



Distancias entre datos epidemiológicos y percepciones sanitarias sobre morbilidad y mortalidad en Villa La Angostura, Neuquén, Argentina

Discrepancies Between Epidemiological Data and Health Perceptions Regarding Morbidity and Mortality in Villa La Angostura, Neuquén, Argentina

Distâncias entre Dados Epidemiológicos e Percepções em Saúde sobre Morbimortalidade em Villa La Angostura, Neuquén, Argentina

Valeria Inés Puricelli^{a1}

^a  vipuricelli@gmail.com  0000-0002-7637-7985

¹ Universidad Nacional de Río Negro, Bariloche, Río Negro, Argentina

Recibido: 09-02-2026 • Aceptado: 01-08-2026 • Publicado: 01-01-2026

Resumen

Este estudio analiza y compara datos epidemiológicos con percepciones de trabajadores/as sanitarios/as sobre la enfermedad y mortalidad, a fines complementar y enriquecer las distintas perspectivas. Mediante metodología mixta, analizamos estadísticamente registros de morbilidad y mortalidad disponible (2018-2022) y entrevistamos a trabajadores/as de un centro de salud de Villa La Angostura, Neuquén, explorando sus percepciones sobre los problemas de salud y mortalidad en el barrio. Las enfermedades registradas más comunes son infecciones respiratorias, estrés, diabetes e hipertensión. Los tumores y enfermedades circulatorias destacan en mortalidad departamental. Los/as entrevistados/as señalan que la precariedad habitacional y laboral, el analfabetismo y la contaminación ambiental agravan la salud y limita los cuidados. La metodología cualitativa permitió otorgar significado a los resultados cuantitativos y acceder a aspectos de la realidad sociosanitaria que no son posibles de ser codificados. Este trabajo resalta la importancia de la articulación metodológica para la comprensión de un fenómeno complejo como la salud/enfermedad.

Palabras claves : Atención primaria de la salud; morbilidad; epidemiología sociocultural

Abstract

This study analyzes and compares epidemiological data with healthcare workers' perceptions of disease and mortality in order to complement and enrich different perspectives on health. Using a mixed-methods approach, we statistically analyzed available morbidity and mortality records (2018–2022) and conducted interviews with healthcare workers at a primary health care center in Villa La Angostura, Neuquén, exploring their perceptions of health problems and mortality within the community. The most frequently recorded diseases were respiratory infections, stress-related conditions, diabetes, and hypertension. Tumors and circulatory diseases were the leading causes of mortality at the departmental level. Interviewees emphasized that housing and employment insecurity, illiteracy, and environmental pollution exacerbate health problems and limit access to adequate care. The qualitative methodology made it

possible to provide meaning and context to the quantitative findings and to access aspects of the socio-health reality that cannot be captured through coding and statistical records alone. This study highlights the importance of methodological integration for understanding a complex phenomenon such as the health-disease process.

Keywords : Primary Health Care; Morbidity and Mortality; Sociocultural Epidemiology

Resumo

Este estudo analisa e compara dados epidemiológicos com as percepções de trabalhadores/as da saúde sobre doença e mortalidade, com o objetivo de complementar e enriquecer diferentes perspectivas. Por meio de uma metodologia mista, analisamos estatisticamente os registros disponíveis de morbimortalidade (2018–2022) e realizamos entrevistas com trabalhadores/as de um centro de saúde de Villa La Angostura, Neuquén, explorando suas percepções sobre os problemas de saúde e mortalidade no bairro. As doenças mais frequentemente registradas foram infecções respiratórias, estresse, diabetes e hipertensão. Os tumores e as doenças do aparelho circulatório destacam-se como as principais causas de mortalidade no departamento. Os/as entrevistados/as apontam que a precariedade habitacional e laboral, o analfabetismo e a poluição ambiental agravam os problemas de saúde e limitam os cuidados. A metodologia qualitativa permitiu atribuir significado aos resultados quantitativos e acessar aspectos da realidade socio-sanitária que não podem ser captados por meio de registros e codificações estatísticas. Este trabalho destaca a importância da articulação metodológica para a compreensão de um fenômeno complexo como o processo saúde-doença.

Palavras-chave : Atenção Primária à Saúde; Morbimortalidade; Epidemiologia Sociocultural

Introducción

La información sanitaria es esencial para comprender la situación de salud de una población. Permite conocer la evolución de las enfermedades, predecir su comportamiento, orientar las intervenciones sanitarias y asignar recursos. Sin embargo, se han descrito algunos problemas en torno a su registro que dificultan su utilidad para dar soporte a la gestión (Alazraqui, Mota y Spinelli 2006). Las unidades de información locales (hospitales y centros de salud) producen datos que elevan a niveles centrales (provincial y nacional) donde son procesados y publicados como datos agregados. Su agregación reduce la especificidad y tiende a ocultar las particularidades propias del contexto local, las cuales resultan fundamentales para la generación de conocimiento y la implementación de intervenciones efectivas en dicho nivel (Alazraqui, Mota y Spinelli 2007).

