

**NIVEL DE SERVICIOS DE SALUD – BECAS DE INICIACIÓN  
(HOSPITALES y CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD)**

**INFORME FINAL ACADÉMICO**



Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología.  
Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2009

**CONSOLIDACIÓN DE UNA RED COMUNITARIA, COMO ESPACIO DE  
FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.  
ESTUDIO CUANTI – CUALITATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE  
SALUD DEL MUNICIPIO DE MALVINAS ARGENTINAS, PROVINCIA DE CÓRDOBA**

**Nombre del becario: Burrone, María Soledad**

**Director de la beca: Fernández, Alicia Ruth**

**Lugar donde desarrolla la beca: Universidad Nacional de Córdoba**

# **INFORME FINAL ACADÉMICO**

**Fuente (s) de financiamiento:**

**“El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca  
“Ramón Carrillo-Arturo Oñativia” a nivel de Servicios de Salud, Categoría Iniciación,  
otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional  
Salud, Ciencia y Tecnología.”**

RESPETÁNDO LOS TÍTULOS, UTILICE LA CANTIDAD DE PÁGINAS NECESARIAS, NO EXCEDIENDO LAS 50 ESTABLECIDAS

**1. PORTADA**

**1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

**CONSOLIDACIÓN DE UNA RED COMUNITARIA, COMO ESPACIO DE FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ESTUDIO CUANTI – CUALITATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MALVINAS ARGENTINAS, PROVINCIA DE CÓRDOBA**

**1.2. AUTORES**

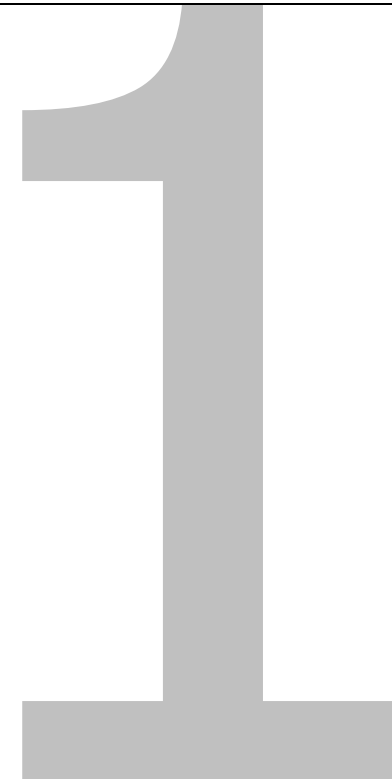
**Burrone María Soledad**

**Acosta Laura**

**Lucchese Marcela**

**Enders Julio**

**Fernández Ruth**



## 2. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

### AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE LA OBRA

Por intermedio de la presente, los beneficiarios de la Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia, de ahora en más **Autores** y la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, de ahora en más la **Comisión** convienen en acordar los siguientes puntos:

1. Los **Autores** autorizan a la **Comisión**, a publicar su trabajo de investigación en formato libro y en distintos soportes.
2. Los autores ceden en “carácter no exclusivo” la facultad de imprimirlo, reimprimirlo o replicarlo de forma ilimitada, dejando claro que no existirán beneficios económicos para, los **Autores**, la **Comisión** o terceros.
3. El trabajo de investigación de los autores estará disponible en la web para ser accedido en forma libre y gratuita.
4. La **Comisión** reconoce que el derecho de propiedad de la obra corresponde a los autores.
5. La **Comisión** como editora, se responsabilizará del registro de la obra que le compete por Ley (ISBN; Catalogación en fuente e Inscripción de Obra Publicada).
6. La **Comisión** hace responsables a los autores de la obra por plagio a terceros.

**Título de la obra: CONSOLIDACIÓN DE UNA RED COMUNITARIA, COMO ESPACIO DE FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ESTUDIO CUANTI – CUALITATIVO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MALVINAS ARGENTINAS, PROVINCIA DE CÓRDOBA**

Firma aclaración y Fecha de cada autor

1er.

2er.

3er.

4to.

5to.

