el Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado, es decir, sobre el proceso de enfermarse sin dejar de lado su connotación social, las trayectorias individuales, los símbolos culturales, el contexto macrosocial y la determinación histórica.

Contemplando al ambiente como uno de los determinantes de la salud, y considerando el impacto que el mismo tiene en la zona en la cual decidimos realizar este trabajo, donde no se encuentra asegurado el saneamiento básico y donde la contaminación juega un rol protagónico, se nos hace necesario abordar el concepto de salud ambiental. Entendemos que la salud ambiental y sus determinantes constituyen un pilar fundamental en el mantenimiento de la salud de la comunidad.

Por mencionar algunos ejemplos, movimientos demográficos o crecimiento de poblaciones influyen en el tratamiento de los residuos producidos, cuando la urbanización se da sin una planificación acorde. Los desechos orgánicos en las calles y el inadecuado tratamiento de estos, entraña un serio peligro para la salud ya que atrae a roedores y a otros animales transmisores de enfermedades, generando como consecuencia la contaminación del suelo y de las aguas.

En interrelación directa con el medioambiente encontramos a la vivienda, conformando ambos el hábitat humano, al cual entendemos como un sistema espacial y de recursos donde transcurre la vida de un grupo social determinado y en el cual se desarrollan procesos individuales y colectivos.

“La vivienda es considerada un determinante de salud, debido a que en aquellas deficientes se localiza la población con mayor riesgo de afectación por enfermedades relacionadas con la vivienda y el entorno. El consumo de agua sin tratamiento previo de potabilización conlleva el riesgo de transmitir enfermedades de origen hídrico (...) En las viviendas donde se cocina en el dormitorio, y/o donde las personas duermen hacinadas, el riesgo de enfermedades respiratorias es mayor.”⁽⁴⁾ Cordero Arroyo E.⁽⁵⁾ refiere en relación a los materiales de la vivienda y los factores de riesgo que los pisos no fijos (como ladrillo

suelto o tierra) pueden originar enfermedades como diarreas, parasitosis, salmonelosis y anemias sobre todo en los niños.

“La vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y/o la familia, como proteger de las inclemencias del clima, garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento, procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos; la atención de los ancianos y personas con discapacidad; el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar” ⁽⁶⁾ Por todo ello, el manejo de la vivienda podría reducir los factores de riesgo.

La calidad de vida de los sujetos se constituye por procesos que los atraviesan, entre ellos los laborales. En el artículo 23 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) dice: “Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.” El desempleo tiene como efecto inmediato una reducción de ingresos que puede manifestarse en dificultades que impactan en la salud de los individuos, a saber: desde una dieta menos variada, reducción de la actividad física, la postergación de visitas al médico o compra de un medicamento, hasta posibles síntomas de depresión y ansiedad que se canalizan a través del cigarrillo, un mal dormir o una mayor ingesta de alcohol. A esto se le suma la incertidumbre de no saber cuánto tiempo durará esa situación.

Paradójicamente la caída de ingresos puede causar obesidad ya que la dieta más económica es la más obesogénica. Asimismo, repercute en el nivel de atención médica, debido a las dificultades para solventar los gastos asociados al tratamiento.

Los trabajadores de la economía formal cuentan con seguro ante riesgos en el lugar del trabajo, programas de prevención, atención en salud y seguros de salud laborales. En cambio, los trabajadores informales carecen de protección laboral y de salud. La informalidad laboral es un fenómeno heterogéneo, complejo, multidimensional, que facilita la participación intermitente en la actividad laboral y la existencia de condiciones contractuales que no garantizan la permanencia de la relación de dependencia.

Los determinantes de la salud son atravesados de distinta manera, pero atravesados al fin, por la desigualdad e inequidad socioeconómica. Una expresión de esta desigualdad es la educación y las diferencias en el acceso a la misma. La educación influye en otros factores, que terminan siendo esenciales para afectar en el Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado. El nivel de educación recibida determinaría el tipo de ocupación, que será la herramienta para el acceso a servicios y medios de subsistencia, como por ejemplo el acceso a un entorno ambiental más saludable. También es determinante para adquirir hábitos más saludables, como herramienta para prevenir enfermedades y distintas pautas de alarma ante potenciales riesgos en salud.

“La autopercepción de buena salud puede ser un buen indicador de bienestar en salud. Un enfoque predominante sobre la relación educación-bienestar en salud sostiene que la educación impacta positivamente en esta clase de bienestar porque potencia las elecciones saludables que realizan los individuos en cada situación contextual, lo cual redundaría en mejores estados de salud individual.”⁽⁷⁾

“Los beneficios individuales de la salud constituyen a la vez beneficios sociales porque reducen los accidentes, la violencia y las enfermedades; porque mejoran en general la salud pública”⁽⁸⁾

Es importante mencionar que no cualquier tipo de educación llevaría a estos beneficios. Una educación dirigida a conductas preventivas vinculadas a la salud sería el camino para lograr los mismos. También es importante lograr en el marco educativo un ámbito de reflexión y crítica, que no solo brinde información en forma unidireccional.

La escuela es el lugar donde los niños y jóvenes pasan gran parte de su tiempo y en donde la relación con sus pares es fundamental en la construcción de su subjetividad. Aquí lo social y lo individual se fusionan para dar lugar a la experiencia vital de niños y adolescentes.

Según la OMS la adolescencia es “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios (...) los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas

culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos.”⁽⁹⁾ Partiremos de esta definición para abordar el concepto de juventudes, identificando algunas limitaciones en la misma que reevaluamos y ampliamos y para adecuarla a nuestras perspectivas teóricas.

Al hablar de adolescencia como un momento de transición, se está catalogando al adolescente como un ser aún no desarrollado, en etapa de formación previo al estado adulto. Sería de esta manera, un ser incompleto. Nuestra concepción dista mucho de pensar a los adolescentes como un grupo en etapa de transición. Hablamos de adolescencias en plural, porque si continuásemos hablando de adolescencia en singular, estaríamos homogeneizando este grupo tan diverso, y suponiendo que existe una normalidad, un ideal, una forma de ser adolescente, “En un mundo cada vez más excluyente, la juventud trata de hacerse un lugar, a través de nuevas formas de intercambio, de búsqueda, de alternativas, de comportamientos itinerantes y representaciones propias, que desde miradas conservadoras a veces son leídas como pasividad, desvío, rebeldía o desadaptación social.”⁽¹⁰⁾

Las políticas económicas actuales no garantizan las condiciones necesarias para el pleno desarrollo de la juventud, y consecuentemente este grupo etario termina por buscar sus propias herramientas, no siempre las más respetadas y valoradas por la sociedad. “Hay una suerte de concepción epidemiológica para mirar hoy a los jóvenes, ya que además de ser concebidos como problema social, se considera que existe la posibilidad de ‘contagiarse’ de ellos.”⁽¹¹⁾ La nomenclatura de joven como grupo de riesgo enmascara una fuerte debilidad como sociedad que no logra acompañarlo y lo culpabiliza, siendo este uno de los más afectados por la desprotección social y Estatal. De esta manera, para nosotros, las adolescencias son un grupo en riesgo, y no de riesgo.

Uno de los grandes temas que suscitan preocupación social en torno a la adolescencia es el consumo de alcohol y otras drogas, aunque sabemos que el consumo problemático de sustancias no es exclusivo de esta etapa de la vida, sino que afecta a personas de todas las edades. Tomaremos al tema de consumo problemático desde un punto de vista clínico y no punible. Basados en la ley 26657 de Salud Mental en su art. 4 “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

Consideramos que el consumo problemático no se reduce a sustancias prohibidas, sino también a otras sustancias como el alcohol. El eje de análisis no es la sustancia lícita o ilícita sino el vínculo problemático que sostiene el sujeto con el objeto en cuestión. Entendemos que la droga no existe como algo independiente y que el análisis del/los problemas debe realizarse contemplando motivos de consumo.

Por otra parte no podemos dejar de analizar el consumismo como rasgo social “El consumo nos atraviesa a todos en esta sociedad globalizada y, sin embargo, no está visto como un problema (...) El consumo problemático deviene, entonces, de entender al consumo como patrón ordenador de las relaciones sociales y de producción, y pasa a ser algo constitutivo de esta sociedad capitalista que nos envuelve en la ilusión de poder acceder a todo lo que está a nuestro alcance y pensar que podemos ser propietarios de algo actual, impulsado por ella misma. Así, todos consumimos objetos materiales y simbólicos.”⁽¹²⁾

El estudio de prevalencia nacional de drogas psicoactivas realizado por SEDRONAR en 1999, propone que “frente a circunstancias de fuerte vulnerabilidad social el papel de las drogas estimulantes, como agente catalizador, se debería habilitar la realización de mayores estudios que ponderaran su peso específico en la problemática de la violencia y examinaran los patrones socioculturales que lo promueven.”⁽¹³⁾

Según la OMS “la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.”⁽¹⁴⁾ Según la psicóloga e investigadora Lois Murphy ⁽¹⁵⁾, la naturaleza no nos impone ninguna aptitud a la violencia, son las circunstancias sociales las que determinan *el pasaje al acto* y sus modalidades. La violencia es un comportamiento adquirido; ella no es, pues, ni inevitable ni instintiva. Es imposible encontrar una causa única a todas las formas de violencia; nos encontramos, en efecto, frente a un fenómeno multidimensional. Otro punto de vista sobre la violencia es aportada por los antropólogos, entre ellos Georges Balandier ⁽¹⁶⁾. Partiendo de la concepción hobbesiana, nos muestra cómo lo social se forma “domesticando” la violencia y cómo toda forma de institución es un medio de regularla. Por su perspectiva antropológica, ellos insisten en el carácter de los ritos, normas y símbolos que hacen posible la vida social, “domesticando” la violencia.

Existen diferentes tipos de violencia. Dentro de ellos ha tomado gran relevancia social en los últimos tiempos el análisis de la violencia de género. La ley Nº 26.485 conceptualiza con sus diferentes tipos y modalidades: violencia física, psicológica, sexual, económica, patrimonial, simbólica, doméstica, institucional, laboral, mediática, obstétrica y contra la libertad reproductiva. Tomamos esta ley para caracterizar los tipos de violencia, pero teniendo en cuenta que varias de las modalidades que describe no sólo afectan a mujeres sino que pueden afectar al conjunto de la sociedad.

Las mujeres son quienes más sufren la violencia sobre sus cuerpos sexuados, debido que las relaciones de poder entre géneros se expresan prioritariamente en el campo sexual y en el campo reproductivo.

Según la OMS “la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.”⁽¹⁷⁾

El género, la sexualidad y la reproducción son construcciones culturales que se estructuran a partir de lo simbólico, “siendo el poder simbólico un poder de construcción de la realidad que tiende a establecer un orden y una forma de conocer el mundo.”⁽¹⁸⁾ Por eso es indispensable analizar la salud sexual y reproductiva entendiendo las redes de significación en las que están inmersas las personas. “La reproducción humana es un ámbito en el que se manifiestan de forma importante, la desigualdad entre los géneros. Para las mujeres esto se traduce en impedimentos para tomar decisiones en materia de sexualidad y reproducción, en la presión para cumplir con las expectativas sociales frente a la maternidad y se sustenta en la orientación casi exclusiva de los programas de planificación hacia ella.”⁽¹⁹⁾

En cuanto a las inequidades sociales y económicas, “las mujeres, especialmente aquellas que viven en países en desarrollo, sufren de forma desproporcionada complicaciones durante el embarazo y el parto, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual y de género y otros problemas relacionados con la salud reproductiva. (...) De esta manera, las estrategias para ofrecer servicios a estas poblaciones deben estar adaptadas a sus necesidades.”⁽²⁰⁾ De esto se desprende la importancia de garantizar el acceso universal a los derechos sexuales y reproductivos para el empoderamiento de la ciudadanía. El acceso universal a los Servicios de Salud Sexual y

Reproductiva está asegurado por Leyes Nacionales como la ley 25. 673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la ley 26.130 que garantiza la Anticoncepción Quirúrgica, por el Protocolo de Atención para el Aborto No Punible y el Protocolo de Atención Humanizada Post Aborto. “La aceptación y el acceso a los servicios mejoran si son gratuitos, sensibles a la cultura local y se ofrecen junto a mensajes de promoción de la salud, involucrando a la comunidad en la toma de decisiones.”⁽²¹⁾

Abordando cada uno de los determinantes de la salud caracterizados previamente, decidimos elaborar un análisis de situación de salud de la comunidad con la cual trabajamos, para poder tener una comprensión más amplia de los procesos de salud - enfermedad - atención - cuidado que la atraviesan, la cual será utilizada como insumo para la construcción de intervenciones más integrales, que contribuyan a mejorar las condiciones de salud y de vida las personas, las familias y la comunidad.

Contexto de estudio:

El presente trabajo de investigación está basado en el área programática del CAP N°6, en donde se desarrolla la actividad académica de la residencia, focalizándose en el área de influencia conocida como Barrio El Mercado. El mismo se encuentra ubicado en el conurbano oeste de la provincia de Buenos Aires, en la localidad de Caseros, cabeza del Partido de Tres de Febrero.

La localidad de Caseros limita al norte con el partido de San Martín, al noreste con la localidad de Santos Lugares, al este con la localidad de José Ingenieros, al sudeste con la localidad de Ciudadela, al sur con el partido de Morón, al oeste con la localidad de Ciudad Jardín y la localidad de Martín Coronado y al nordeste con la localidad de Villa Bosch.

El área programática del Centro de Salud se encuentra delimitada por Calle Florencio Varela entre Av. Mitre y Av. Alvear – Mitre hasta Fernández de Oliveira, por la última hasta Calle Acayuaza, hasta Av. Díaz Vélez doblando por Besares doblando por Hipólito Irigoyen tomando luego Avenida Militar hasta calle Padre Elizalde doblando por ésta hasta Av. Alvear.