A su vez, los datos epidemiológicos, cuando se recogen solo a través de métodos tradicionales como encuestas o registros clínicos, pueden no capturar la situación de salud de la comunidad en su complejidad. En este sentido, autores de la antropología médica (Ramírez Hita 2009; Scheper Hughes 2000; Menéndez 2008) han señalado que los datos epidemiológicos son construcciones metodológicas e ideológicas de la realidad que revelan los valores sociales básicos. En Argentina, los trabajadores/as de salud codifican sus prestaciones utilizando clasificaciones como el CIE-10, SNOMED-CT. En 2018, Argentina se unió a SNOMED-CT Internacional en 2018, adoptando esta terminología para la implementación de su infraestructura nacional de información de salud. Este tipo de clasificaciones refleja un sesgo hacia definiciones predominantemente biológicas de la enfermedad (*disease*), que omite la experiencia subjetiva del padecimiento (*illness*) y sus significados sociales. En este sentido, autores/as de la antropología médica (Menéndez 2008; 2015; Ramírez Hita 2010) han señalado que los datos epidemiológicos son construcciones metodológicas e ideológicas de la realidad que revelan los valores sociales básicos. La antropología médica analiza cómo las enfermedades adquieren significados

específicos según las categorías sociales y culturales del grupo estudiado, donde los síntomas son vistos como expresiones de los valores, creencias y significados de la cultura. El enfoque biologicista, unicausal e individualista, además, limitaría la captación de procesos políticos, socioeconómicos, culturales, como han señalado varios autores (Scheper Hughes 2000; Ramírez Hita 2009; 2010; Diez Roux 2012; Menéndez 2020a), dificultando la comprensión plena de los contextos en los que surgen y se reproducen las enfermedades.

Dado que los datos sanitarios son fundamentales para la gestión y el desarrollo de políticas públicas, estas limitaciones pueden impactar negativamente en la capacidad de formular intervenciones ajustadas a las necesidades de la población.

Por lo descrito, se desprende que la complejidad del proceso de salud/enfermedad supera las metodologías, técnicas y categorías analíticas de los estrechos marcos disciplinares (Grimberg 1998). En este sentido, la epidemiología sociocultural (Ramírez Hita 2009; 2010; 2013; Menéndez 2008; Haro 2011) brinda elementos metodológicos de modo de poder indagar y analizar la realidad sanitaria a partir de los datos estadísticos en articulación con la diversidad de voces de los actores significativos. Dentro de este campo, algunos trabajos (Ramírez Hita 2009; 2010; Briggs 2017) han demostrado el valor que adquiere la metodología cualitativa para complementar, enriquecer y otorgar sentido a los datos epidemiológicos, a partir del conocimiento social que poseen los protagonistas involucrados en el proceso salud/enfermedad/atención.

El presente artículo forma parte de una investigación doctoral en curso en Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Río Negro. Este estudio específico sobre la morbilidad en el barrio Raihué constituye la fase inicial de un proyecto más extenso, cuyo propósito principal es analizar las prácticas de cuidado de la salud de las personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles en contextos de vulnerabilidad social en Villa La Angostura, Neuquén. Los resultados preliminares presentados aquí contribuyen a caracterizar el contexto epidemiológico y sociocultural donde se desarrollarán las siguientes fases de la investigación. En este sentido, como primer paso, buscamos identificar las enfermedades y causas de mortalidad en el barrio, pero nos encontramos con una falta de datos estadísticos específicos a nivel local. La información disponible era a escala departamental y no había datos resumidos sobre incidencia y prevalencia de enfermedades en la localidad ni en el barrio. Por ello, adoptamos un enfoque metodológico mixto: analizamos los registros de mortalidad departamental y los registros de atención en el centro de salud (CS) Comahue en el barrio Raihué. Además, exploramos las percepciones de los trabajadores/as del CS, sobre los principales problemas de salud y mortalidad de la población asistida. Así, planteamos la pregunta de investigación: ¿de qué manera las percepciones de los equipos de atención primaria se alinean, difieren, complementan o enriquecen los datos de morbilidad? El objetivo del artículo es analizar y comparar los datos de morbilidad disponibles (2018-2022) con las percepciones de los/as trabajadores/as del CS.