**Por Comisión Nacional Salud Investiga**

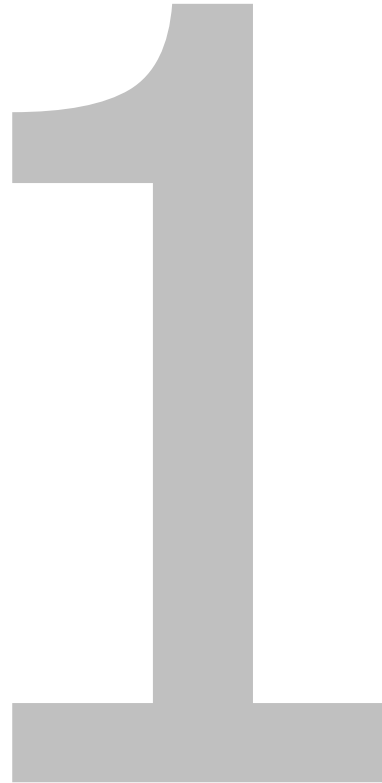
Firma

aclaración

Fecha

### 3. ÍNDICE

<b>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	2
<b>AUTORES</b> .....	2
<b>DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES</b> .....	3
<b>EQUIPO RESPONSABLE DEL ESTUDIO</b> .....	5
<b>ACERCA DEL AUTOR</b> .....	6
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	7
<b>RESUMEN</b> .....	8
<b>PALABRAS CLAVES</b> .....	8
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>OBJETIVOS</b> .....	11
<b>METODOLOGÍA</b> .....	12
<b>RESULTADOS</b> .....	16
<b>TABLAS Y GRÁFICOS</b> .....	33
<b>DISCUSIÓN</b> .....	38
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	46
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	48
<b>ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS</b> .....	51



#### 4. EQUIPO RESPONSABLE DEL ESTUDIO.

Med. Burrone, María Soledad

Lic. Acosta, Laura

Lic. Lucchese, Marcela

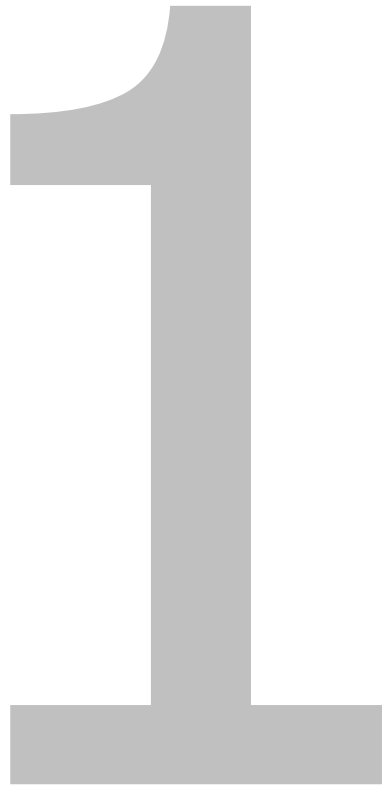
Prof. Dr. Enders, Julio

Prof. Dra. Fernández, Ruth

Dra. Vidal Andrea

Dra. Lopez de Neira

Dr. Estario Juan Carlos



## 5. ACERCA DEL AUTOR (C.V. ABREVIADO: Hasta 120 palabras por autor)

**María Soledad Burrone:** Médica cirujana. Facultad de Ciencias Médicas (FCM)- Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Posgrado en Clínica Médica Ambulatoria. Posgrado en Metodología de la INVESTIGACIÓN. MSN-UNC. Maestrando en Salud Pública. FCM-UNC. Docente universitaria de grado y docente de la Escuela de Salud Pública de FCM. Investigadora con actividades en beca (5), subsidios (3) y participación en tres proyectos de investigación. Publicaciones Científicas: 3 textos completos y 17 resúmenes. Divulgación: 1. Presentaciones en Congresos: 26.

**Alicia Ruth Fernández:** Doctora en Medicina y Cirugía y Especialista en Docencia Universitaria. Profesora Titular de la Facultad de Ciencias Médicas. Directora del Departamento de Admisión. Miembro de la Comisión de Doctorado. Integrante del Consejo de Investigación Científica de la Escuela de Salud Pública y de la Comisión de Investigación Clínica de SECyT-UNC. Docente Categorizada. Directora de Tesis Doctorales y de Tesis de Maestría. Evaluadora de CONEAU. Directora y disertante de cursos de posgrado, maestrías y doctorados. Investigadora con publicaciones en revistas nacionales e internacionales, participación en la organización de eventos científicos, colaboración y dirección de proyectos de investigación. Evaluadora externa en el área de la salud, de proyectos de investigación de instituciones científicas nacionales y de otros países latinoamericanos. Consultora de organismos nacionales e internacionales.

**Julio Enrique Enders:** Doctor en Ciencias Químicas. Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas. Miembro de la Comisión de Enseñanza del HCD. Miembro de la Comisión de Doctorado de la Secretaría de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas. Docente Categorizado. Director de Tesis Doctorales y de Tesis de Maestría. Evaluador de CONEAU. Director y disertante de cursos de posgrado, maestrías y doctorados. Investigador con publicaciones en revistas nacionales e internacionales, participación en la organización de eventos científicos, colaboración y dirección de proyectos de investigación. Evaluador externa en el área de la salud, de proyectos de investigación de instituciones científicas nacionales y de otros países latinoamericanos. Consultor de organismos nacionales e internacionales.