Historia del Barrio y Centro de Salud

El Barrio El Mercado, que se encuentra en el área programática del CAP N°6, nace a comienzos de la década del '50, cuando la economía del país giraba en torno a la

industrialización. Las migraciones provenientes desde zonas rurales de todo el país hacia las ciudades en busca de oportunidades laborales, colmaba la capacidad habitacional existente, por lo cual el Gobierno Nacional emprende la creación de barrios de viviendas económicas, entre ellos Villa Caseros, actualmente Barrio Evita y Barrio El Mercado.

El centro de salud se edificó junto al Barrio, donde está ubicado, alrededor de 1951. En su comienzo fue de dependencia provincial y luego paso a ser de dependencia Municipal.

Acerca de los autores

Este trabajo de investigación fue realizado por ocho residentes de medicina general de distintos años, una jefa de residentes y el instructor de residentes que a la vez son tutores de nuestra formación. Dicho trabajo no solo es el primero en nuestro haber sino que también es el primer trabajo científico que se realiza en toda la historia de la residencia. Esto representa para nosotros un gran desafío y un esfuerzo ya que no contamos con algún precedente que nos guíe, estableciendo un camino propio que se va gestando en el mismo andar. Este desafío no solo se ve en los obstáculos sino también en el entusiasmo por recorrer un camino no trazado, por superarnos, por fortalecernos como grupo y compañeros de trabajo, y por continuar nuestro crecimiento en el ámbito de la comunidad científica.

DISEÑO METODOLÓGICO:

Descriptivo, transversal, cuanti-cualitativo.

METODOLOGÍA:

Se acordó que dentro de las actividades propias de las residencias habría momentos exclusivamente dedicados para la elaboración y abordaje del presente trabajo de investigación que incrementarían su duración en forma progresiva a lo largo del año. El trabajo comienza en Enero 2017, durante el primer mes se realiza diferentes capacitaciones sobre ASÍS los días Lunes dentro del espacio académico de la Residencia. Durante los siguientes cuatro meses, con una carga horaria de 4 hs los lunes por la mañana, se trabaja en el planteo del problema, objetivos generales y específicos, mapeo y se inicia con marco teórico. Luego durante tres meses se realiza la confección y realización de entrevistas a referentes barriales y luego las encuestas a la población seleccionada para el estudio, ampliando para ello la carga horaria a 8 hs semanales. Para finalizar los últimos 5 meses, con

una carga horaria de 4 hs semanales, se dedica a la carga de datos, resultados, discusiones y cierre del marco teórico.

Luego del planteo del problema y de establecer los objetivos, lo primero que se realiza es la elección y delimitación del área de intervención, la cual se elige por ser la más vulnerable del área programática de nuestro CAP y además por ser la población infantil que más concurre al centro de salud. La elección también fue basada en nuestra inquietud sobre el por qué los adultos, principalmente hombres, no tienen el mismo acercamiento que los niños.

Se realiza recorrida a pie por la zona propuesta para reconocer calles y poder realizar mapeo. De dicha recorrida se obtiene el esquema que se adjunta en Anexo N° 1.

En un siguiente momento se realiza la confección de entrevista entre el equipo de investigadores para los referentes del barrio y se eligen a dichos referentes, los cuales fueron: Escuela n° 501 (Directora), Jardín de infantes n° 916 (Encargada), Centro de jubilados (Vicepresidenta), CAP 6 (Dra. Loreley Médica Generalista), Feriante (Elsa) y CEF (Auxiliar Comisaria (Jefe de calle).

Si bien los referentes designados y sus instituciones no se encuentran dentro del área a encuestar, si son reconocidos y utilizadas por la población encuestada. Para la llegada a algunos de estos referentes se aprovechó una feria barrial de la cual participaban algunos de ellos. El tipo de entrevista fue con preguntas abiertas la cual se adjunta en Anexo N°2.

Las entrevistas fueron realizadas por el equipo de investigadores, luego se analizaron a través de la metodología de triangulación de métodos cualitativos con la ayuda de la Dra. María Díaz Ciarlo quien contaba con experiencia previa en la realización de ASIS.

A partir de estos datos, de la opinión y sugerencia de los propios vecinos, basándonos en modelos de encuesta de otros ASIS y consultando fuentes secundarias de información (Encuesta permanente de hogares, INDEC, y otros.), confeccionamos nuestra propia encuesta, dividiendo cada dos investigadores una temática para trabajar las cuales fueron Salud, salud sexual, salud de la mujer, vivienda, medio ambiente, ingresos económicos, escolaridad, juventud, inseguridad, violencia, consumo problemático de sustancias, evaluadas a través de preguntas cerradas y abiertas (ver Anexo N°3 respuesta de entrevista).

Se confeccionó un instructivo de recolección de datos, a fin de aunar criterios a la hora de preguntar, así como evitar errores y sesgos.

La unidad decida a encuestar fue la vivienda. De las 12 manzanas seleccionadas, se contabilizaron durante el mapeo 395 viviendas por lo cual se decidió realizar 119 encuestas de hogares para llegar al 30% de la población elegida. La encuesta fue realizada a un integrante de la vivienda familiar igual o mayor de 16 años, en forma anónima y voluntaria, quien respondería las preguntas de todo el grupo familiar.

Criterio de inclusión: vivienda familiar en la cual se encuentre presente una persona mayor de 16 años.

Criterios de exclusión: casas deshabitadas, comercios, garajes, instituciones, vivienda familiar en la que sólo se encuentre presente una persona menor de 16 años.

Criterios de eliminación: encuestas inconclusas, encuestas con error en la recolección de datos.

Se realizó una salida para revalidación de la encuesta pudiendo concretarse seis de ellas. Luego se realizó una mínima reconstrucción de la encuesta, se establecieron responsables por manzanas, se decidió salir de a grupos de a dos, se definió días y horarios de salidas que fueron rotativos, y para garantizar el azar se estableció realizar la encuesta casa por medio.(Ver Anexo N°4: Encuesta)

Para la carga de datos a la interfaz digital se diseñó una base de datos ad-hoc en el programa "Crear Vistas" del conjunto de programas EPI Info™ 7.2.2.0 y la carga se llevó a cabo en el programa "Grabar datos" del mismo conjunto de programas. Para el procesamiento de los datos cargados y posterior generación de gráficos se utilizaron los programas "Analizar datos" del conjunto de programas EPI Info™ de la misma versión y Microsoft® Excel 2007.

RESULTADOS:

El total de hogares encuestados fueron 119. Por errores en la recolección de datos se excluyeron 2 encuestas dando un total de hogares a analizar de n=117.

Salud:

De los 117 hogares encuestados (N=117), 68 personas (58,12%) respondieron que se realizaron un control de salud en el último año, luego entre uno y cinco años

respondieron 26 personas (22,22%), 16 personas (13,68%) respondieron un lapso mayor a cinco años y solo 7 personas (5,98%) respondieron que nunca se realizaron control de salud (ver anexo N°5 gráfico N°1). Cuando consultamos individualmente si padecían alguna enfermedad crónica, 58 personas (49,57%) respondieron que si padecen alguna enfermedad crónica y 55 personas (47,01%) que no padecen ninguna enfermedad crónica, y solo 4 personas (3,42%) no contestó ninguna de estas dos opciones (Ns/Nc). Cuando consultamos cuáles eran las enfermedades crónicas, como fue una pregunta abierta fueron múltiples respuestas, pero las más repetidas fueron: Hipertensión arterial, Diabetes y Asma. De los que padecen enfermedad crónica, 51 personas (87,93%) afirmaron que toman o deberían tomar alguna medicación de forma crónica, y solo 7 personas (12,07%) no toma o no debería tomar. Cuando indagamos sobre cómo consiguen esta medicación 25 personas (43,1%) dijeron que en su obra social o prepaga, 17 personas (29,31%) la consiguen comprándola de forma privada en la farmacia, otros: 6 (10,34%), centro de salud 5 (8,62%), Hospital 3 (5,7%), No la tomo porque no la consigo 2 (3,4%). Cuando preguntamos sobre cuál era la cobertura de salud el total de los encuestados, tienen PAMI 31 personas (26,50%), tienen Obra Social 26 personas (22,22%), Prepaga 10 personas (8,55%), Profe 2 personas (1,17) y tienen cobertura pública 48 personas (41,03%) (Ver anexo N°5 Gráfico N°2). Cuando preguntamos si conocían el CAP N°6, 115 personas (98,29%) respondieron que lo conocen y 2 personas (1,17%) que no lo conocen, y de estos, 111 personas concurren alguna vez (94,87%). Cuando le interrogamos sobre para qué fueron al centro de salud las respuestas fueron las siguientes en orden de importancia: Consulta médica (57), demanda espontánea (49), control de niños y vacunación ambas con 47 respuestas, siguen: odontología (20), ANSES (6), psicología (3), trabajo social (2) y cinco personas respondieron otros. La pregunta sobre cómo evaluaría la atención del centro de salud era abierta pero en general fue positiva, y cuando les preguntamos qué problema detectan la mayoría refirió como problema la falta de atención las 24 hs (guardia). Cuando consultamos porque no concurren al centro dos personas (1,71%) respondieron que lo resuelven por su cuenta, el mismo número respondió que por los horarios de atención, y cuatro (3,42%) respondieron que concurren a otro centro de salud. La pregunta n°13, “¿A qué centro de salud concurre?”, no la tomaremos en cuenta por no cumplir con el rigor metodológico necesario para su análisis.

Medio Ambiente

De los hogares encuestados, 60 (51,8%) considero a la basura como el mayor problema medioambiental del barrio; un número de 46 (39,32%) a las aguas estancadas y 27 (23,08%) identificó como problema las inundaciones debido a la acumulación de residuos en las esquinas (Ver anexo N°5, Gráfico n°3). Otros de los datos obtenidos mediante la encuesta, nos informa que en 104 (88,89%) de las viviendas encuestadas cuenta con una recolección de residuos en la puerta de estas y un número de 76 (64,66 %) identifica una frecuencia de recolección mayor a 5 días a la semana. Con respecto a los desechos industriales, nos encontramos con que 111 (94,87%) no identificaron su recolección, expresando muchos de ellos su inexistencia inclusive, solo 6 hogares (5,1%) refirieron la recolección y existencia de los mismos. En 44 (37,61%) encuestas se identificó la existencia de animales sueltos como problema de salud. Varios se refirieron 29 (24,79%) a las lesiones provocadas por ellos, y otro tanto 27 (23,08%) considera la suciedad producto de estos como un problema y solamente en unos 6 (5,13%) se refirieron a la transmisión de enfermedades por estos como un verdadero inconveniente para el barrio. En un grupo de 39 (33,33%) de las viviendas visitadas no consideran a estos como un problema medio ambiental ni que afecte a la salud del barrio.

Viviendas

Se identificaron 113 viviendas de tipo A (95,76%) y 4 de tipo B (4,24%). Con un hacinamiento en 10 viviendas (8,55%). Con respecto al material predominante de la vivienda se observaron paredes de ladrillo, piedra, bloque u hormigón en 117 (100%) de las cuales tenían humedad 56 (47,86%) y 61 (52,15%) referían no tenerla. Los techos de ladrillo, piedra, bloque u hormigón se vieron en 40 (34,19%) , 2 (1,71%) de adobe, 3 (2,56%) de madera , 72 (61,54%) de chapa; por último los pisos de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra se ven en 93 viviendas (79,49%), 23 (19,66%) de cemento o ladrillo fijo y 1 (0,85%) de otro material (Ver anexo N°5, Gráfico N°4 Y N°5). En cuanto a los servicios públicos la procedencia del agua es de Red pública en 114 (97,94%) hogares, perforación bomba a motor en 1(0,85%), Pozo 1 (0,85%), transporte por cisterna 1 (0,85%); el desagüe del inodoro corresponde a red pública (cloacas) en 107 (91,45%) casas, cámara séptica con pozo ciego 4 (3,42%), solo pozo ciego 4 (3,42%), hoyo o excavación en la tierra 1 (0,85%), NS/NC 1 (0,85%); el suministro de gas, la red pública la tienen 75 (64,10%) viviendas, garrafa

41 (35,04%), 1 (0,85%) no tiene; y por último suministro propio de luz tienen 99 (84,62%) hogares y 18 (15,38%) no lo posee. La calefacción del hogar la realizan con las hornallas 14 (11,97%), eléctrica 59 (50,43%), salamandra leña 2 (1,71%), estufa tiro balanceado 14 (11,97%), estufa a gas sin salida al exterior 28 (23,93%). Para concluir se preguntó por problemas ante lluvias moderadas/intensas, y las Goteras / filtraciones se llevaron el 38,46% de las respuestas.

Trabajo

Se observa que 33 (28,2%) encuestados tienen ingresos provenientes como asalariados formales, 28 (23,93%) ingresos provenientes de salario informal, trabajador independiente profesional 2 (1,71%), trabajador independiente de oficio 16 (13,68%), ingresos que no provienen del trabajo 32 (27,35%), otros 4 (3,42%) (Ver anexo N°5, Gráfico N°6). A su vez, se identifica que 22 (27,5%) de los empleados son subocupados (trabajan menos de 35 horas semanales), 21 (26,25%) trabaja como ocupado (entre 35 y 45 horas semanales) y 37 (46,25%) trabaja sobreocupado (más de 45 horas semanales). Entre todos los encuestados, a la hora de referir sobre ingresos no provenientes de trabajo, 49 (41,88%) respondieron jubilación, 36 (30,77%) plan o subsidio, 3 (2,56%) rentas, 3 (2,56%) otros; 26 (22,22%) no tienen ingreso provenientes por fuera del trabajo.