A modo de contextualización, Villa La Angostura está ubicada sobre la ruta nacional 40, al sur de la provincia de Neuquén, Argentina. Para el año 2022, el departamento de Los Lagos (que incluye Villa La Angostura y Villa Traful) contaba con una población de 15 555 habitantes (Dirección provincial de estadísticas y censos 2023). Es un enclave turístico de alto nivel social, en los últimos años se ha visto una importante expansión inmobiliaria hotelera y de barrios privados (Fernández 2022). La actividad turística presenta una fuerte estacionalidad, con mayores flujos en verano y en invierno, que se replica en una discontinuidad temporal del empleo. Los datos estadísticos socioeconómicos¹⁴ muestran que

hay sectores de la localidad marcadamente vulnerables, revelando una gran desigualdad social. El barrio Raihué presenta el mayor índice de Necesidades Básicas Insatisfechas de la localidad (11,2%) y la mayor densidad poblacional (Dirección provincial de estadísticas y censos 2023), que contrasta con los barrios privados como Cumelén Country Club entre otros. El sistema de salud local se compone principalmente por el subsector público contando con un hospital de complejidad IV (hospital de mediana complejidad), tres centros de salud urbanos y uno rural (Villa Traful). El CS Comahue (urbano) se encuentra en la zona más poblada de la localidad (a 1,4 km del hospital local). Su área programática abarca nueve barrios, entre ellos Raihué. Los/as trabajadores/as del CS pertenecen a distintas disciplinas básicas: medicina general, agentes sanitarios, trabajo social, salud mental, personal administrativo, fonoaudiología, odontología, nutricionista, pediatría y clínica.

Materiales y Métodos

A fines de conocer el perfil de morbilidad, relevamos la base de datos en bruto en formato Excel de las prestaciones realizadas por el CS Comahue durante los años 2018 a 2022. Es importante señalar que, durante los años 2020, 2021 y 2022, el funcionamiento de los centros de salud de la localidad se vio significativamente afectado por la emergencia sanitaria por COVID-19 decretada en marzo de 2020 por la OMS, lo que reorientó las actividades asistenciales hacia la atención de personas afectadas por esta enfermedad. La unidad de análisis fue cada prestación realizada por el CS cuyas variables consistían en edad, sexo, código de la prestación (CIE10 y SNOMED-CT), servicio interviniente y cobertura sanitaria. Cabe destacar que para los años 2018 y hasta septiembre de 2019, las prestaciones se codificaban únicamente según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión (CIE10). A partir de septiembre de 2019, con la implementación de la historia clínica informatizada, las prestaciones comenzaron a codificarse también con la terminología clínica denominada SNOMED-CT. En el CS se utiliza la historia clínica digital donde codifican las prestaciones realizadas. Para conocer la frecuencia de aparición de las enfermedades, unificamos los códigos CIE10 con criterio de similitud. Este proceso de unificación implicó agrupar códigos relacionados bajo una misma categoría diagnóstica. Por ejemplo, los códigos E10, E11, E13 y E14 fueron agrupados como “diabetes”, y los códigos Z00.0, Z00.8, Z02.1, Z02.7, Z02.8 y Z76 como “control clínico”. Esta estrategia permitió sintetizar la diversidad de códigos en categorías analíticas más manejables. Pero luego, al constatar que no todas las prestaciones estaban codificadas con CIE10, incluimos de forma manual las prestaciones codificadas con SNOMED-CT, lo que resultó en un mayor número y variedad de problemas de salud.

Con respecto a la mortalidad, analizamos los registros de mortalidad del Departamento de Los Lagos (que incluye Villa La Angostura y Villa Traful, esta última una pequeña localidad de alrededor de 1000 habitantes) de los años 2018 a 2022 provistos por la Dirección Provincial de Información Sanitaria y por la Dirección Nacional de Estadísticas e Información Sanitaria, ya que fue el menor nivel de agregación de datos disponible. La unidad de análisis fue cada caso de muerte, con variables en sexo, edad y “causa básica” de deceso codificada con CIE10. Esta información proviene del certificado de defunción que confecciona el personal sanitario y luego se eleva a nivel provincial y nacional. Organizamos los datos de acuerdo con la clasificación ARG IV (Organización Panamericana de la salud 2017).

En forma paralela, propusimos la metodología cualitativa a fines de recuperar las perspectivas de los agentes significativos (Guber 2004). La unidad de recolección de datos ha sido los/as trabajadores/as del CS Comahue. Utilizamos la entrevista como técnica de producción de información a partir de las miradas acerca de los principales “problemas de salud/enfermedad” y causas de mortalidad que reconocían.