**Laura Acosta:** Licenciada en Nutrición.- Becaria del Programa de Formación de Investigadores de la Escuela de Salud Pública, FCM, UNC. Desarrollo del proyecto: “Evaluación de la Estrategia de APS en el Primer Nivel de Atención: Un abordaje Interdisciplinario”. Experiencia en docencia universitaria y extensión.

Producción científica sobre educación en Ciencias de la Salud: 3, producción científica en investigación epidemiológica:25 y recibió tres premios.

**Marcela SM Lucchese:** Profesora para la Enseñanza Primaria. Licenciada en Ciencias de la Educación. Profesora en Ciencias de la Educación. Escuela de Ciencias de la Educación. Especialista en Didáctica.

Magíster en Didáctica. Docente del Profesorado Universitario y Prof. Adjunta del Departamento de Admisión, dedicación semiexclusiva. Integrante de tribunal de concursos docentes y de tesis, co-directora y directora de tesis de grado. Publicó un libros, 3 capítulos de libros y 18 publicaciones con referato. Asesora en la elaboración del Proyecto de Carrera de Especialización en Salud Social y Comunitaria. Facultad de Ciencias Médicas- Posgrado en Salud Social y Comunitaria. . UNC- Febrero- Marzo. 2006. Recibió 2 premios y distinciones.

## 6. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología por haber permitido y favorecido el desarrollo del presente estudio.

Asimismo agradecemos profundamente la colaboración de todos los que participaron de este trabajo:

- A la Escuela de Salud Pública (FCM), en especial a la Dra. López de Neira, Mgter. Calneggia María Luisa, Lic. Juan Carlos Mansilla y la Dra. Mónica Bella quienes tuvieron a su cargo el asesoramiento en los contenidos específicos.
- Al equipo de salud, fundamentalmente a la Méd. Andrea Vidal, de los tres Centros de Atención Primaria de Salud del Municipio de Malvinas Argentinas quienes facilitaron la inserción en el trabajo terreno y colaboraron en su desarrollo.
- A la Escuela Valdivieso desde su Espacio Multiactoral a través de brindar un espacio físico, recurso material y recurso humano para la ejecución de este trabajo.
- A la ONG Programa Cambio quien tuvo a cargo de la organización y ejecución del taller prevención de conductas de riesgo en adicciones.

## **7. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES**

### **7.1.RESUMEN (hasta 250 palabras)**

La situación de salud en Argentina revela la necesidad de evaluar la capacidad de gestión de centros de primer nivel de atención y el desarrollo de redes asistenciales. Estudios previos develaron la necesidad de fortalecer los vínculos entre el centro de salud y la comunidad a partir del trabajo de una red que conforma un Espacio Multiactoral Local (EML) en el municipio de Malvinas Argentinas. La misma acciona a partir de una institución educativa, con la participación del municipio y de las organizaciones sociales de la comunidad.

Precisamente el presente proyecto abordó la temática planteada en base a dos etapas, la primera con el objetivo de evaluar los componentes de la estrategia de atención primaria en los centros de salud de la comunidad de Malvinas Argentinas, la cual consistió en una fase diagnóstica, una de intervención y validación de la propuesta y una de análisis de resultados, abordada con metodología cuantitativa y cualitativa.

La segunda etapa con el propósito de fortalecer la red construida entre la comunidad, la escuela y los CAPS, tuvo distintos momentos: diagnóstico epidemiológico, un proceso de reconocimiento de los temas prioritarios de promoción y prevención para la comunidad escolar, efectivización de estrategias de desarrollo e implementación de los temas seleccionados y análisis de datos.

La expectativa del equipo de trabajo fue movilizar el abordaje de la salud desde la atención primaria y el reconocimiento de los centros atención para generar estrategias que brinden atención efectiva y eficiente generando vínculos entre el mismo y la comunidad.