Escolaridad

En cuanto a la información recabada tras los interrogantes planteados, surge que en 5 (4,27%) de los hogares encuestados hay al menos una persona mayor de 15 años que no sabe leer y escribir. Por otra parte, en 12 (10,26%) de los hogares encuestados existe al menos una persona en edad escolar (4 a 18 años) que no se encuentra concurriendo al colegio. Continuando con los datos obtenidos vinculados a la educación, encontramos que en 69 (58,97%) de los hogares encuestados, existe al menos un habitante que completó los estudios secundarios, contrastando con unos 46 (39,32%) hogares donde habitan personas que no alcanzó dicho objetivo (Ver anexo N°5, Gráfico N°7)

Juventud

Del total de casas encuestadas, encontramos que en 46 (39,32%) existe al menos un huésped en el grupo etario comprendido entre 12 y 18 años (Ver anexo N°5, gráfico n° 8). Dentro de esta totalidad, encontramos que las principales actividades realizadas por las

juventudes se reparten de la siguiente manera: 38 jóvenes estudian, 7 trabajan, y 6 realizan deportes; los restantes valores son despreciables. Es importante aclarar que al ser una pregunta que acepta varias respuestas, resulta imposible establecer datos porcentuales. Por otra parte, cuando las preguntas intentan captar la opinión de los encuestados sobre las juventudes y lo que representan para la sociedad, surge que del total de personas encuestadas, 98 (83,76%) de las mismas, consideran como PROBLEMA que los jóvenes se encuentren en las calles. A la hora de fundamentar tal respuesta, la opción más mencionada vincula a los adolescentes con el consumo problemático de sustancias (64); en menor medida se asocia al adolescente con la inseguridad (58); por último se menciona a la deserción escolar como un problema (26). Nuevamente recalamos, que las respuestas a tal interrogante podían ser múltiples, lo que imposibilitó ajustar los datos a porcentajes exactos. Como posibles soluciones concretas a dichos problemas, la propuesta más obtenida fue la de generar talleres (30), seguida por la opción de generar un espacio en Clubes (25). Por último resulta interesante destacar que dentro de la opción OTROS hubo múltiples respuestas (30 en total), dentro de las cuales encontramos: “servicio militar”, “más trabajo”, “que haya actividades para sentirse útiles”, “encuentro en Iglesias”, “más contención en grupo familiar”, “matarlos”. Estas últimas respuestas se encuentran distribuidas en frecuencias similares. Entre la opción Ns/Nc y “sociedad de fomento”, se reparten el resto de resultados.

Consumo

Los resultados de las encuestas con respecto a la problemática de consumo arrojaron lo siguiente; 103 encuestados (88,03%) consideran que el consumo es un problema en el barrio mientras que 6 (5,13%) no lo considera y 8 (6,84%) optaron por la opción Ns/Nc (Ver anexo N°5, grafico n° 9) Con respecto a la franja etaria más expuesta, pudiendo elegir más de una opción, 57 (52,69%) dijeron que eran los niños, 83(70,94%) los adolescentes, 39 (33,33%) los adultos, 15 (12,82%) los ancianos y 7 (5,98%) respondieron Ns/Nc. En cuanto a la sustancia más comúnmente utilizada, pudiendo también responder más de una, 62 (52,69%) identificaron a la marihuana, 38 (32,48%) a la cocaína, 42 (35,90%) al Paco, 3 a la Heroína, 10 (8,55%) a los psicofármacos, 40 (34,19%) al alcohol y 29 (24,79%) Ns/Nc.

Violencia:

Según las encuestas realizadas en las viviendas, 89 personas (76,07%) consideran a la violencia como una problemática en su barrio y 28 (23,93%) no la considera. 64 (54,71%) personas encuestadas presenciaron o vivieron un episodio de violencia en el barrio, y de estas 61 respondieron que fue violencia física, 41 violencia verbal, 11 violencia de género, 4 por fuerzas de seguridad, 3 violencia institucional y 1 violencia económica (Ver anexo N°5, Grafico n°10). Del total de las personas encuestadas, 50 de ellas refieren que esta violencia presenciada o vivenciada fue hacia las mujeres, 26 personas refirieron hacia los hombres, 12 hacia los niños o niñas, 9 hacia mayores de 60 años, 9 hacia los adolescentes y 1 persona refirió hacia otros (Ver anexo N°5, grafico n°11). Estos hechos de violencia, 57 personas (48,72%) describieron que fueron ocurridos en la vía pública y 14 personas (11,97 %) lo describieron en el domicilio, 6 personas (5,13%) refirieron que fue en una institución pública o privada; Tanto en la comisaría, como en el centro de salud y en el colegio fueron dos personas las que identificaron la violencia. 54 (45,29%) personas encuestadas respondieron que no presenciaron y/o vivieron un episodio de violencia en el barrio. Ante una situación de violencia los vecinos del barrio respondieron que 48 de ellos acudirían a una comisaría, 31 llamarían al 911, 25 a un familiar, 4 personas acudirían a un vecino/a, dos personas llamarían al 144, uno al centro de salud y uno a la iglesia, otra persona manifestó que reaccionaría a mano propia, 9 personas no saben/no contestaron. Ninguna de las personas acudiría ni a la comisaría de la mujer, ni a una organización barrial.

En cuanto a la percepción de inseguridad de la población estudiada por este grupo de trabajo, nos encontramos con los siguientes datos: 47, 01% de los encuestados considera que existe un alto nivel de inseguridad en el barrio; 28,21% considera un nivel medio de inseguridad, 12,82% considera un nivel bajo de inseguridad, un 6,84% refiere que no existe tal inseguridad; por último en un 5,13% de los casos, la respuesta es No sabe/no contesta. (Ver anexo N°5, grafico n°12).

Salud Sexual

Al indagar acerca de los métodos anticonceptivos que se utiliza en la población encuestada, encontramos que 25 personas utilizan preservativo masculino, 11 ACO, 6 Ligadura tubaría, 4 DIU, 2 ACI trimestral, 2 ACI mensual, 2 utilizan métodos naturales, 16 no usan método y no buscan embarazo, 9 presentan menopausia, 31 refieren no mantener

relaciones sexuales, 1 no utiliza porque no consigue (Ver anexo N°5, grafico n°13). De la población que utiliza algún método anticonceptivo, ante la pregunta de dónde obtiene dicho método, 18 personas (47.37%) respondieron que lo obtienen de la farmacia, 10 (26.3%) lo obtienen del Centro de salud, 5 (13.16%) del hospital y 2 (5.26%) lo obtienen de la obra social.

Salud de la mujer

Para evaluar la cobertura para el rastreo de cáncer del cuello uterino a través del PAP indicado en los protocolos, obtuvimos que de las 78 mujeres encuestadas 32 mujeres (41.03%) se lo realizaron hace menos de 1 año, 16 (20.5%) se lo realizaron en el plazo entre 1 y 3 años, 24 (30.77%) hace mas de 3 años, 5 (6.41%) nunca se realizaron un PAP, y 1.28% (1) no sabe no contesta (Ver anexo N°5, grafico n°14). Enfocándonos en la población objetivo para el screening obtuvimos que en el rango comprendido entre 25 y 64 años, allí encontramos que 20 mujeres (38.46%) se realizaron el PAP hace menos de un año, 13 (25%) se lo realizaron en el lapso entre 1 y 3 años, 3 (34.62%) hace mas de 3 años, y 1 (1.92%) nunca se han realizado un PAP. En cuanto a la cantidad de embarazos en el último año, registramos que en las viviendas encuestadas, en 91 viviendas (77.77%) no se habían producido, en 23 (19.6 %) hubo un embarazo en el último año, y en 3 (2.5%) hubo 2 embarazos en ese plazo. Del total de los hogares donde hubo embarazos en el año pasado, en 23 (88.46%) fueron embarazos controlados, y 3 (11.53%) no concurrieron a ningún control durante el mismo. Al evaluar porque motivo no había realizado los controles necesarios, las respuestas fueron por decisión personal y porque no sabía a dónde ir. Dentro de las que si realizaron los controles, ante la pregunta de dónde realizo el mismo, en 9 viviendas (39.13%) respondieron en el centro de salud, en 6 (26.08%) en el hospital, y en 8 (34.78%) en su obra social.

DISCUSIÓN

Comenzando con el análisis de los datos recabados en nuestro trabajo de investigación, a la hora de analizar la frecuencia en torno a los controles de salud tomaremos en cuenta el programa municipal *Más Familia*⁽²²⁾ del partido Tres de Febrero, que consiste en una prestación monetaria mensual por hogar, a cambio de controles periódicos de salud, entre otras responsabilidades. Luego de la obtención de datos podemos decir que más de la

mitad de los encuestados cumplen con las metas establecidas por la municipalidad (periodicidad de control anual).

Un 49.57% de los encuestados padece algún tipo de enfermedad crónica, de estos el 68,97% tiene cobertura de seguro social. Lo que nos llama la atención es que, pese a que 98,29% de los encuestados conoce el centro de salud, solo un 13,79% retiran medicación crónica en nuestro centro o en el hospital público. No sabemos cuáles pueden ser los causantes de esta situación; quizás por desinformación (no saben que pueden retirar medicación en el CAP) o desconfianza en las medicaciones de origen público.

Las personas encuestadas han tenido buenas referencias sobre el CAP, siendo una de las mayores críticas al mismo, la ausencia de atención médica las 24hs. De esta manera podemos interpretar que la población desconoce el concepto de atención primaria de la salud (APS) y solo desea la atención inmediata de las personas enfermas. Generar instancias de reflexión con la comunidad sobre el concepto de la APS, es un reto constante para los trabajadores de la salud.

Evaluando las respuestas obtenidas vinculadas al medioambiente y comparando con nuestra propia observación, podemos encontrar que si bien es alto el porcentaje de viviendas con recolección de basura en la puerta de éstas y con una amplia frecuencia semanal, existe una gran acumulación de residuos en diversos lugares (principalmente en las esquinas), autos abandonados en la vía pública, casas deshabitadas y pequeños baldíos. También hemos detectado en nuestras recorridas aguas estancadas a lo largo del barrio (preferentemente en la zona lindera al Mercado de Frutas y Verduras), así como también el estado precario de las calles, y la deficiente iluminación en la vía pública, en muchos casos como consecuencia de la falta de poda de los árboles.

Con respecto a la situación habitacional los resultados marcaron que el 95,76% de las viviendas son de tipo A y solo un 4,24%(4) de tipo B; las paredes son de ladrillo, piedra, bloque u hormigón en el 100% de las viviendas; el techo en su mayor porcentaje (61,54%) es de chapa y el piso de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra en el 79,49% de las viviendas; sin embargo las encuestas también arrojaron problemas habitacionales como humedad en las paredes, en un 47,86% (56) de las viviendas; también se observó que ante lluvias de moderada/severa intensidad en un 38,46%(45) de las viviendas se presentan problemas de goteras y filtraciones . Cabe resaltar que dentro del área encuestada, más

precisamente sobre la calle Perú entre Mendoza y Tejedor, sobre una tarima de cemento, la cual todavía existe, había casillas de maderas, las cuales fueron retiradas en el año 2015 y cuyas familias fueron trasladadas a unos edificios cercanos del barrio.

En cuanto a los servicios urbanos se ve que existe una cobertura de agua potable del 97,94%(114) que puede ser comparado con valores obtenidos a nivel nacional (84,4%)⁽²³⁾, y a nivel del Gran Bs.as (70%). El desagüe del inodoro en el 91,45%(107) es por cloacas que se compara con un 58,4% a nivel nacional y se calcula un 38% en el gran Bs. As. El gas de red pública lo posee el 64,10%(75) de las viviendas encuestadas y el 31,04% (41) utiliza garrafa; a nivel nacional el 51,17% posee gas de red. El 84,62% (99) cuenta con suministro de electricidad propio; a nivel provincial la cobertura es de 98,9%.⁽²⁴⁾

Acerca de cómo calefaccionan el hogar se ve que el 11,97% (14) lo hace con hornallas de cocina, y sumados a que un 23,93% (28) lo hace con estufas a gas sin salida al exterior, nos lleva a considerar que el 35,9% de las viviendas son riesgosas; la calefacción eléctrica se utiliza en el 50,43% (59) de los hogares.

Para concluir, podríamos decir, que si bien la mayor parte de las viviendas tienen todos los servicios públicos disponibles y a nivel estructural las casas son de ladrillo, se observó al momento de las encuestas varias falencias estructurales que no nos permiten encuadrar a estas viviendas en el concepto de vivienda adecuada propuesta por la OPS/OMS.

Por otra parte, se ha interrogado por el principal ingreso económico a nivel hogar, por ende la información obtenida no es comparable con los datos censales, ya que los mismos son a nivel individual; lo mismo sucede a la hora de intentar evaluar sobreocupación o subocupación. Sin embargo podemos observar que si sumamos los hogares con actividad formal e informal, obtenemos que en un 52,13% de los hogares hay actividad laboral. Es de destacar que es alto el porcentaje de hogares que reciben dinero no proveniente del trabajo. Sería importante observar y analizar en forma longitudinal los cambios en estos ingresos económicos (provenientes del trabajo o no), ya que desde el Estado se están realizando amplios recortes que incluyen a las asignaciones y a las jubilaciones; y por otro lado estamos viviendo un presente con despidos masivos, que obviamente afectarán al grupo poblacional por nosotros estudiado. También sería interesante observar los cambios que se presentarán en los siguientes meses en la distribución de personas sub-ocupadas, ocupadas, y sobre-

ocupadas; según las encuestas realizadas en el presente trabajo, nos encontramos con un 27,5% de sub-ocupación, un 26,25% de ocupación, y un 46,25% de sobreocupación.