Realizamos el trabajo de campo entre los meses de marzo y julio de 2023, con visitas posteriores entre septiembre y octubre del mismo año. Realizamos 18 entrevistas semiestructuradas (entre una y tres a cada interlocutor/a) a 12 integrantes de los servicios de medicina general, enfermería, agentes sanitarios, administrativo, psicología y trabajo social a fines de poder tener diferentes perspectivas. Presentaremos fragmentos de las entrevistas que ejemplificar nuestros argumentos, citados en forma *verbatim* entre comillas y en letra cursiva. Las personas entrevistadas se ofrecieron voluntariamente previo consentimiento informado. Optamos por colocar un nombre ficticio a las personas y a los lugares (barrio y centro de salud) para garantizar la confidencialidad de nuestros/as interlocutores/as. El trabajo ha sido aprobado por el comité de bioética de la provincia de Neuquén bajo el Registro de Investigación en Salud (RIS) 15.00.22. Para garantizar la confidencialidad de nuestros/as interlocutores/as, se utilizaron nombres ficticios tanto para el barrio en estudio como para el Centro de salud.

Resultados

Análisis cuantitativo de la morbilidad

El total de prestaciones del CS analizadas fue de 49 017 entre 2018 y 2022. En la tabla 1 mostramos los 20 códigos más frecuentes colocados por los/as trabajadores/as del CS. Observamos que las principales prestaciones (57,5%) corresponden a población sana que asiste a realizar un control de salud (clínico, de niños/as o adolescente o ginecobstétrico). Con respecto a los problemas de salud codificados, las infecciones de vía aérea superior, la ansiedad/estrés, infecciones de vía aérea inferior y lumbalgia ocupan los primeros lugares. La diabetes y la hipertensión arterial son las principales enfermedades crónicas no transmisibles diagnosticadas.

Tabla 1

Primeras 20 prestaciones codificadas por los/as trabajadores/as, Centro de Salud Comahue, años 2018 a 2022

Tabla 1. Primeras 20 prestaciones codificadas por los/as trabajadores/as, Centro de Salud Comahue, años 2018 a 2022		
Categoría CIE10	Total	%
Control clínico general	3835	27,7
Control de niño/as sano/ y adolescente	1720	12,4
Control ginecológico de rutina	1389	10
Infección Vía Aérea Superior aguda	1117	8,1
Control de embarazo y posparto	1022	7,4
Ansiedad/estrés	856	6,2
Diabetes	442	3,2
Infección Vía Aérea Inferior aguda	428	3,1
Lumbalgia	388	2,8
Hipertensión arterial	372	2,7
Dolor abdominal	358	2,6
Hipotiroidismo/alt tiroidea	309	2,2
Diarrea	275	2
Gastritis-dispepsia	246	1,8
Infección urinaria	205	1,5
Depresión	202	1,5
Obesidad	179	1,3
Cefalea y migraña	176	1,3
Infecciones de la piel	167	1,2
Total	13844	100

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos de prestaciones del CS Comahue, 2024

Con respecto a la mortalidad, en el quinquenio de 2018 a 2022 hubo 321 fallecimientos (tabla 2) en el departamento de Los Lagos. La mayor cantidad de muertes ocurrió en 2021 y 2022 en el contexto de la pandemia por COVID-19. Los tumores y las enfermedades circulatorias han ocupado el primer y segundo lugar de causa de mortalidad, excepto en 2021 cuando la primera causa fue COVID-19. El tercer lugar ha sido ocupado por las enfermedades del sistema respiratorio y las causas externas, y el quinto por complicaciones de la diabetes mellitus (a excepción del 2021).

Dentro del grupo de causas externas, los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar (9;28,1%), seguido por los suicidios (8; 25%). En este grupo se observa un claro predominio de sexo masculino (razón hombre/mujer 2.8) y del grupo etario de 15 a 44 años.

Con respecto a la mortalidad por COVID-19, la mayor cantidad de fallecidos ocurrió en 2021 con 43 casos. Los afectados fueron principalmente varones (69,6%) y en ambos sexos más de la mitad (57,1%) correspondió a mayores de 65 años.

Tabla 2
Causas de mortalidad agrupadas según la clasificación ARG IV, período 2018 a 2022, Villa La Angostura.

Tabla 2. Causas de mortalidad agrupadas según la clasificación ARG IV, período 2018 a 2022, Villa La Angostura.							
Causas ARGIV	2018	2019	2020	2021	2022	Total	%
Tumores	11	14	13	14	14	66	20,6
Sistema circulatorio	12	15	5	11	16	59	18,4
COVID-19			4	43	9	56	17,4
Sistema respiratorio	6	9	5	6	6	32	10,0
Causas externas	6	4	5	9	8	32	10,0
Enfermedades del hígado	2	2	3	3	1	11	3,4
Diabetes mellitus	5	3	1		3	12	3,7
Sistema urinario	2		3		0	5	1,6
Malformaciones congénitas	2		1	1	1	5	1,6
Trastornos mentales	1			2	0	3	0,9
Enfermedades infecciosas	1	1		1		3	0,9
Alzheimer	1	1				2	0,6
Apendicitis y obstrucción intestinal				2		2	0,6
Afecciones perinatales		1				1	0,3
Meningitis				1		1	0,3
Trastorno metabólico				1		1	0,3
Demás causas definidas	2	3	2	5	6	18	5,6
Mal definidas y desconocidas	2	1	3	1	5	12	3,7
Total	53	54	45	100	69	321	100

Fuente: Elaboración propia en base a información brindada por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, 2024

Percepciones de los/as trabajadores/as del Centro de Salud Comahue sobre los problemas de salud de las personas del barrio Raihué

Al indagar sobre los problemas de salud/enfermedad en el barrio Raihué, los/as trabajadores/as del CS destacan las condiciones de vida, vivienda y trabajo de la población, y su impacto en el proceso salud/enfermedad de la población.