### **7.2.PALABRAS CLAVES (hasta 5 palabras claves)**

Atención Primaria de Salud - Primary Health Care - Atenção Primária à Saúde

Educación en Salud - Health Education - Educação em Saúde

Promoción de la Salud - Health Promotion - Promoção de Saúde

Prevención Primaria - Primary Prevention - Prevenção Primária

Desarrollo de la Comunidad - Community development - Desenvolvimento da comunidade



## 8. INTRODUCCIÓN

Estudios previos indican que las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la provincia de Córdoba no son suficientes. En cuanto a la composición de los equipos de salud da cuenta de una “estructura típica”, con desarrollo en el campo médico, con escasa profesionalización del personal de enfermería, mediana participación de trabajadores de la salud no médicos y muy baja participación de agentes sanitarios. Esta estructura favorece que las acciones en salud se focalicen en la actividad asistencial (Fernández R y col. 2007). Esta perspectiva es insuficiente para abordar la problemática actual con la presencia de las enfermedades emergentes y reemergentes, (Moreno E, Crivelli V, Kestelman N, Malé M, Passarell N. 2000) que ponen en evidencia la existencia de condiciones sociales y medioambientales altamente preocupantes no sólo en la provincia de Córdoba sino también en todo el país (González García. 2003, Didoni M. y col. 2005, Kohn R y col. 2005, Ruales J. 2005).

Esta realidad convoca a todos los actores involucrados a una reflexión urgente en cuanto a la necesidad de poner en marcha una estrategia sanitaria que procure asegurar una atención longitudinal, integrada, global y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes, conforme a los postulados de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Esto implica trabajar con la comunidad para que esta se constituya desde la autogestión en un elemento movilizador en las necesidades de salud. El presente trabajo sitúa la problemática planteada en la comunidad de Malvinas Argentinas. Esta localidad cuenta con tres centros de salud con enfoque asistencialista y debilidad tanto en las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como en el trabajo comunitario.

La presente investigación es la continuación del estudio colaborativo multicéntrico: “Evaluación de la estrategia de APS en Centros de Salud de primer nivel de atención” en el cual nuestra unidad académica participó como Institución invitada en el año 2005. Bajo la ejecución de dicho proyecto se efectuó un análisis exploratorio en los centros de primer nivel de atención pertenecientes a la provincia de Córdoba, a partir del cual se elaboró un informe que constituye la presentación del contexto del presente trabajo.

El análisis descriptivo de las condiciones contextuales y la caracterización del subsector público de salud de la provincia, teniendo en cuenta el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud, refleja que algunas condiciones favorecen la consolidación y

otros se constituyen en factores limitantes para la implementación de la misma (Fernández R y col. 2007).

En la provincia de Córdoba y en una breve síntesis de los resultados encontrados, se puede observar la existencia de una normativa que procura la integración de los subsectores que conforman el sistema, la implementación de algunos recursos como la existencia de población bajo responsabilidad, clave única de identificación sanitaria, la implementación de una canasta básica prestacional centrada en el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención, son componentes cuyas potencialidades deberán analizarse posteriormente a su implementación, de manera de medir el impacto en la población. Si bien a priori, estas estrategias, aparecen como elementos facilitadores de la consolidación de la APS, la lógica, los valores y el modelo de gestión imperante en el modelo de estado en el cual se desarrollan, abren algunos interrogantes al respecto (Fernández R y col. 2007).

Bajo este contexto estudios preliminares con abordaje desde la Atención Primaria de Salud permitió develar que la comunidad de Malvinas Argentinas posee un sistema de red que conforma un Espacio Multiactoral Local (EML) en dicha comunidad, y que acciona a partir de una institución educativa, con la participación del municipio y de las organizaciones sociales de la comunidad. Este espacio se vincula, elementalmente, a temas de educación, hábitat y violencia. A partir de las entrevistas realizadas con los responsables comunitarios y docentes, se pudo detectar debilidades en cuanto a las estrategias de trabajo para la Atención Primaria de Salud, la promoción y la prevención, y la necesidad de fortalecer la red local constituida.

La instauración de una red comunitaria local, significa generar un espacio real en que se relacione el centro de salud con la comunidad. Esta implementación, se ve fortalecida si se estimula la promoción y prevención de la salud desde la educación formal. Esto favorecería a consolidar desde lo formal la transmisión del conocimiento de promoción y prevención en el seno de la familia.

Por otra parte, es necesario activar y fortalecer la red generada en el espacio educativo, para que sus integrantes puedan identificar sus problemas de salud prioritarios y articular con el centro de salud en la búsqueda de la resolución para mejorar la calidad de vida de su comunidad. Para esto, se consideró que la propuesta debía estructurar y consolidar esta articulación dada entre la escuela, la comunidad y el centro de salud. La estructuración se logra si se concreta un trabajo sostenido que le devuelva a la población la capacidad de tomar conciencia de las problemáticas de salud que lo aquejan, y los

potencie en la elaboración colectiva con el centro de salud de un accionar conjunto (Escuela y Comunidad: Redes socio- educativas. 2005). Finalmente es de destacar que este tipo de consolidación es efectiva cuando su existencia resulte natural para la comunidad. Esto supone que los individuos actúan colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, dando lugar al empoderamiento de la misma (Wright J y col. 2005).