Según el Censo del 2010, el porcentaje de analfabetismo en el partido de Tres de Febrero en niños mayores de 10 años es de un 0,91%. La encuesta realizada por este grupo de trabajo es a nivel hogar y no a nivel individual, y comienza a contemplar como edad mínima los 15 años; estos son dos datos importantes para determinar que no hay puntos de comparación claros, sin embargo podemos notar que en caso de los hogares por nosotros evaluados, es alto el valor de personas con analfabetismo. Otro dato censal arroja que en la Provincia de Buenos Aires el 91,4% de los niños de entre 3 a 17 años asiste al colegio. En el caso de los hogares encuestados en nuestro trabajo, observamos que en el 87,2% de los hogares hay al menos un niño de 4 a 18 años escolarizado. Nuevamente encontramos que los grupos estudiados y rangos de edad no son los mismos, lo que imposibilita una comparación. Por último encontramos que en solo un 58,97% de los hogares existe al menos un habitante que finalizó los estudios secundarios. Evaluando los datos obtenidos, y observando el alto valor de analfabetismo, el alto grado de deserción escolar, y el bajo valor de personas que completan los estudios secundarios, se nos plantea el siguiente interrogante: ¿En qué momento del proceso educativo de los niños se produce la falla que imposibilita a los mismos continuar con su escolaridad?; ¿está preparado el sistema educativo actual para cubrir con todas las necesidades (intelectuales, vinculares, etc) de los niños que se encuentran en etapa formativa?; ¿el Estado desprotege a las escuelas y en consecuencia a los niños?. Probablemente no tengamos las respuestas a las interrogantes planteadas, pero sí podemos apreciar que estamos ante una transición en cuanto al proceso educativo, con jóvenes que requieren estímulos acordes al Siglo y acompañamiento acorde a sus necesidades.

Respecto a las encuestas sobre juventudes obtuvimos que en 46 hogares existe al menos un niño de 12 a 18 años. En cuanto a las actividades realizadas por ellos, se puede apreciar que la mayoría concurre al colegio. Si bien las posibles respuestas no son excluyentes y se pueden marcar múltiples opciones, es de notar que en solo 6 hogares hay niños que realizan deporte, y en 2 hogares hay niños que participan en actividades vinculadas al arte. Podemos observar que es muy baja la cantidad de jóvenes que realizan actividades extracurriculares recreativas, considerando esto como un punto a evaluar.

¿Existe poca oferta de espacios públicos para persuadir a los jóvenes?, en caso de existir espacios recreativos, ¿se garantiza el acceso a la población sin trabas burocrática?, ¿se garantiza el acompañamiento longitudinal al joven en estos espacios?. Sin dudas esta es una de las cuestiones a abordar desde nuestro lugar, y será uno de nuestros objetivos detectar los causantes de la baja asistencia a actividades recreativas por parte de los jóvenes. Por último, es de destacar que fue débil nuestra capacidad para registrar información acerca de jóvenes que actualmente estén inmersos en el mundo laboral.

Correlacionando con nuestro marco teórico sobre juventudes, nos encontramos con respuestas esperadas en los hogares sobre la percepción que tienen los adultos de los adolescentes. En la mayoría de los hogares se percibe al joven en la calle como un problema; vinculando (y quizás culpando) a los mismos con los robos, violencia, y consumo problemático de sustancias. Aún menos sorprendente son las respuestas que nos han brindado en los hogares acerca de las posibles soluciones a dichos problemas; respuestas como “matarlos”, “servicio militar”, etc, fueron parte de un patrón que se repitió en varios hogares. Esto demuestra el espacio que ocupa este grupo poblacional (juventudes) dentro de la sociedad, y cómo este sector tan vulnerable, pasa a ser el elegido como el culpable de los problemas de inseguridad, entre otros. A pesar de las fuertes respuestas mencionadas, es de destacar que en 30 hogares se mencionan los talleres como posible solución para evitar que los chicos se encuentren en la calle; y en 25 hogares se propone que los chicos concurren a algún club para realizar deporte. Podemos realizar dos observaciones de estos últimos datos aportados: por un lado podemos correlacionar esta respuesta con nuestros interrogantes planteados más arriba, acerca de si existe poca oferta de centros recreacionales para jóvenes; por otra parte luego de debatir en equipo, y desde una percepción netamente subjetiva, nos parece que estas respuestas brindadas en muchas ocasiones no son en base a la convicción de las personas encuestadas, sino que se dan para acortar el tiempo de la encuesta. Esta última observación surge de interpretar los gestos y las respuestas de los encuestados.

El consumo de sustancias psicoactivas es considerado un problema por el 88,03% (103) de las personas encuestadas y si bien identifican el problema en todas las edades, resaltan que lo ven más en niños y adolescentes. Las sustancias más identificadas por los encuestados son la marihuana y el paco, y en un tercer lugar aparece el alcohol el cual no lo

identifican como una sustancia psicoactiva per se sino como un vehículo para el consumo de otras. Ante la pregunta abierta que se realizó de “¿Cuál o cuáles cree usted que son los motivos por el cual se consume?”, se vio una gran variedad de respuestas, las cuales mayormente fueron dirigidas al entorno, falta de contención familiar, falta de trabajo, aceptación de los pares y en mucha menor medida dirigiendo la culpa al consumidor. Esto se contradice con la parte de seguridad de la encuesta donde sí el mayor problema eran “los pibes de la esquina”. Por último se trató de identificar algún lugar o institución dentro del barrio o cercano a él donde se trabaje esta problemática y no hemos encontrado respuestas positivas. Para concluir consideramos que esta situación podría ser un buen punto para trabajar con nuestra comunidad ya que no solo abarca la problemática de consumo sino que también se ponen en evidencia otros determinantes de la salud como la educación, el trabajo y la vida social del barrio.

La violencia es considerada una problemática del barrio. Esto se ve reflejado en los resultados, ya que más de la mitad de las personas encuestadas presenciaron o vivieron un episodio de violencia (del tipo física y del tipo verbal principalmente); si bien 50 personas del total de las encuestadas refirió que esta violencia fue hacia las mujeres y estos hechos en su mayoría fueron ocurridos en la vía pública, solo 11 personas reconocieron a la violencia de género como un tipo de violencia. Es interesante mencionar que durante el período de realización de encuestas, ocurrió un homicidio en una de las manzanas seleccionadas para la muestra, lo que motivó que varios de los encuestados manifestaran temor a responder preguntas referidas a esta temática, por lo cual los resultados podrían haberse visto afectados por este hecho.

Al analizar los resultados obtenidos acerca de la utilización de métodos anticonceptivos observamos que si bien 53,85% utiliza métodos anticonceptivos, solo 21,37% utiliza protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS). De aquí podemos desglosar que si bien gran parte de dicha población busca evitar embarazos no deseados, no posee cobertura contra ITS, por lo cual como trabajadores de la salud se nos plantea la necesidad de reforzar la concientización sobre dichas enfermedades y el cuidado del cuerpo a través de relaciones sexuales protegidas. También debemos concientizar sobre el uso de métodos anticonceptivos para prevención de embarazo no deseado, ya que 16 personas no utilizan método y no desean embarazo.

Dentro de la población que utiliza MAC, el 47.37% adquiere dicho método en la farmacia (por ende no la adquieren en el sistema público). Quizás esto sea por desconocimiento de su derecho de obtener dichos métodos gratuitos en centros de salud, o bien por desconocimiento de los lugares en los que se proveen los mismos.

El rango etario que consideramos como parámetro para evaluar la cobertura de PAP es de 25 a 64 años, basándonos como fundamento en la Guía de prevención de CCU del ministerio de salud de la nación 2015. Sin embargo en dicha guía no se mencionan objetivos de cobertura de PAP. Por ello al intentar evaluar la cobertura en la población que estudiamos, nos encontramos con la dificultad de no tener punto de referencia, ya que no hay datos en las guías del ministerio que relacionen este rango etario con objetivo de cobertura, dado que priorizan la cobertura de 35 a 64 años por ser la población de mayor riesgo.

Al mismo tiempo hay que tener en cuenta que las guías entienden por población con cobertura a aquella que se ha realizado un PAP en toda su vida, lo cual no representa una cobertura real. Al tomar como cobertura la realización de un solo PAP en toda la vida de la mujer, se niega la importancia del resultado como factor determinante en la conducta a seguir y niega los protocolos nacionales e internacionales que exigen dos PAP consecutivos negativos como cobertura, así como el acceso a una conducta terapéutica ante resultados positivos. Esto claramente representa un sesgo y un aumento en el porcentaje final que claramente no se condice con una cobertura real.

Teniendo en cuenta esta salvedad, podemos concluir que en la población encuestada obtuvimos un 98.08% de cobertura siguiendo la indicación de tomar como cobertura la realización de un PAP en su vida. Pero si tomamos como cobertura la indicación de un PAP por año solo el 38.46% de las mujeres encuestadas se lo ha realizado en el último año. Siendo este el porcentaje de cobertura que nosotros constatamos en la población encuestada.

De las 117 casas encuestadas, en 26 se han producido embarazos en el último año, representando el 22.22% del total. De ellos el 88.46% fueron embarazos controlados lo cual nos indica un gran porcentaje de embarazos bajo seguimiento médico. Pero también evidencia un 11.53% que no ha realizado controles, siendo esta una población blanco sobre la cual trabajar en próximos abordajes territoriales.

Respecto a la inseguridad, es notable la alta percepción de inseguridad que hay en los distintos hogares. En muchos casos las personas interrogadas mencionan la esquina de Lisandro de la Torre y Ángel Pini como un punto de alta inseguridad; llamativamente esta esquina se encuentra muy cerca de la Comisaría del barrio. Por otra parte, en un 12, 82% de los hogares se habla de bajo nivel de inseguridad, y en un 5,13% se elige la respuesta no sabe/no contesta. Sin subestimar tales respuestas, nos surge el interrogante de si estas personas verdaderamente consideran que hay bajo nivel de inseguridad, o si su respuesta está condicionada por el miedo en el contexto de tal inseguridad.

PROPUESTAS

Este proyecto surge desde la inquietud de conocer, por un lado, la percepción que tiene la comunidad con la cual trabajamos acerca de los procesos salud- enfermedad- atención-cuidado que la atraviesan y, por otro lado, la necesidad de conocer cómo somos percibidos como equipo de salud, ya sea en nuestras fortalezas así como también en nuestras falencias.

Los resultados obtenidos nos permiten, en un principio, visibilizar las problemáticas más frecuentes de nuestro área programática y a partir de esto, poder jerarquizar y priorizar problemas de índole socio-sanitario. Dando lugar a pensar líneas de acción de manera conjunta para el abordaje de las problemáticas surgidas mediante la planificación local participativa, lo cual facilitará la viabilidad y perdurabilidad de las acciones que se quieran realizar.

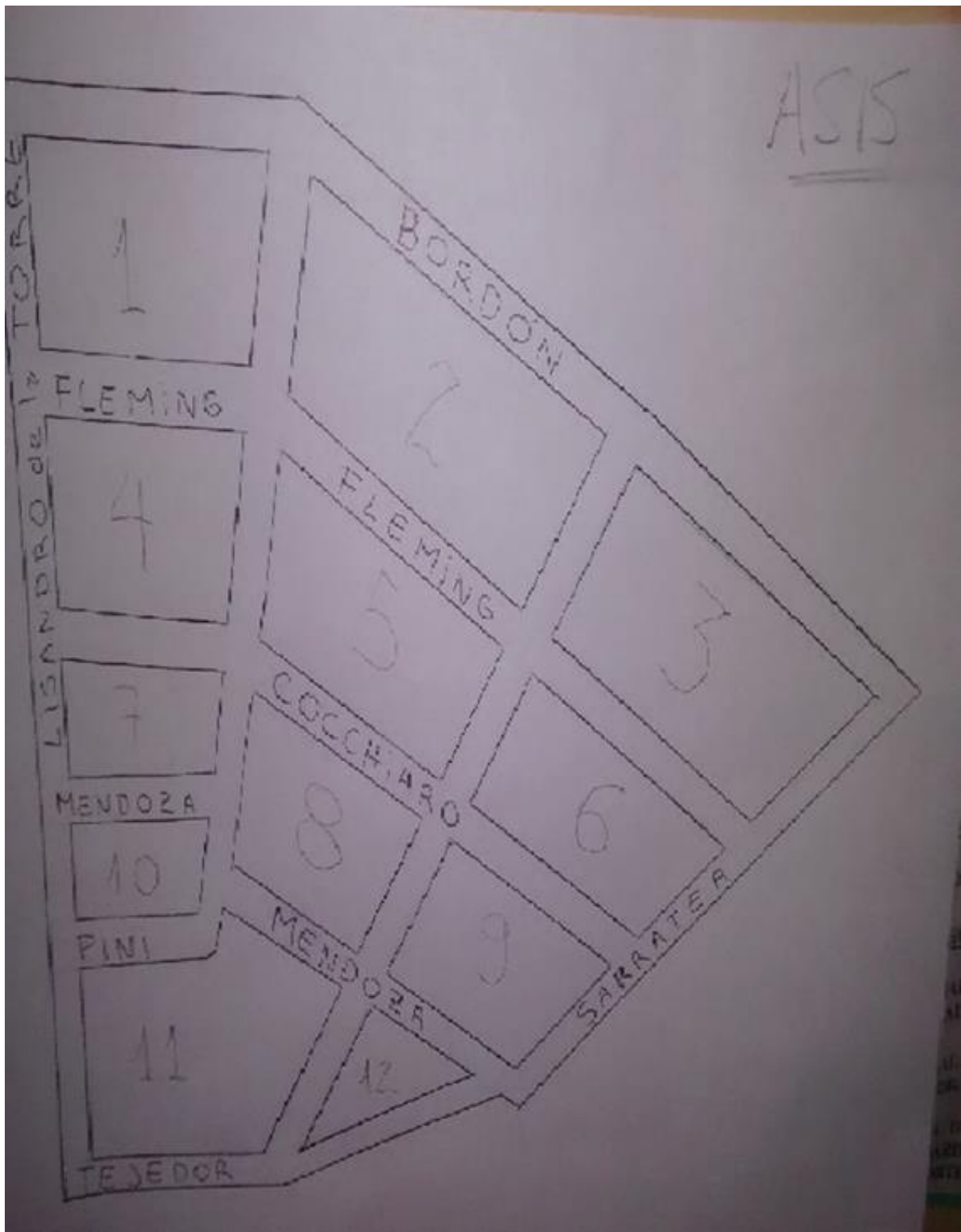
Sin dejar de tener en cuenta políticas públicas que acompañen proyectos surgidos desde la comunidad para sostener y garantizar un enfoque más preventivo y menos curativo de la salud, actuando en puntos estratégicos de manera de beneficiar la salud orgánica, social y mental de la población. En otras palabras, que las fuerzas y el gasto público en salud sea orientado a la promoción de la salud y a la atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.
- 2) Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, et al. ¿Cómo deberíamos definir la salud?BMJ 2011; 343: d4163
- 3) Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document.Ottawa, Canada: Dept. of National Health and Welfare; 1975
- 4) Tafani R, Chiesa G, Caminati R, Gaspio N, Roggeri M. Salud y vivienda. Aglomerados urbanos de Argentina 2003-2011. Revista de Salud Pública [Internet] julio 2013[consultado 05/03/17];Vol XVII (2)28-45. Disponible en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_2_06_art3.pdf
- 5) Cordero Arroyo E. Mejoramiento de la vivienda rural: impacto de la instalación de piso firme y estufas ecológicas en las condiciones de vida de los hogares.Estudios Agrarios [Internet]. 2009 [citado 12/04/17];40: 143-151. Disponible en: www.pa.gob.mx/publica/rev_40/NOTAS/Ernesto%20Cordero%20Arroyo.pdf
- 6) Rojas MC. La vivienda precaria urbana marginal y su relación con la salud de la población en el proceso de sustentabilidad. Un enfoque teórico para la estimación del riesgo y la vulnerabilidad. En: I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población; Caxambú, Brasil; 2004. p1-14
- 7) Hernández, J M. Beneficios de la educación sobre el bienestar en salud de la población adulta en México, 2006. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. [Internet] 2013 [consultado15/02/17]; 15(2), 69-81. Disponible en: <http://redie.uabc.mx/vol15no2/contenido-hdezvazquez.html>
- 8) Idem 7
- 9) Organización Mundial de la Salud [Internet]; Ginebra: [actualizado 2018; consultado 08/03/17]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente; [1 pantalla]Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- 10) García A L. Jóvenes y sexualidad, una mirada sociocultural. Ministerio de Salud, Argentina. 2014
- 11) Idem 10
- 12) Unidiversidad [Internet]. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo; 05 de Julio 2015 [consultado 03/03/17]. De García C. Consumo problemático [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.unidiversidad.com.ar/consumo-problematico>.
- 13) SEDRONAR [Internet] Argentina: Míguez H; 1999 [actualizado 2018; consultado 14/5/17] Estudios de población general [aprox. 12 pantallas] Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EncuestaZEpidemiologicaZsobreZPrevalenciaZdeZConsumoZdeZSustanciasZPsicoactivasZAnioZ1999.pdf>