Noelia (agente sanitaria) señala que las personas postergan sus propios problemas de salud para atender cuestiones habitacionales: “ *se viene el invierno, [...] tiene la chapa rota y les cae agua [...] no tienen gas, o no tienen ventanas*”. La misma situación fue señalada por Mónica (enfermera): “ *cuando uno no tiene donde vivir o cómo subsistir, lo que menos te importa es cómo te estás alimentando* ”.

La alta demanda de alquiler turístico deriva en inestabilidad habitacional (alquileres por pocos meses, mudanzas continuas, incertidumbre de si poder conseguir vivienda) que genera ansiedad o angustia. Como destaca Julieta (psicóloga): “ *lo habitacional es algo que los angustia permanentemente porque es una inestabilidad muy grande* ”. Por este motivo, existe una sobrepoblación en los terrenos familiares. Florencia (trabajadora social) identificó “ *hacinamiento crítico* ”, incluso familias viviendo “ *en carpas* ” o en “ *un container* ”.

Mirta (enfermera) y Carolina (administrativa) hacen referencia a las condiciones de trabajo, la mayoría realiza “ *changas* ” o trabajan “ *full time en temporada* ”, “ *en negro* ”. Los hombres trabajan en la construcción y las mujeres como mucamas de hoteles o cabañas turísticas. Esto condiciona el acceso a licencias médicas por enfermedad y la realización de estudios clínicos o asistir a prestaciones fuera de la localidad. Ellas les facilitan el primer turno de la mañana para que no “ *pierdan el día de paga* ” ya que “ *tienen que elegir entre trabajar o venir al médico* ”, así, postergan los controles de enfermedad crónica.

La mayoría de las personas que se atienden en el CS no poseen cobertura sanitaria, lo cual dilata las derivaciones a especialidades de otras localidades. Por ejemplo, para la atención por un gastroenterólogo hay demoras de hasta seis meses “ *y cuando llegás a dar el diagnóstico* [de cáncer de colon] *no hay nada para hacer* ” (Carolina). Para facilitar la accesibilidad al CS decidieron otorgar “ *turnos programados* ” para “ *captar* ” a quienes hace mucho “ *que no se controlan* ” y que consideran que deben ser atendidos sin demora.

A su vez, Carolina percibe que “ *la urbanización del barrio ha sido relegada* ”, las calles son de tierra, no tienen cordón cuneta, las casas no cuentan con desagües cloacales y los pozos ciegos se filtran contaminando la tierra alrededor, las napas y los canales que desembocan en la laguna Pichunko. Y refiere que una zona del barrio está asentada sobre un basurero municipal que ha sido rellenado. José (médico generalista) refiere que, si bien no conoce los datos estadísticos, esta situación podría ser causa de diarreas.

El analfabetismo de personas adultas mayores provenientes de áreas rurales de Chile y Argentina es un problema identificado por la agente sanitaria y por la enfermera más antigua del CS. Afirman que dificulta la adherencia a los tratamientos médicos, al no poder leer las prescripciones. Por ello, le preparan los pastilleros con símbolos inteligibles.

A su vez, la violencia es identificada como un problema importante en el barrio. “ *La violencia es la primera causa de enfermedades crónicas* ” afirma Julia (médica generalista). Observan las modalidades de género, intrafamiliar, entre “ *los pibes del barrio* ” y “ *en la escuela* ”. Clara (médica generalista) y Mirta (enfermera) señalan que muchos incidentes de violencia extrema han ocurrido en Raihué o involucran a personas de esta zona.

Mirta explica que desde el CS realizan un seguimiento más activo de las personas que transitan “ *situaciones complejas de salud* ”. Se refiere a personas con dificultad económica, inestabilidad habitacional importante, movilidad reducida, problemas emocionales significativos, consumo problemático de sustancias y adultos/as mayores que viven solos/as. Este seguimiento “ *activo* ” consiste en la entrega de un turno “ *programado* ”, seguimiento telefónico o atención domiciliaria, según el caso. Las personas que requieren un “ *seguimiento activo* ” están registradas en una planilla de Excel que los/as trabajadores/as comparten a través de una plataforma virtual. Según José, médico

generalista, “ *el Drive* ” fue implementado para suplir la falta de una herramienta específica de registro sobre la situación de salud de ciertos grupos poblacionales, como personas con diabetes, mujeres embarazadas, y niños/as, entre otros.