La utilización de los resultados de esta beca tiene el propósito de contribuir al fortalecimiento y compromiso del equipo de trabajo de los Centros de Salud del municipio de Malvinas Argentinas de la provincia de Córdoba.

## **9. OBJETIVOS**

Objetivos generales:

- Fortalecer la capacidad de gestión de los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención del municipio de Malvinas Argentinas, provincia de Córdoba.
- Fortalecer la red comunitaria local en el área de la promoción y prevención de la salud.

Objetivos específicos:

- Evaluar el grado de desarrollo de la estrategia de APS en los efectores del primer nivel de atención.
- Conocer la correspondencia entre implementación de políticas sanitarias locales y grados de desarrollo de la estrategia de APS.
- Estructurar y consolidar la red comunitaria local en promoción y prevención de la salud, promoviendo la participación activa de los Centros de Salud en su área de acción en conjunción con la comunidad.

## **10. METODOLOGÍA**

### **10.1. DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS**

El universo y la población objetivo fue definida como los profesionales de los CAPS, la población que asiste a los mismos y los actores educativos involucrados en el Espacio Multiactoral Local.

La unidad de análisis y los criterios de inclusión y exclusión comprendieron a todos los profesionales efectores de los centros de salud del municipio, e incluyó a los participantes del Espacio Multiactoral Local.

La perspectiva de análisis de los centros de salud incluyó a todos la población de efectores de los mismos (n=38), así como los participantes del Espacio Multiactoral Local (n=45). La entrevista a la comunidad se efectuó en un número aproximado de 240 participantes de los que asisten a los centros de salud involucrados, y la selección se efectuó en forma aleatoria.

El sesgo de participación voluntaria en este proyecto se vio disminuido en virtud de que en los estudios preliminares se pudo registrar un interés de participación activa.

### **10.2. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA**

En los primeros meses de ejecución del proyecto, teniendo en cuenta los objetivos del proyecto las actividades de investigación se orientaron inicialmente a la elaboración de un marco teórico que constituyó la base para la selección y análisis de las principales variables de este estudio.

El presente trabajo se llevó a cabo en el municipio de Malvinas Argentinas, provincia de Córdoba. Se trabajó en los tres centros de salud de atención primaria (CAPS), con su respectiva área programática. Para abordar este trabajo, se utilizó diferentes estrategias tanto del método cualitativo como cuantitativo, ya que ningún método por sí sólo abarca todas las dimensiones de una problemática compleja. Desde la perspectiva cuantitativa el presente estudio es, en su alcance descriptivo y su diseño es transversal. Tiene por objetivo metodológico describir mediante técnicas exploratorias los atributos registrados a partir de los componentes esenciales en los centros de salud analizados.

Desde la perspectiva cualitativa se trabajó a partir de investigación en proceso.

En función de la decisión metodológica asumida y el trabajo de inserción en la comunidad, se trabajó de acuerdo a la etapa de investigación.

**a) En la primera etapa efectuada en los Centros de Atención del municipio de Malvinas Argentinas** el estudio se abordó desde una fase diagnóstica, una de intervención y una de análisis de datos a fin de organizar la temática.

- ***Fase Diagnóstica de los Centros de APS de Malvinas Argentinas:***

Con la finalidad de cumplir con los objetivos propuestos, en primera instancia, se evaluó el grado de desarrollo de la estrategia de APS en los efectores del primer nivel de atención a través de encuestas y entrevistas. Asimismo, se utilizaron fuentes de datos secundarios, los cuales contribuyeron a la contextualización del problema a estudiar y al análisis de los datos obtenidos en terreno.

Se elaboró una encuesta que permitió realizar la medición de los componentes esenciales de un sistema basado en la atención primaria, siguiendo los lineamientos y contenidos propuestos por Bárbara Starfield (Starfield B. 2001) ya que diferentes investigadores demostraron que las variables primer contacto y accesibilidad, continuidad y longitudinalidad, integralidad y capacidad resolutive, coordinación asistencial posibilitaron medir las dimensiones de APS de manera válida y confiable (Shi L y cols. 2001). Esta encuesta fue efectuada a los responsables de salud del municipio de Malvinas Argentinas y a sus efectores en los tres centros correspondientes. La selección de los efectores se realizó a través de una muestra aleatoria.