- 14) Organización Mundial de la Salud [Internet]; Ginebra: [actualizado 2018; consultado 13/05/17]. Violencia; [1 pantalla] Disponible en: <http://www.who.int/topics/violence/es/>
- 15) Murphy L, The widening world of childhood. New York: Basic Books, Inc. 1962
- 16) Balandier G, Le désordre élogé du mouvement. París: Fayard Gallimard, 1988
- 17) Organización Mundial de la Salud [Internet]; Ginebra: [actualizado 2018; consultado 10/04/17]. Salud sexual; [1 pantalla] Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- 18) Dos Santos I, Espasandín V, Grabino V, Montealegre N, Mesa S y Viera M. Antropología, género y sexualidad: aportes de investigaciones recientes. En: Ciclo de Comunicaciones "Ciencias Antropológicas en Uruguay". Montevideo; 2006, p. 1-9.
- 19) Viveros M. Orden corporal y esterilización masculina. Horizontes Antropológicos. 1998; 9: 145- 170.
- 20) Médicos sin Fronteras [Internet]; [actualizado 2018; consultado 11/04/17] Salud sexual y Reproductiva [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.msf.org.ar/conocenos/actividades-medicas/salud-sexual-y-reproductiva>
- 21) Idem 20
- 22) Municipalidad de Tres de Febrero [Internet]; [consultado 28/08/18] Noticias [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.tresdefebrero.gov.ar/noticias/valenzuela-lanzo-programa-mas-familia/>
- 23) Plan Nacional de Agua potable y Saneamiento. Cobertura Universal y Sostenibilidad de los Servicios. Dirección Nacional de Agua potable y Saneamiento. Subsecretaría de Recursos Hídricos. Secretaría de Obras Públicas. Ministerio del Interior. Obras públicas y Vivienda. Segunda Versión. Junio 2017.
- 24) Censo Nacional de Población y Viviendas 2010; Encuesta Permanente de Hogares y Encuesta Anual de Hogares Urbanos. INDEC. 2010

ANEXO N°1: Mapeo



ANEXO N°2: Entrevista a referentes

1. ¿Cuáles cree que son las fortalezas del barrio? (fortalezas = cosas positivas o buenas)
2. ¿Cuáles son los problemas del barrio? Enumere en orden de importancia. ¿intentaron solucionarlos, cómo?
3. ¿Cuáles son los problemas de salud del barrio?
4. ¿Pertenece a alguna institución del barrio?

ANEXO N°3: Grilla de resultados de preguntas realizadas a referentes barriales:

	1	2	3	4
CEF (auxiliar)	<ul style="list-style-type: none"> -Comunicación entre vecinos -Gente sencilla, trabajadora y solidaria 	<ul style="list-style-type: none"> -Asaltos (pini y Lisandro de la torre) -Basura, los vecinos la tiran en el CEF -Pocos container (pedidos por los vecinos) -Animales sueltos -Drogas -Falta de información para adolescentes(MAC, drogas) -Desechos industriales -Cortes de agua 	<ul style="list-style-type: none"> -Horas de espera en la guardia y turnos en el Hospital Carrillo -No hay libro de quejas -Descuido de pacientes 	no
Comisaria (jefe de calle)	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajo social desde el municipio -La gente “se deja ayudar” -Bajó el índice de violencia de género 	<ul style="list-style-type: none"> Educación(deserción escolar) -Violencia de género -Adicciones -No hay cultura de trabajo -Problemas de liderazgo entre familias 	<ul style="list-style-type: none"> -Adicciones -Drogas -Alcohol -Pibes en las esquinas 	no
Elsa (feriante)	<ul style="list-style-type: none"> -Barrio comunicativo 	<ul style="list-style-type: none"> -Inseguridad (hicieron marchas y pusieron 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedades respiratorias 	no

Análisis de situación de salud del barrio El Mercado en la localidad de Caseros

	<ul style="list-style-type: none"> -Vecinos solidarios -Hay salud -Hay plazas -Colegios públicos y privados 	<ul style="list-style-type: none"> botones antipánico) -Drogas en establecimientos educativos -No hay fuentes de trabajo -No hay insumos a nivel salud(denuncia vía FBK a la directora del Htal Carrillo) -Fuerte carencia cultural, no hay respeto entre ciudadanos -Hay muchas casas sin servicios públicos -Falla en la iluminación (reclamos) -Calles rotas -Casas viejas 	<ul style="list-style-type: none"> (BQL) -Enfermedades nutricionales (obesidad) -Bajo rendimiento escolar 	
Escuela 501 (directora)	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajar en red (sala , hospital Posadas, escuela 47) 	<ul style="list-style-type: none"> -Inseguridad (colocaron rejas desde consenso escolar) 	<ul style="list-style-type: none"> -Salud mental -Falta de tratamientos psicológicos -Falta de insumos en CAP -Falta de servicios de emergencia -Concepción del control de salud en jóvenes 	no

Análisis de situación de salud del barrio El Mercado en la localidad de Caseros

<p>Jardín 916 (encargada)</p>	<p>-Hay un CAP enfrente -Feria de los viernes -Plazas -Centro de jubilados</p>	<p>-Falta de presencia policial en jardín y aledaños (hay en colegios privados pero no en públicos) -Vagancia (adolescentes)</p>	<p>-Enfermedades respiratorias</p>	<p>no</p>
<p>Loreley (medica generalista CAP 6)</p>	<p>-CAP 6 -Algunas instituciones (las escuelas saben que trabajan con población vulnerable) -Programa Envion (cuando estaba)</p>	<p>-Narcos/banditas -Exposición a situaciones violentas -Violencia institucional -Deserción escolar -Viviendas precarias -Falta de proyectos de vida(capacitaciones y talleres) -Violencia de género</p>	<p>-Falta de acceso a MAC -Enfermedades no transmisibles -Enfermedades estaciones</p>	<p>no</p>
<p>Vicepreside nta del centro de jubilados</p>	<p>-Comunicación entre vecinos CAP 6</p>	<p>-Inseguridad -Pibes en la esquina sin contención</p>	<p>-Cáncer</p>	<p>NO</p>

ANEXO N°4: Encuesta

SALUD

- 1) ¿Cuándo fue la última vez que realizo un control de salud (“chequeo general”)
 - a. <1 año
 - b. 1-5 años
 - c. >5 años
 - d. Nunca
- 2) ¿Padece alguna enfermedad crónica?
 - a. Si
 - b. No (pasa a la 4)
 - c. Ns/nc
- 3) ¿Cuál o cuáles?
- 4) ¿Toma o debería tomar alguna medicación habitualmente?
 - a. Si
 - b. No (pasa a la 6)
 - c. Ns/Nc (pasa a la 6)
- 5) ¿Cómo la consigue? (Puede marcar varias)
 - a. Farmacia
 - b. Os/prepaga
 - c. Centro de salud
 - d. Hospital
 - e. Otros
 - f. No la tomo porque no la consigo
- 6) ¿Tiene alguna cobertura de salud?
 - a. Os
 - b. Prepaga
 - c. PAMI
 - d. Profe
 - e. No tienen ninguna
- 7) ¿Conoce la unidad sanitaria N° 6?

- a. Si
 - b. No (pasa a la pregunta numero 11)
- 8) ¿Concurrió alguna vez?
- a. Si
 - b. No (pasa a la 11)
- 9) ¿Para qué? (puede marcar varias)
- a. Control de niños
 - b. ANSES
 - c. Vacunación
 - d. Consulta medica
 - e. Demanda espontanea
 - f. Consulta con trabajador social
 - g. Consulta con psicología
 - h. Odontología
 - i. Psicopedagogía
 - j. Otros
- 10) ¿Cómo evaluaría la atención en este Centro de Salud?
- 11) ¿Que problemas detecta en el CAP?
- 12) ¿Por qué no concurrió? (puede marcar varias)
- a. Porque concurre a otro efector de salud (pasa a la 13)
 - b. Lo resuelvo por mi cuenta
 - c. Curandero
 - d. Por horarios de atención
 - e. No me gusta la atención
 - f. Otros
 - g. Ns/Nc
- 13) ¿A qué centro de salud concurre? (puede marcar varias)
- a. Hospital Carrillo
 - b. Hospital Posadas
 - c. Otro hospital/centro de salud
 - d. Os/ prepaga

- e. Particular

SALUD SEXUAL

14) ¿Cómo se cuida en las relaciones sexuales? (puede marcar varias)

- a. Preservativo
- b. ACI Trimestral
- c. ACI Mensual
- d. DIU
- e. AHE
- f. Ligadura
- g. Vasectomía
- h. Métodos naturales
- i. Pastillas
- j. Otro
- k. No utiliza y no busca embarazo (pasa a la 16)
- l. No utiliza y busca embarazo
- m. Está embarazada
- n. Menopausia
- o. No utilizo porque no consigo
- p. NS/NC
- q. No tengo relaciones (pasa a la 17)

15) Si utiliza MAC, ¿de qué forma obtiene el método?

- a. Farmacia
- b. Os/prepaga
- c. Centro de salud
- d. Hospital
- e. Otros

SALUD DE LA MUJER

16) Si no utiliza MAC y no busca embarazo, ¿cuál es el motivo?