La falta de lazos familiares de las personas adultas mayores fue destacada por Mónica y Francisco (médico generalista) quien califica como “*el problema de salud más frecuente, porque cuando son hipertensos, tienen problemas para hacerse los laboratorios, tomar la medicación*”, generando la necesidad de un seguimiento más cercano o “*atención activa*”.

En relación con la mortalidad, José y Clara (médicos generalistas) afirman que en el último año (2023), han asistido a tres personas con cáncer en etapa terminal. El cáncer ha sido identificado como una de las principales enfermedades que están afectando a las personas que atienden. Mencionaron tumores de colon o digestivos (estómago, esófago, páncreas), útero, mama y pulmón. Si bien José adjudica el estadio avanzado de estos casos a que, durante la pandemia se frenaron las prestaciones de rastreo, detección o control de las enfermedades, Mirta (enfermera) refiere que el seguimiento domiciliario para brindar cuidados paliativos ya ha venido aumentando en los últimos años. El aumento de los casos de cáncer ha sido referido como un problema preocupante por la mayoría de los/as trabajadores/as del CS, ya que estuvieron frente a casos en personas jóvenes con rápida evolución.

En la tabla 3 presentamos en forma resumida los problemas de salud/enfermedad que perciben los/as trabajadores/as del CS que afectan a la población que asisten.

Tabla 3

Problemas relacionados con la salud/enfermedad percibidos por los/as trabajadores/as del CS Comahue, Villa La Angostura

Tabla 3. Problemas relacionados con la salud/enfermedad percibidos por los/as trabajadores/as del CS Comahue, Villa La Angostura.

Problemas de salud/enfermedad percibidos

Salud mental

Cáncer

Violencia (incluida de género)

Problemas relacionados con la vivienda

Problemas relacionados con el trabajo e ingresos económicos

Contaminación ambiental

Hipertensión arterial

Diabetes

Alimentación no saludable

Alcoholismo y consumo de sustancias

Soledad/falta de lazos sociales

Hipotiroidismo

EPOC

Discapacidad

Perros sueltos (mordedura)

Hidatidosis

Abuso sexual

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas, 2024.

Discusión

Las principales causas de enfermedad y mortalidad obtenidas a partir del análisis estadístico reflejan una realidad compleja, donde los datos adquieren sentido al contextualizarlos.

Enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades circulatorias son las más prevalentes, un fenómeno que los/as trabajadores/as del CS atribuyen en parte a las restricciones alimentarias derivadas de las limitaciones económicas. Las condiciones laborales precarias, el analfabetismo, la falta de lazos sociales fueron señalados como una limitación para una correcta adhesión al tratamiento y cuidados. La ansiedad y angustia son algunos de los diagnósticos más comunes, que ven vinculados con la inestabilidad habitacional y la precariedad laboral. El alcoholismo y el consumo de sustancias, aunque identificados como problemas relevantes, no figuran explícitamente en los registros. Estos podrían estar enmascarados, como señala Menéndez (2020b), bajo categorías como agresiones, accidentes de tránsito, suicidios o hígado cirrótico.

Las infecciones de vía aérea superior e inferior, la diarrea y gastroenteritis, fueron las principales infecciones codificadas, donde la contaminación ambiental y las deficientes condiciones de habitabilidad conforman el contexto donde éstas se desarrollan.

Los/as trabajadores/as también identifican y abordan situaciones de violencia, percepción que podría verse reflejada en los casos de mortalidad por agresiones y suicidios, aunque los datos disponibles se limitan a la escala departamental.

De igual forma, advierten un aumento en las muertes por cáncer, en línea con las cifras departamentales. Este incremento es interpretado como resultado de problemas de salud imbricados entre sí, como el alcoholismo, la contaminación ambiental y las dificultades del sistema de salud para realizar diagnósticos precoces y derivaciones oportunas.

El análisis de las percepciones de los trabajadores/as de salud otorgó sentido a los datos epidemiológicos desde una perspectiva local, permitiendo contextualizar los problemas de salud y enfermedad en su complejidad sociocultural. Este trabajo fue un puntapié inicial, pero destacamos la importancia de considerar múltiples fuentes para una comprensión integral de la salud. Nancy Scheper-Hughes (2000), en su trabajo sobre mortalidad infantil, complementa estadísticas oficiales de mortalidad infantil con datos etnográficos obtenidos en velorios y cementerios, enriqueciendo significativamente la interpretación de los fenómenos estudiados. De forme similar, Eduardo Menéndez (2008), señala la importancia de incorporar en los registros aquellos padecimientos que solo pueden comprenderse dentro de su contexto cultural, como el caso de la venganza de sangre, un tipo específico de homicidio que usualmente se codifica en los certificados de defunción como homicidio simple, perdiendo así su dimensión particular.