A partir de las encuestas realizadas y de la inserción en terreno, se incorporó la técnica de la entrevista para obtener información acerca de la perspectiva que la población construyó respecto a las dimensiones de las políticas sanitarias locales. De esta manera, se posibilita la conformación de una mirada que considera a los involucrados en esta problemática.

Se emplearon entrevistas semi-estructuradas que abordaron temáticas tales como longitudinalidad y coordinación asistencial (mecanismos de referencia y contrarreferencia). En función del número de participantes se distinguieron en entrevistas individuales y grupales. La selección de los entrevistados fue aleatoria en los diferentes centros.

- ***Fase de intervención y validación de la propuesta***

Fortalecer la red comunitaria local, a través del cual se optimizó entre otras cosas, la relación entre equipos de salud y comunidad, con la finalidad de que las problemáticas que se detecten a partir de esta puedan ser consideradas y resueltas conjuntamente con las autoridades.

Aplicación del instrumento de medición de los componentes esenciales de un sistema basado en la atención primaria, y de grado de participación de los miembros de la comunidad.

*Indicadores de proceso:* Número de entrevistas: 6 personas. El número de entrevistados se realizó hasta que se produjo saturación de la información.

- **Fase de Análisis de resultados**

Con los registros obtenidos de las encuestas y de las entrevistas se construyó una base de datos central a fin de estructurar organizativamente las variables que caracterizan los centros de salud involucrados.

Los datos obtenidos de las encuestas fueron analizados de acuerdo a la naturaleza de la variable en estudio (ANAVA, regresión no lineal, datos categóricos y test de comparaciones múltiples) y se consideraron diferencias significativas con un valor de  $p < 0,05$ .

**b) En la segunda etapa de la investigación**, para trabajar en la comunidad, importó el uso de técnicas cualitativas. El modelo teórico en el que se basó la propuesta metodológica comprendió el modelo basado en creencias de salud, en el cual subyace el supuesto de que las creencias de las personas influyen de manera significativa en la toma de decisiones que se adoptarán en relación con la salud, en la aceptación de medidas preventivas recomendadas por las autoridades sanitarias y en la cooperación con los planes terapéuticos propuestos por el médico (Valadez I y col. 1995). Este modelo contempla la necesidad de algún tipo de “estímulo a la acción” para que la nueva conducta se ponga en marcha (Valadez Figueroa I y col. 2004). Este estímulo se objetiva por la información que proporcionaron las instituciones de salud y educación. Este diagnóstico dio lugar a una serie de objetivos educacionales que en el supuesto de lograrse tienen impacto en los objetivos del comportamiento. Desde esta perspectiva se aplicó el análisis cualitativo en progreso, que permitió en base al material que se recolectó, ajustar los instrumentos para especificar la información a recaudar. Por otra parte, la triangulación de la información dada por las distintas fuentes (Cohen y Manion. 1999), que suponen distintas experiencias y perspectivas, aportó a una mayor validez de los resultados logrados.

Como última fase de este estudio, a partir del diagnóstico efectuado con técnicas cualitativas y cuantitativas y a través de programación local participativa se generó una propuesta de intervención para trabajar en la comunidad de Malvinas Argentinas.



### 10.3.PLAN DE ANÁLISIS

Análisis de resultados desde la perspectiva cuantitativa:

Los datos obtenidos a partir de estos registros se analizaron de acuerdo a la naturaleza de la variable en estudio y de acuerdo a las hipótesis estadísticas planteadas. Las pruebas de hipótesis para cada caso en particular fue efectuado a partir de ANAVA, regresión logística, datos categóricos o test de comparaciones múltiples. En todos los casos fue considerado significativo un valor de  $p < 0,05$ .

Los softwares empleados fueron InfoStat y SPSS.

Análisis de resultados desde la perspectiva cualitativa:

La estrategia de análisis para las entrevistas se efectuó a partir de las transcripciones de las grabaciones, el análisis de los contenidos, el procesado y el informe analítico correspondiente.

Así mismo el plan de análisis global de los resultados se efectuó a partir de reuniones mensuales de Coordinación efectuadas en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas. En las reuniones se estableció evaluar tanto la fase de intervención como de validación de la propuesta. Esto fue analizado a través de la evaluación de los indicadores de proceso e indicadores de resultado. Los resultados parciales se presentaron en congresos.

## 11. RESULTADOS

En la primera fase, diagnóstica, de este trabajo se analizaron indicadores que permitieron caracterizar el contexto del municipio en cuanto a la situación sociodemográfica y epidemiológica y valorar las características de su sistema sanitario en especial del subsector público.