- a. No sabe dónde conseguirlos

- b. Desconoce sobre el tema
 - c. No me interesa utilizar
 - d. Mi pareja no quiere
 - e. Otros _____
 - f. NS/NC
- 17) ¿Cuándo realizó su último PAP?
- a. Menos de 1 año
 - b. entre 1 y 3 años
 - c. entre 1 y 3 años (porque tengo dos negativos consecutivos).
 - d. más de 3 años
 - e. nunca
 - f. NS/NC
- 18) ¿Cuántos embarazos hay o hubo en el hogar en el último año? (si ninguno, pasa a la pregunta 22) _____
- 19) ¿Estos embarazos fueron controlados?
- a. Si: Cuantos (pasa a la 21)
 - b. No: Cuantos (pasa a la 20)
 - c. NS/NC (Pasa a la 20 o 21)
- 20) ¿Cuál fue el motivo?
- a. Dificultad en el acceso
 - b. Decidió no controlar el embarazo
 - c. No sabía adonde acudir
 - d. Otros _____
 - e. NS/NC
- 21) ¿Dónde fueron realizados estos controles?
- a. Centro de salud
 - b. Hospital
 - c. Obra social
 - d. Médico particular
 - e. NS/NC

VIVIENDA

- 22) ¿En qué tipo de vivienda vive?
- a. Casa tipo A
 - b. Casa tipo B
 - c. Rancho
 - d. Casilla
 - e. Departamento
 - f. Casa de inquilinato
 - g. Pensión u hotel
 - h. Local no construido para habitación
 - i. Vivienda móvil
- 23) ¿Cuántas personas habitan actualmente en la vivienda? _____
- 24) ¿Cuántas habitaciones posee su vivienda? _____
- 25) ¿Qué animal doméstico tiene? (puede marcar varias)
- a. Perro
 - b. Gato
 - c. Otros
 - d. No tiene mascota
- 26) ¿Su mascota ha sido vacunada contra la rabia en el último año?
- a. Sí
 - b. No
 - c. Ns/Nc
- 27) ¿De qué forma accede al agua en su vivienda?
- a. Por cañería dentro de la vivienda:
 - b. Fuera de la vivienda pero dentro del terreno
 - c. Fuera del terreno
- 28) ¿Cuál es la procedencia del agua que posee en su hogar?
- a. Red pública o agua corriente
 - b. Perforación con bomba a motor
 - c. Perforación con bomba manual
 - d. Pozo
 - e. Transporte por cisterna

- f. Agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia
- 29) Paredes de la vivienda (pude marcar varias)
- a. Ladrillo, piedra, bloque, u hormigón;
 - b. Adobe
 - c. Madera
 - d. Chapa
 - e. Cartón, paja o material de desecho
 - f. Otros
 - g. Ns/Nc
- 30) ¿Hay humedad en las paredes de su casa?
- a. Sí
 - b. No
- 31) Techo de la vivienda: (pude marcar varias)
- a. Ladrillo, piedra, bloque, hormigón;
 - b. Adobe
 - c. Madera
 - d. Chapa
 - e. Cartón, paja o material de desecho
 - f. Tierra;
 - g. Otros
 - h. Ns/Nc
- 32) Piso de la vivienda: (pude marcar varias)
- a. Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera, o alfombra
 - b. Cemento o ladrillo fijo
 - c. Tierra o ladrillo suelto
 - d. De otro material
 - e. Ns/Nc
- 33) Baño/Letrina: (pude marcar varias)
- a. Adentro
 - b. Afuera
 - c. No tiene

- d. Ns/Nc
- 34) Desagüe del inodoro:
- a. Red pública
 - b. Cámara séptica con pozo ciego
 - c. Solo pozo ciego
 - d. Hoyo o excavación en la tierra
 - e. Ns/Nc
- 35) Suministro de gas:
- a. Red pública
 - b. Garrafa
 - c. No tiene
- 36) ¿Tiene suministro eléctrico en su hogar con medidor propio?:
- a. Si
 - b. No
- 37) ¿Cómo calefacciona su hogar? (puede marcar varias)
- a. Hornallas de cocina
 - b. Calefacción eléctrica
 - c. Salamandra (leña)
 - d. Estufa a gas tiro balanceado
 - e. Estufa a gas sin salida al exterior
- 38) ¿Cuál es la principal forma de calentar el agua en su hogar?
- a. Calefón a gas
 - b. Calefón eléctrico general
 - c. Calefón eléctrico sólo en baño
 - d. Termotanque
 - e. Caliento en la cocina/estufa
 - f. Otro
 - g. No uso agua caliente
- 39) Ante lluvias de moderada/severa intensidad, ¿qué problemas se presentan en su vivienda? (puede marcar varias)

- a. Inundación
- b. Corte de luz
- c. Caídas de fragmentos de techo / voladura de techo
- d. Goteras/filtración
- e. Otros
- f. Ninguno
- g. Ns/Nc.

MEDIO AMBIENTE (Basura, animales sueltos, desechos industriales)

- 40) ¿Cuáles cree que son los mayores problemas medioambientales en el barrio?
- a. Basura
 - b. Agua estancada
 - c. Inundación
 - d. Desechos industriales
 - e. Otros _____
 - f. Ns/Nc
- 41) ¿Hay recolección de residuos en la puerta de su casa?
- a. Si
 - b. No
 - c. Ns/Nc
- 42) Cuántas veces por semana pasa el recolector de residuos por el barrio?
- _____
- 43) ¿Hay recolección de desechos industriales?
- a. Si
 - b. No
 - c. Ns/Nc
- 44) Con respecto a los animales en el barrio ¿cuál o cuáles de los siguientes considera como un problema?
- a. Animales sueltos
 - b. Lesiones provocadas por ellos
 - c. Suciedad
 - d. Transmisión de enfermedades

- e. Otros
- f. No considero que los animales sean un problema

INGRESOS ECONOMICOS

- 45) ¿Cuál es el principal sustento económico de la familia?
- a. Trabajo asalariado
 - I. Formal
 - II. Informal
 - III. Ns/Nc
 - b. Trabajador independiente profesional
 - c. Trabajador independiente de oficio
 - d. No proveniente de trabajo
 - e. Otros
 - f. Ns/Nc
- 46) ¿Cuántas horas trabaja en promedio en la semana el sustento de la familia?
- a. Menos de 35 horas
 - b. Entre 35-45 horas
 - c. Más de 45 horas
- 47) ¿Tiene algún ingreso no proveniente de trabajo?
- a. Si
 - I. Pensión o jubilación
 - II. Subsidio o plan social
 - III. Rentas
 - IV. Ns/Nc
 - V. Otros
 - b. No
- 48) En caso de no tener trabajo, ¿está buscando uno?
- a. Si
 - b. No

ESCOLARIDAD

- 49) ¿Hay alguna persona mayor de 15 años que no sepa leer y escribir?

- a. Si
- b. No
- c. Ns/Nc

50) ¿Hay alguna persona en edad escolar (6 a 18 años) que no esté concurriendo al colegio?

- a. Si
- b. No (pasa a pregunta 52)
- c. Ns / Nc

51) ¿Cuál es el motivo de deserción escolar?

- a. Falta de interés
- b. Embarazo
- c. Establecimiento de pareja
- d. Mal desempeño escolar
- e. Bullying / mala relación con pares
- f. Trabajo
- g. Tareas hogareñas, cuidado de hermanos/familiares a su cargo
- h. Falta de vacantes / dificultades en el acceso a la educación
- i. Motivos económicos
- j. Otros
- k. Ns / Nc

52) ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado en el hogar?

- a. Primario incompleto
- b. Primario completo
- c. Secundario incompleto
- d. Secundario completo
- e. Terciario incompleto
- f. Terciario completo
- g. Universitario incompleto
- h. Universitario completo
- i. Ns / Nc

53) ¿Qué miembro de la familia es el que obtuvo el máximo nivel educativo alcanzado?

54) ¿Sabe si en el barrio o en zonas aledañas existe alguna escuela para adultos?

- a. Si
- b. No
- c. Ns/Nc

JUVENTUD

55) ¿En tu grupo familiar hay alguien menor de 12 años?

- a. Si
- b. No

56) ¿Qué actividades realiza? (puede marcar más de una opción)

- a. Estudia
- b. Trabaja
- c. Deportes
- d. Grupo de jóvenes
- e. Taller de oficio
- f. Arte (música, danza, pintura, etc)
- g. Otros
- h. Nada

57) ¿Considera que los jóvenes en la calle son un problema?

- a. Si
 - I. ¿Por qué?
 - i. Consumo problemático de sustancias
 - ii. Inseguridad
 - iii. Deserción escolar
 - iv. Otros
- b. No

58) ¿Qué solución recomendaría?

- a. Talleres
- b. Clubes
- c. Sociedades de Fomento

- d. Otros
- e. Ns/Nc

INSEGURIDAD:

- 59) ¿Cuál es su percepción del nivel de inseguridad en el barrio?
- a. Nivel alto de inseguridad
 - b. Nivel medio de inseguridad
 - c. Nivel bajo de inseguridad
 - d. No hay inseguridad
 - e. Ns/Nc
- 60) ¿Qué situaciones de inseguridad reconoce en su barrio?
-

VIOLENCIA

- 61) ¿Considera que la violencia es una problemática en su barrio?
- 62) ¿Presenciaste y/o vivenciaste algún episodio de violencia en el barrio?
- a. Si
 - b. No (pasa a pregunta 67)
- 63) ¿Qué tipo de violencia reconoce? (puede marcar más de una opción)
- a. Violencia física
 - b. Violencia verbal
 - c. Violencia sexual
 - d. Violencia económica
 - e. Violencia institucional
 - f. Fuerzas de seguridad
 - g. Violencia de género
- 64) ¿Hacia quienes? (puede marcar más de una opción)
- a. Mujeres
 - b. Niños o niñas
 - c. Mayores de 60 años
 - d. Adolescentes
 - e. Hombres
 - f. Otros

- g. Ns/Nc
- 65) ¿Dónde ocurrió?
 - a. Domicilio
 - b. Vía pública
 - c. Institución pública o privada (pasar a pregunta 66)
- 66) ¿Cuál/cuales institución/es?
 - a. Comisaria
 - b. Centro de Salud
 - c. Hospital
 - d. Colegio
 - e. Organización barrial
 - f. Otros
- 67) ¿A quién acudiría ante una situación de violencia y/o inseguridad?
 - a. Un familiar
 - b. Comisaria
 - c. Comisaria de la Mujer
 - d. Llamaría al 911
 - e. Llamaría al 144
 - f. Iglesia
 - g. Centro de Salud
 - h. Organización Barrial
 - i. Vecino/a
 - j. Otros _____
 - k. Ns/Nc

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

- 68) ¿Considera que el consumo de sustancias psicoactivas (drogas) es un problema en el barrio?
 - a. Si (pasa a pregunta 69)
 - b. No (pasa a 73)
 - c. Ns/Nc
- 69) ¿Qué franja etaria considera más expuesta a esta problemática? (puede marcar varias)
 - a. Niños

b. Adolescentes

c. Adultos

d. Ancianos

e. Ns/Ns

70) ¿Cuáles considera que son las sustancias psicoactivas más comúnmente utilizadas en el barrio? (puede marcar varias y se debe leer)

a. Marihuana

b. Cocaína

c. Paco

d. Heroína

e. LSD

f. Psicofármacos

g. Alcohol

h. Otros

i. Ns/Nc

71) ¿Cuáles considera que son los motivos por los cuales se consumen sustancias psicoactivas en el barrio?

72) ¿Conoce algún lugar por la zona donde brinden ayuda a personas con consumo problemático de sustancias?