Como hemos mencionado, al inicio de la investigación, no se disponía de datos de incidencia y prevalencia de enfermedades ni de mortalidad a nivel local ni en el barrio en estudio. El análisis de las prestaciones del centro de salud proporcionó una aproximación a la situación de salud local, aunque reconocemos las limitaciones de extrapolar esta información al conjunto del barrio.

Asimismo, es importante destacar que encontramos que los/as trabajadores/as de salud tampoco cuentan con esta información, lo que restringe el soporte necesario para la gestión sanitaria y la toma de decisiones. Al respecto, Alazraqui et al (2007) destacan la relevancia de producir conocimiento a nivel local para facilitar la planificación en salud. En este sentido, observamos que los/as trabajadores/as desarrollan sus propias herramientas de registro para dar cuenta del estado de salud de determinados grupos poblacionales y planificar acciones que mejoren su salud.

Por otro lado, resulta interesante destacar que de las narrativas de nuestros/as interlocutores/as se desprende una visión que en mayor o menor medida integra y articula distintos aspectos y dimensiones de la vida de las personas. Conocen a las personas, a sus familias y allegados en el consultorio y en los domicilios y dialogan con otros/as actores/as en las redes institucionales que toman contacto con estas familias. Reconocen que el proceso de salud/enfermedad/atención está ligado a un contexto sociocultural complejo, socioeconómicamente condicionado, elementos que suelen quedar fuera del registro estadístico oficial. Domínguez Mon (1991) señala cómo los registros médicos priorizan los datos biológicos sin consignar condiciones de vida o de trabajo de la persona, lo cual dificulta caracterizar a la población destinataria de las estrategias sanitarias. En nuestro trabajo, observamos que los principales problemas de salud codificados refieren a categorías biomédicas de enfermedad. Esto invita a reflexionar si se debe al uso de las clasificaciones de enfermedades (CIE-10, SNOMED-CT) para registrar los problemas de salud.

En este sentido, cuando comparamos la información relevada a partir de las dos fuentes – percepciones y prestaciones del CS – encontramos distancias entre lo que perciben los/as trabajadores/as y lo que está registrado por ellos/as mismos/as. En esencia, queremos señalar que los códigos registrados representan categorías biomédicas; sin embargo, los/as trabajadores/as de salud reconocen la “*complejidad*” de los problemas de salud y enfermedad que afectan a quienes acuden al centro de salud. En consecuencia, son estas percepciones las que permiten a los/as trabajadores/as ajustar y adaptar sus prácticas y estrategias asistenciales. En este proceso de traducción de la dolencia a un código hay una pérdida, una omisión, una reducción. El código individualiza y biologiza la dolencia, de modo que la descontextualiza.

La metodología cualitativa permitió acceder a aspectos de la realidad sociosanitaria de las personas del barrio que no son posibles de ser codificados. De aquí la importancia de la articulación metodológica para acercarse a una comprensión de un fenómeno complejo como la salud/enfermedad.

El análisis de las percepciones de los trabajadores/as de salud ha sido una etapa inicial de la investigación, reconociendo que en próximas investigaciones deberemos incluir las perspectivas de las personas afectadas por enfermedades y de terapeutas de otros sistemas médicos que reconocen enfermedades tradicionales. Destacamos la relevancia de considerar la visión de trabajadores/as de salud en roles no asistenciales, como el personal administrativo, quienes pueden aportar valiosa información sobre el contexto del barrio. Y, como sugiere Ramírez Hita (2010), será fundamental considerar la diferencia en los relatos del personal sanitario según su rol como profesionales o como pacientes.

Relevancia para la investigación en salud

La distancia que encontramos entre los registros epidemiológicos y las percepciones de los/as trabajadores/as, nos permite reflexionar sobre los modos de producir conocimiento sobre el proceso salud/enfermedad/atención. Y abre nuevos interrogantes que ameritan profundizar: ¿quién, cómo y para qué registra?, ¿qué sentidos y significados tiene la práctica de registrar datos sanitarios para los/as trabajadores/as del CS?, ¿qué información es plausible de ser codificada en estos registros?, ¿qué información se puede obtener de los registros y qué no?

Declaraciones

Conflictos de interés

No existe conflicto de interés entre los/as autores/as del artículo.

Declaración de disponibilidad de datos

Todo el conjunto de datos que respalda los resultados de este estudio fue publicado en el propio artículo.