### 1. Descripción de las condiciones de contexto:

#### 1.1 Descripción del entorno geográfico

El municipio de Malvinas Argentinas está ubicado al noreste de la capital cordobesa, en el departamento Colón de la provincia de Córdoba, Argentina. Se ubica entre los valores de latitud 31° 10' 00" Sur y 64° 19' 60" Oeste, y la población se ubica a 200 metros de altura sobre el nivel del mar.

Este municipio dista a 10 kilómetros de la ciudad de Córdoba, y se encuentra ubicada sobre la Ruta Provincial A188, y sobre la Ruta Nacional 19 (Camino Monte Cristo). Por allí pasa también el ferrocarril de cargas General Belgrano. Debido a que las rutas anteriormente mencionadas atraviesan la localidad en dos sitios diferentes a lo ancho de la misma, el municipio de Malvinas Argentinas se encuentra dividido en tres secciones.

La ciudad de Malvinas Argentinas abarca una superficie de cien kilómetros cuadrados (100 Km<sup>2</sup>). Forma parte del denominado Gran Córdoba, es decir la conurbación de la ciudad de Córdoba con un puñado de localidades del departamento Colón. El Gran Córdoba es la segunda aglomeración urbana del país en cuanto a cantidad de habitantes, solamente superada por el Gran Buenos Aires.

#### 1.2 Descripción de la dinámica poblacional

Alrededor de 13.000 personas viven en el conglomerado que conforma el Gran Córdoba, constituido por las ciudades de Malvinas Argentinas y Jardín Arenales, y de esta población 8628 habitantes corresponden a la población total del municipio de Malvinas Argentinas. Esta última cifra que describe el número de habitantes de la localidad, significa una variación relativa de la población de 67,21% con respecto a 1991, sin embargo los valores poblacionales presentados por el municipio y referentes del Centro de Salud varían entre los 10.000 y 13.000 habitantes en el año 2006.

A partir del análisis de la pirámide poblacional se visualiza que esta localidad tiene una población joven, es decir con característica estacionaria, y una notable primacía de generaciones jóvenes y adultas respecto a las generaciones ancianas. La pirámide poblacional revela que el 37% de la población es menor de 15 años y el 4% mayor de 65



años, en consecuencia el 59% de la población es económicamente activa. Según proyección del Censo Nacional de Población y Vivienda (INDEC), este municipio está constituido por 50 % de mujeres, de las cuales 50,5% son mujeres en edad fértil. Finalmente se establece que la densidad poblacional de la ciudad de Malvinas Argentinas es de 66,1 hab/Km<sup>2</sup>.

### *1.3 Caracterización socio-económica*

Malvinas Argentinas cuenta entre los servicios con energía eléctrica abastecida por la Empresa Provincial de Energía de Córdoba (EPEC), aunque un gran número de familias presenta instalaciones precarias e ilegales, de esta forma la conexión eléctrica es legal en sólo una de cada tres viviendas. Con respecto al gas natural, el mismo se encuentra en proceso de instalación en la primera sección, lo cual se constituye en el primer avance de este servicio en la localidad. La ciudad de Malvinas Argentinas cuenta además con línea telefónica y transporte público de pasajeros. Por otra parte los habitantes de este municipio cuentan entre los servicios públicos, con recolección de basura, barrido municipal, manejo del agua potable por medio de la cooperativa de agua, pavimento en calles principales y veredas con cordón cuneta. En cuanto al sistema económico municipal éste recibe el apoyo de la coparticipación provincial y nacional.

Según los datos aportados y extraídos, a partir de diversas fuentes de información tales como los informes de sistematización periodo 2003-2004 y el relevamiento familiar e institucional periodo 2005 ambos efectuado por el Equipo de Salud Familiar y los datos facilitados por el Registro Civil del municipio local se observa que en cuanto a beneficios sociales el 21,8% recibe subsidio del estado, el 41,6% recibe módulos alimentarios y que el 14,4% de la población asiste a comedores. Según datos del 2004 del municipio, los planes sociales alcanzan a 1840 personas, convirtiéndose en el sustento principal de una importante franja demográfica.

Recuperando lo mencionado previamente, donde se describía que el 59% de la población es económicamente activa, se presenta entre otros indicadores económicos que la población con trabajo estable es el 14,5% y con trabajo precario el 13,3%. Es decir que el 68%, aproximadamente, de la población económicamente activa se encuentra desempleada.

Según datos del Ministerio del Interior, Presidencia de la Nación (2001), la población de la localidad de Malvinas Argentinas empleada según categorías ocupacionales es el 13,08% obrero o empleado en el sector público, 59,29% obrero o empleado en el sector privado, 1,32% patrón, 27,12% trabajador por cuenta propia y 2,18% trabajador familiar. La

mayoría de los empleos del sector privado se encuentran fuera de la localidad, convirtiendo a Malvinas Argentinas en una ciudad dormitorio.