a. Si ¿Cuáles? _____

b. No

ANEXO N°5: Gráficos

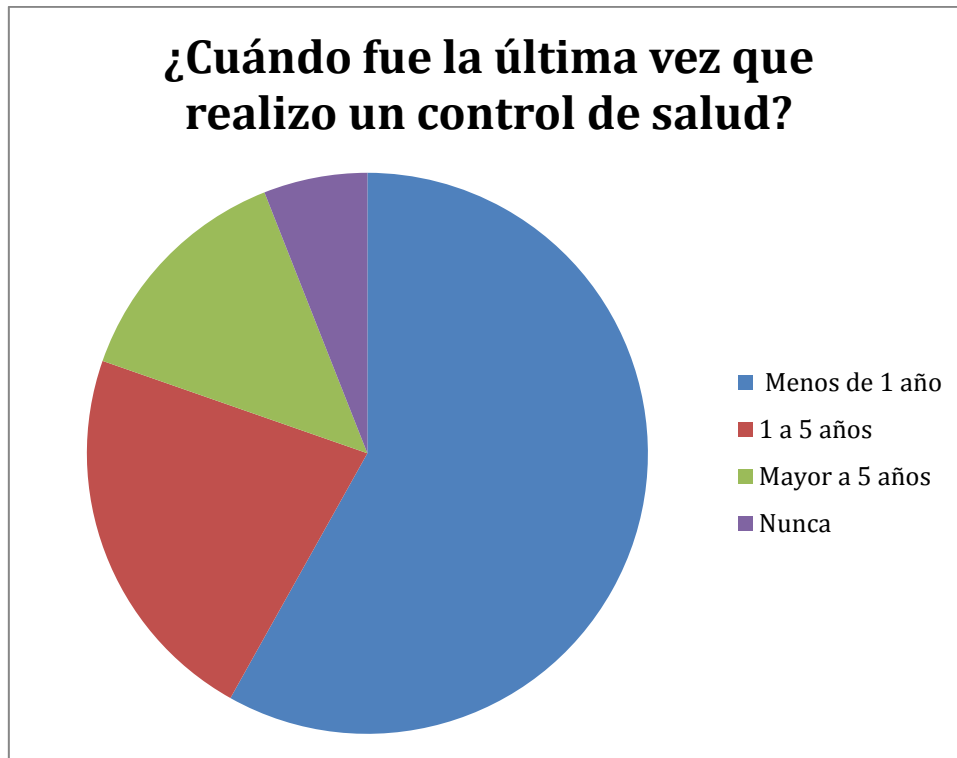


Gráfico N° 1

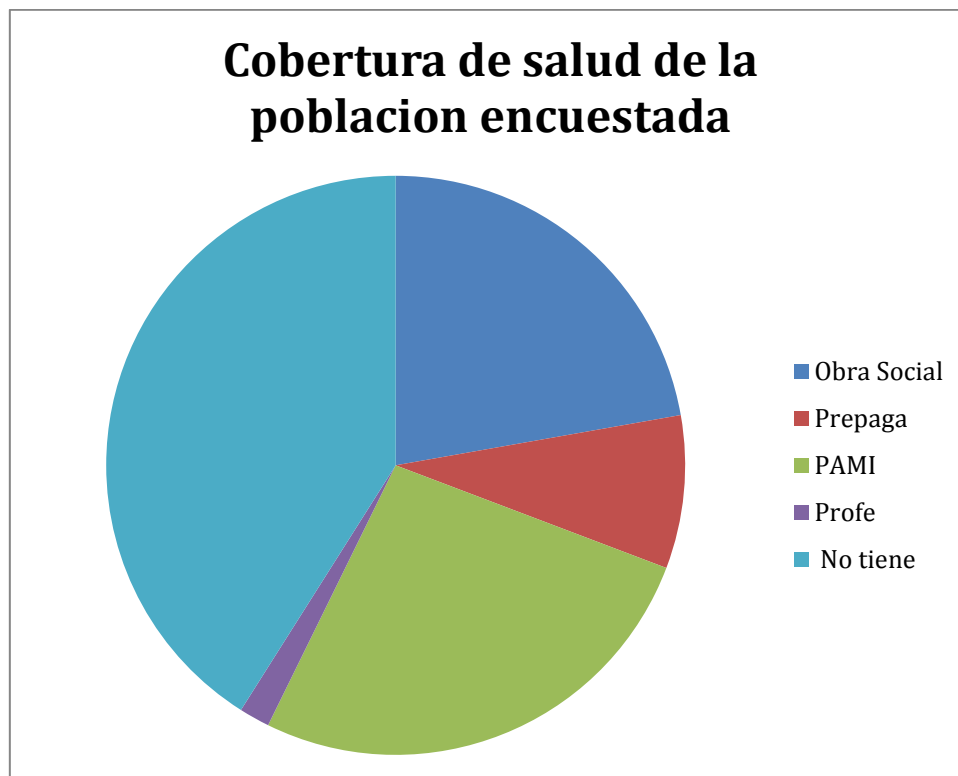


Gráfico N° 2

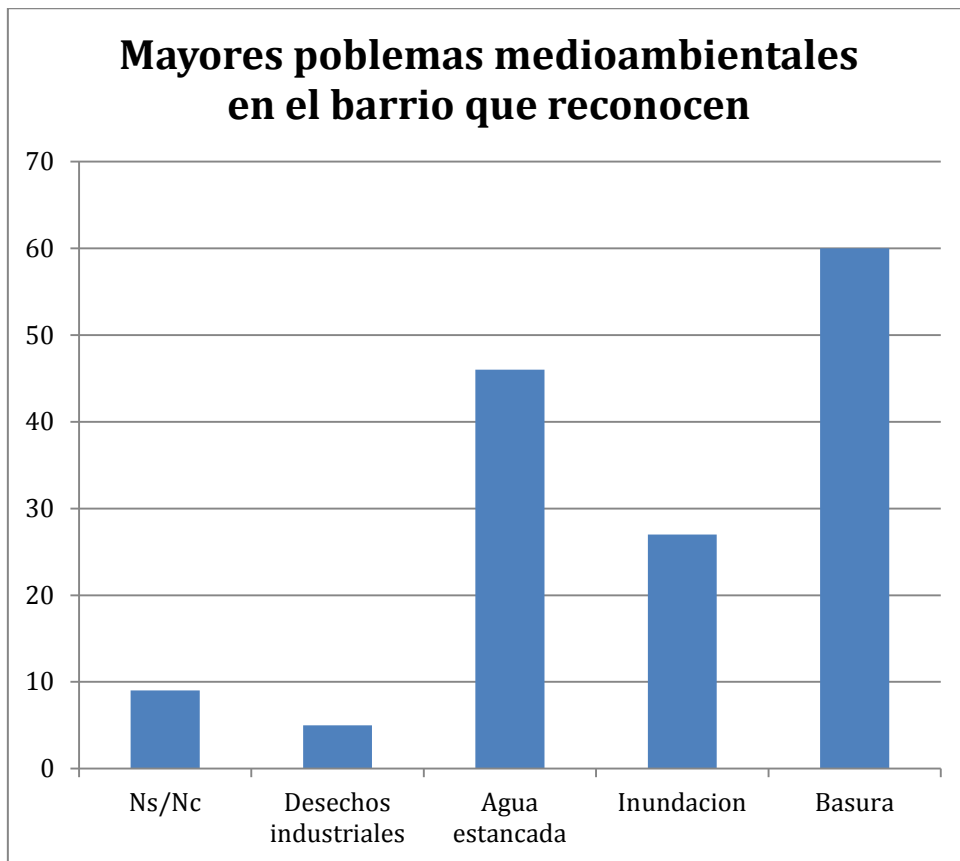


Grafico N° 3



Graficos N°4 y N°5

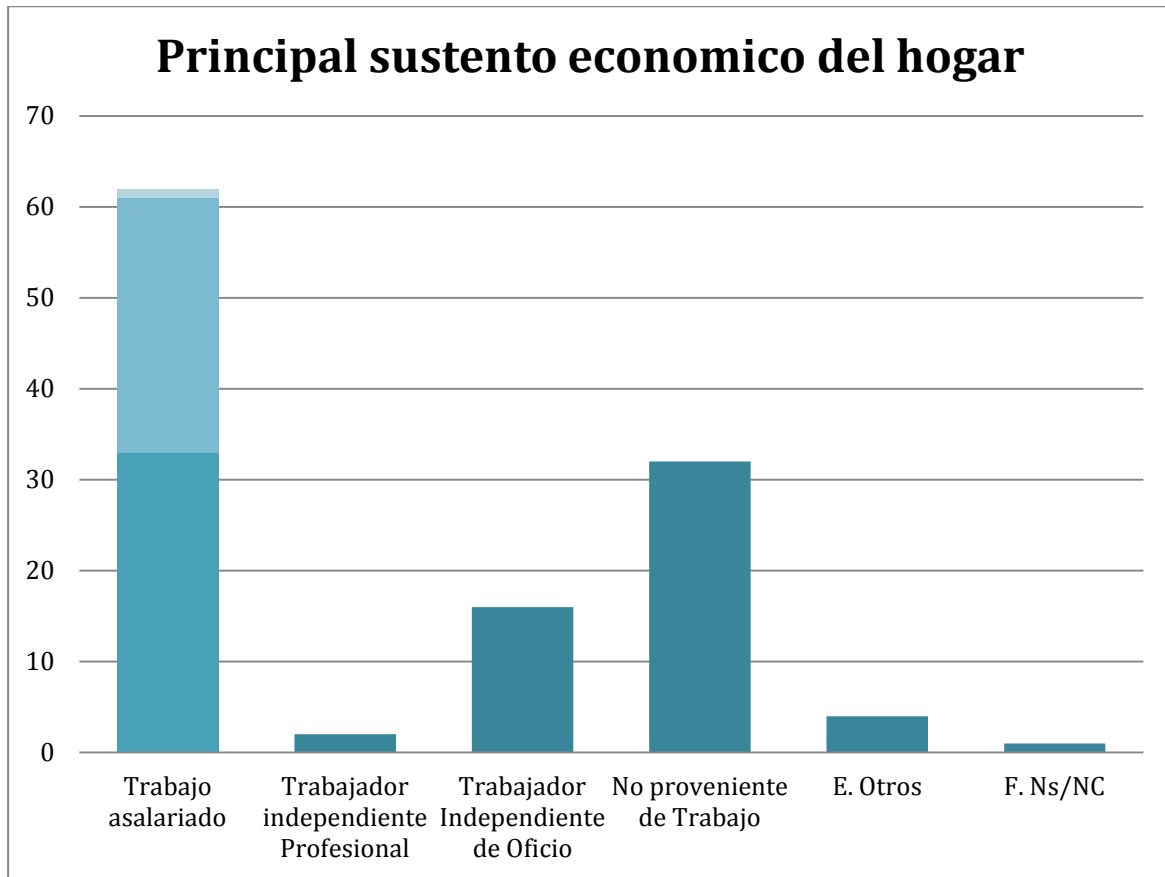


Grafico N°6

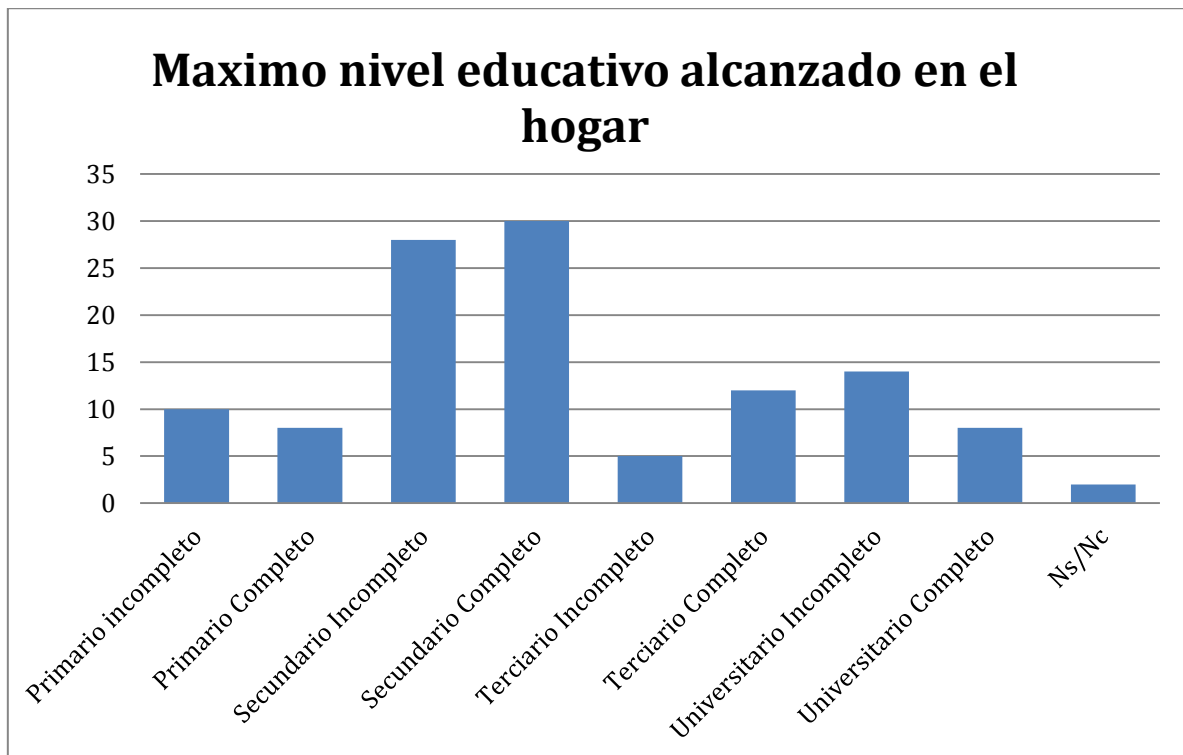


Grafico N°7

Hogares que tienen miembros entre 12 y 18 años de edad

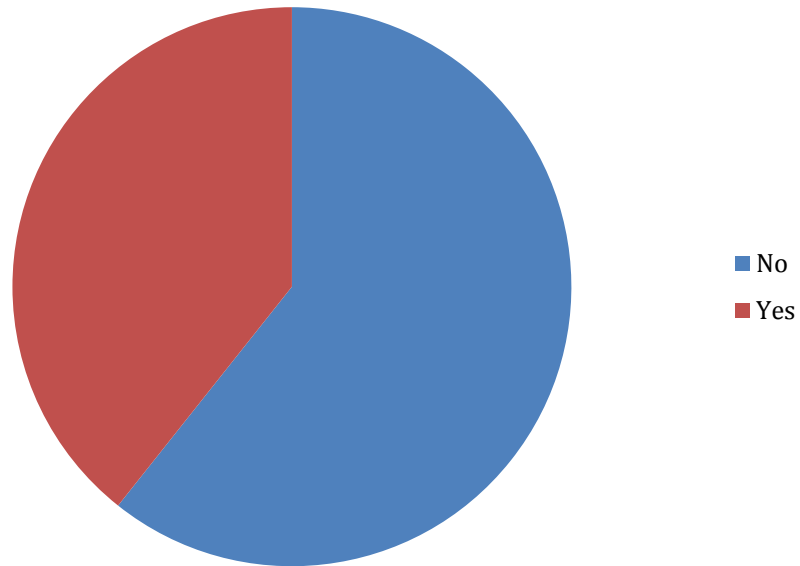


Grafico N°8

¿Considera que el consumo de sustancias psicoactivas es un problema en en barrio?