Referencias

- Alazraqui, Marcio, Eduardo Mota, y Hugo Spinelli. 2006. «Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local». *Cadernos de Saúde Pública* 22 (12): 2693-702. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200018>.
- Alazraqui, Marcio, Eduardo Mota, y Hugo Spinelli. 2007. «El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local». *Cadernos de Saúde Pública* 23 (2): 321-30. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200008>.
- Briggs, Charles L. 2017. «Descubriendo una falla trágica en las políticas revolucionarias de salud: Desde las inequidades en salud y comunicación a la justicia comunicativa en salud». *Salud Colectiva* 13 (3): 411-27. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1152>.
- Diez Roux, Ana V. 2012. «¿Qué puede enseñarle la epidemiología de las enfermedades infecciosas a la epidemiología de las enfermedades crónicas?» *Salud Colectiva* 8 (noviembre): 5-7. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652012000300001>.
- Dirección Provincial de Estadística y Censos. Provincia del Neuquén. 2023. «Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022». <https://www.estadisticaneuquen.gob.ar/#/censo2022>.
- Domínguez Mon, Ana. 1991. «¿Enfermedades o población enferma?: Las estadísticas y la construcción social en un servicio de atención de enfermedades de transmisión sexual (ETS)». *Cuadernos de Antropología Social*, n.o 5: 33-56. <https://doi.org/10.34096/cas.i5.4834>.
- Fernández, Belén. 2022. Villa La Angostura tendrá un barrio privado con precios tan caros como Puerto Madero. enero 18. <https://www.cronista.com/negocios/villa-la-angostura-tendra-un-barrio-privado-con-precios-mas-caros-que-puerto-madero/>.
- Grimberg, Mabel. 1998. «Relaciones entre epidemiología y antropología». En *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*, de Miriam Cristina Rabelo, editado por Paulo César B. Alves. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575414040>.
- Guber, Rosana. 2004. *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. 1a. ed. en Editorial Paidós. Paidós Estudios de comunicación 19. Paidós.
- Haro, Jesús Armando. 2011. *Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. 1a ed. Lugar Editorial; Colegio de Sonora.
- Menéndez, Eduardo L. 2008. «Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades». *Región y Sociedad* 20 (2): 5-50. <https://doi.org/10.22198/rys.2008.2.a526>.
- Menéndez, Eduardo L. 2015. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. 1. ed. 1a reimp. Colección Salud colectiva. Lugar Editorial.
- Menéndez, Eduardo L. 2020a. «Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias». *Salud Colectiva* 16 (mayo): e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>.
- Menéndez, Eduardo L. 2020b. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. 1.a ed. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937490>.
- Organización Panamericana de la Salud. 2017. *Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad*. OPS.
- Ramírez Hita, Susana. 2009. «La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí». *Salud Colectiva* 5 (1): 63-85. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.231>.
- Ramírez Hita, Susana. 2010. *Calidad de atención en salud: Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano*. 2da ed. OPS/OMS.
- Ramírez Hita, Susana. 2013. «Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud». En *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: Un debate abierto*, de Oriol Romaní. Publicacions URV. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7682007>.

Scheper Hughes, Nancy. 2000. «Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad Infantil en Brasil». En *Antropología del desarrollo: teorías y estudios etnográficos en América Latina*, de Andreu Viola Recasens. Paidós studio 137. Paidós.

BIODATA

Valeria Inés Puricelli: Doctoranda en Ciencias Sociales y Humanidades en la Universidad Nacional de Río Negro (UNRN) y becaria doctoral del CONICET, bajo la dirección de la Dra. Ana Domínguez Mon y la codirección de la Dra. Susana Ramírez Hita y la Dra. Serena Perner. Magíster en Antropología Médica y Salud Global por la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, España, 2024). Posee además una Diplomatura en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (Instituto Lazarte, Universidad de Rosario, 2018) y una Diplomatura en Estudios de Género (Universidad Tecnológica Nacional, 2017). Es médica por la Universidad de Buenos Aires (2003-2010) y especialista en Medicina General por el Ministerio de Salud de la Nación, con residencia en Medicina General realizada en el Centro de Salud N.º 10 de José León Suárez, San Martín (2010–2014). Integra equipos de investigación de la Universidad Nacional de Río Negro (Sede Andina) y participa en proyectos de investigación en el campo de la antropología médica y la salud colectiva, entre ellos: Cuidados integrales y agencia social comunitaria: los cuidados paliativos en el primer nivel de atención en Bariloche, Río Negro (PI DTT-UNRN VP 2017/40-B-687); Cuidados integrales en cronicidad avanzada y final de vida: género y bioética (UNRN); y Análisis de la distribución temporal y espacial de cáncer en Villa La Angostura (2000–2022) y su asociación con factores socioambientales (UNRN). Su línea de investigación se orienta a la antropología médica, la epidemiología sociocultural y los procesos de cuidado en personas con enfermedades crónicas no transmisibles en la Patagonia andina, Argentina.