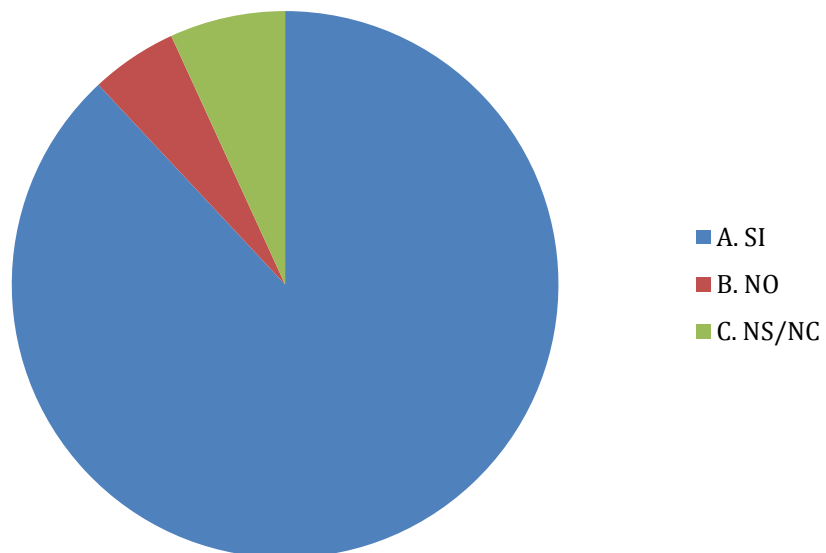


Grafico N°9

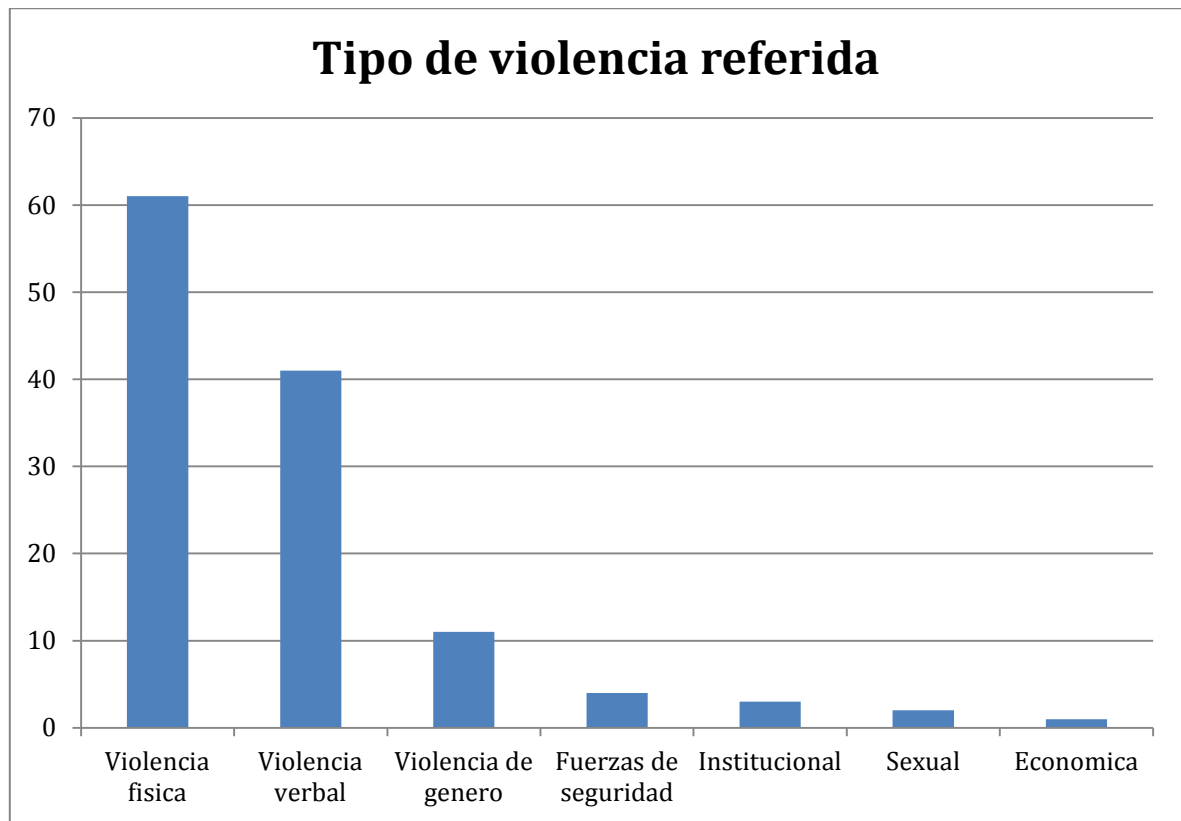


Grafico N°10

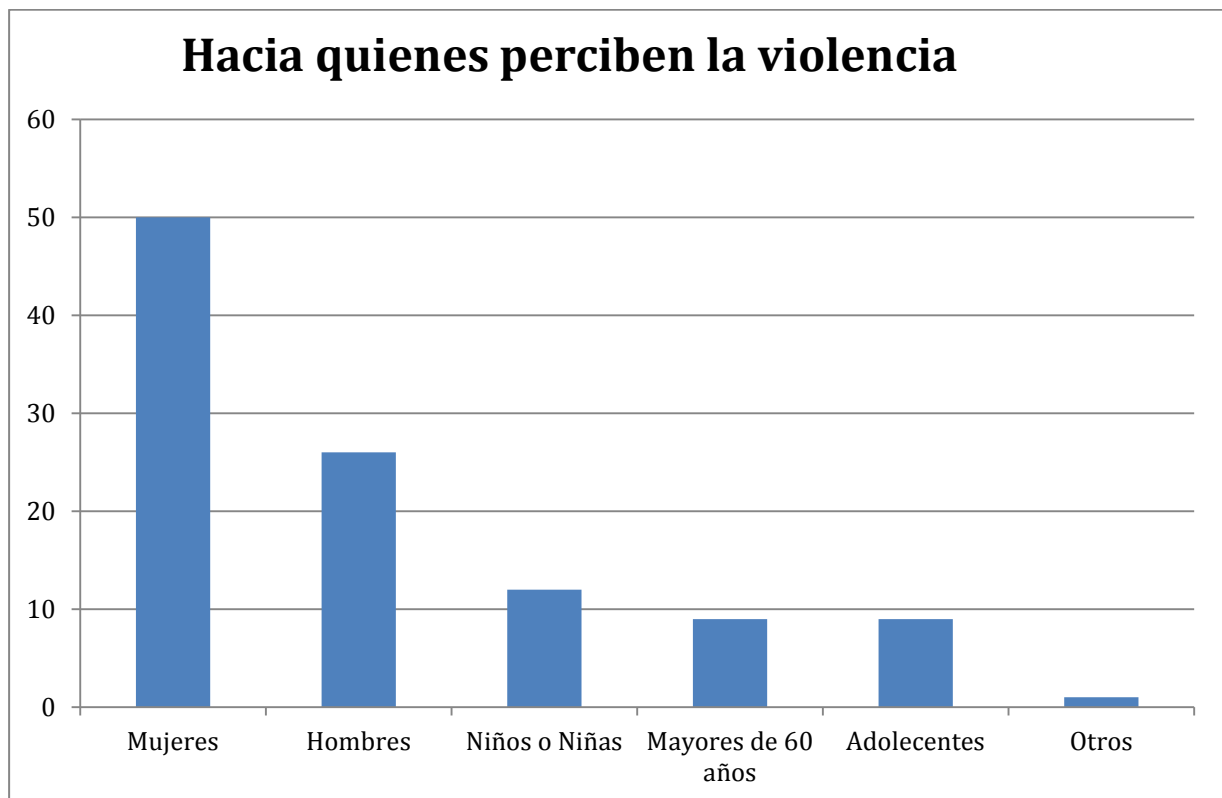


Grafico N°11

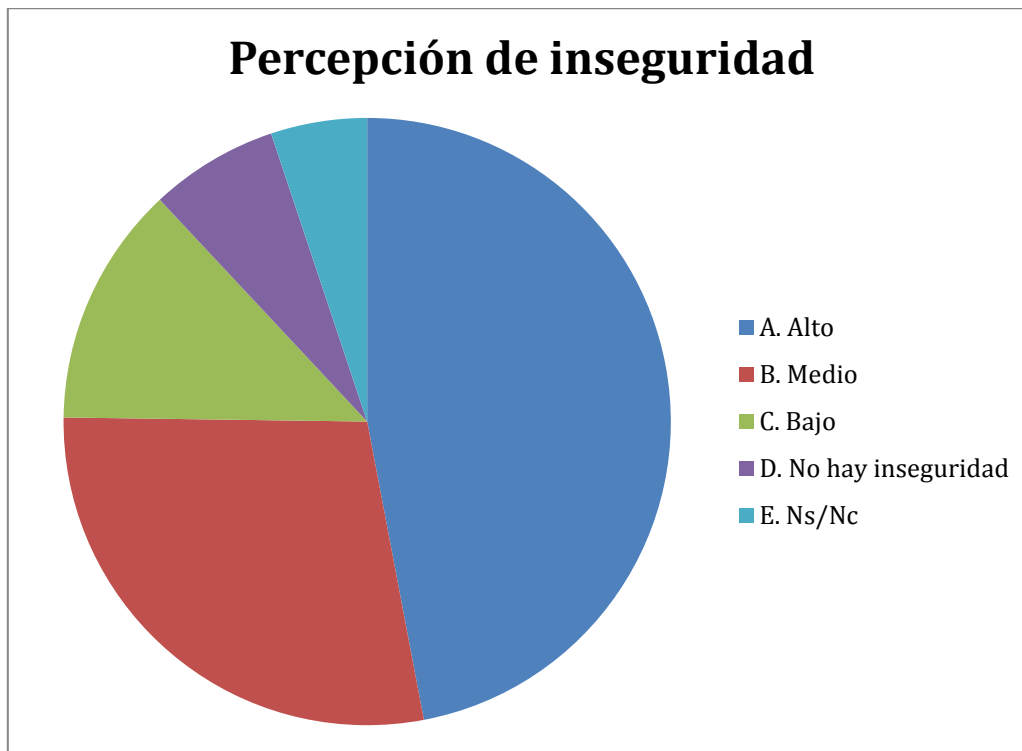


Grafico N°12

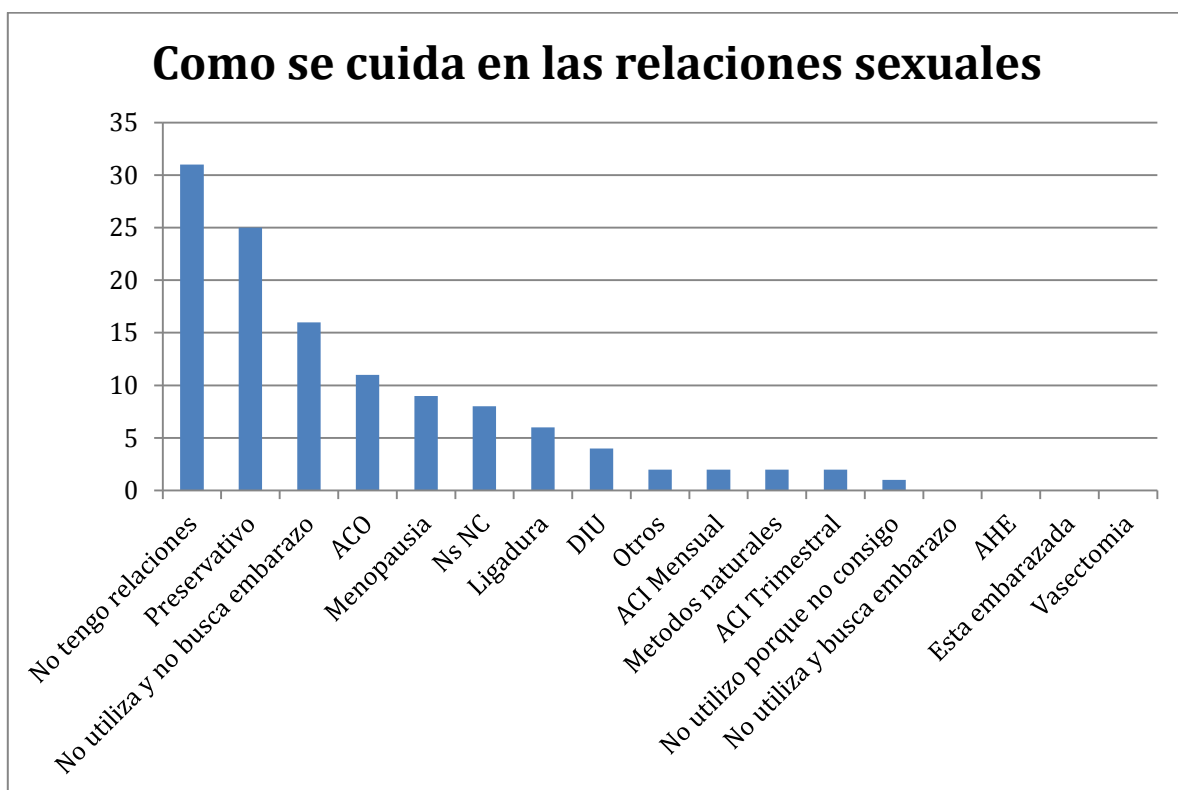


Grafico N°13

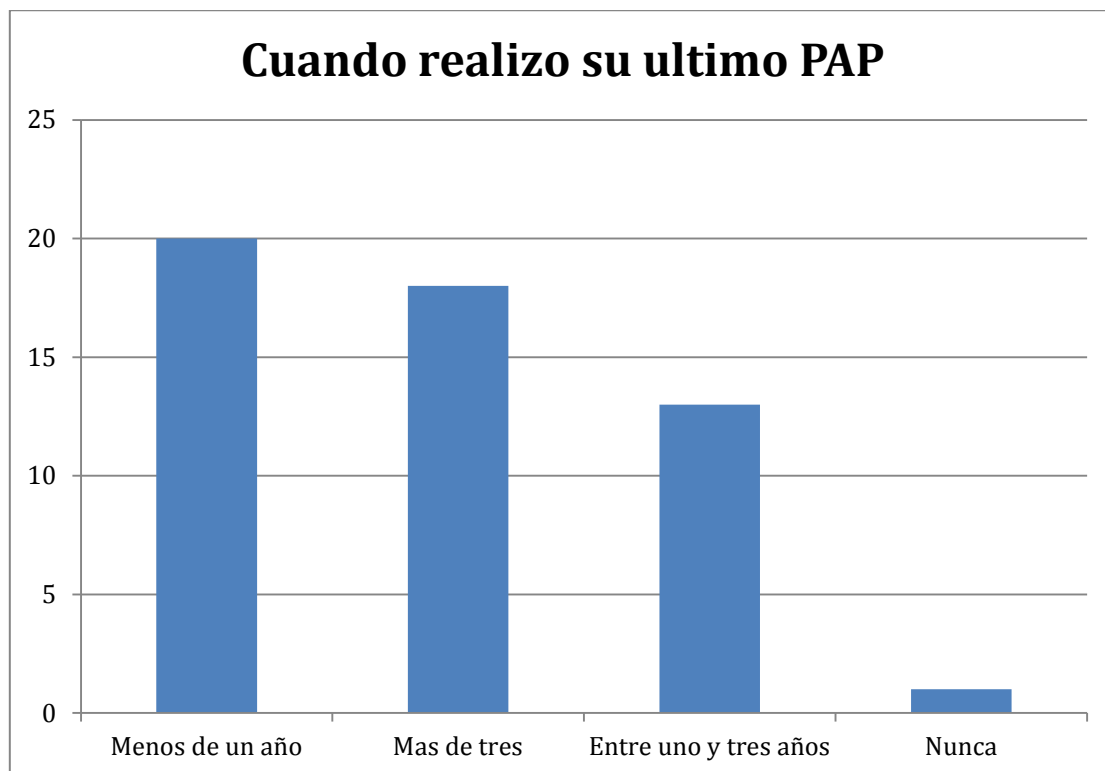


Grafico N°14