Malvinas Argentinas, cuenta con 1943 viviendas según datos del Ministerio del Interior, de las cuales en relación con la calidad de los materiales (CALMAT), se distribuyen en 12,03% CALMAT 1 (vivienda con materiales resistentes y sólidos, con todos los elementos de aislamiento y terminación), 57,33% CALMAT 2, 27,38% CALMAT 3, y 3,24% CALMAT 4 (la vivienda presenta materiales no resistentes ni sólidos o de desecho al menos en uno de los parámetros). Teniendo en cuenta estos datos la mayoría de las viviendas de esta localidad presenta condiciones de materiales resistentes y sólidos en todos los parámetros pero le faltan elementos de aislamiento o terminación al menos en uno de sus componentes y al 27,38% de las viviendas (CALMAT 3) le faltan elementos de aislamiento o terminación en todos sus componentes, o bien presenta techos de chapa de metal o fibrocemento u otro sin cielorraso o paredes de chapa de metal o fibrocemento.

El número de personas por hogar en el municipio de Malvinas Argentinas es 4,6., 15,18% de los hogares tienen una relación de más de 3 personas por cuarto. Considerando los datos de la muestra abordada por el Equipo de Salud Familiar el 90,1% de la población cuenta con agua potable y el 64,2% posee baño instalado. El porcentaje de hogares con algún tipo de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) fue de 39% en el 2004 (IFAM. 2004). Por otro lado según datos del INDEC, puede analizarse que el 70,38% de la población no cuenta con cobertura de obra social, plan privado de salud, ni mutual.

Con respecto al porcentaje de población analfabeta el porcentaje de población sin instrucción o con primaria incompleta es del 26,15%. Al analizar estadísticamente los datos de analfabetismo del municipio, provincia y país se concluye que del total de analfabetos de la Provincia de Córdoba, 7,81% son de la localidad de Malvinas Argentinas. Es decir que en la Ciudad analizada hay una alta prevalencia de analfabetos ( $p < 0.0001$ ), la cual representa el 0,24% del total de analfabetos de Argentina. En cuanto a la población alfabetizada, el 61,57% de la población tiene primaria completa y secundaria incompleta, el 11,01% cuenta con secundaria completa y terciario o universitario incompleto, y el 1,27% de la población tiene universitario o terciario completo.

#### *1.4 Indicadores epidemiológicos*

Respecto a las condiciones epidemiológicas de este municipio la tasa de natalidad en el año 2005 fue de 29,6%. Según los datos muestrales extraídos a partir de diversas fuentes de información: informes de sistematización periodo 2003-2004 y relevamiento familiar e institucional periodo 2005 por Equipo de Salud Familiar y datos del Registro Civil del

municipio de Malvinas Argentinas y CAPS municipales, la tasa de mortalidad infantil (TMI) es de 16,8‰ en el 2003 y de 11,3‰ en el año 2004. En cuanto al número de niños menores de seis años con algún grado de desnutrición es de aproximadamente el 26% para el año 2005, 72,2% son niños eutróficos y 69,5% tienen sobrepeso. Con respecto a los niños en edad escolar controlados por el Equipo de Salud Familiar en el 2005, 80,1% son eutróficos, 16,9% son desnutridos y 3% tienen sobrepeso en el mismo año. Estos son los datos más actualizados que se encontraron, ya que este municipio no cuenta con indicadores sanitarios actualizados.

De acuerdo con el número de mujeres en edad fértil (50,5%) de la población femenina de Malvinas Argentinas, se encuentran bajo Programa de Maternidad y Paternidad Responsable del Equipo de Salud Familiar el 11,1% en el año 2005. La tasa de fecundidad, según datos del Registro Civil del Municipio de Malvinas Argentinas es de 108,8‰ en el año 2003, 118,1‰ en el año 2004 y en el año 2005 es de 100,3‰.

En la figura 1 se presentan los resultados de la asociación de los indicadores demográficos, socio-económicos y epidemiológicos en un análisis multivariado con respecto a la municipalidad de Malvinas Argentinas, a la provincia de Córdoba y los correspondientes al total país, con la finalidad de describir su distribución. Los resultados del análisis de las componentes principales muestran que las dos primeras componentes representan el 100% de la variabilidad de casos. Se observa que para el Municipio de Malvinas Argentinas las variables tales como Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), analfabetos y la población sin cobertura social tienen un comportamiento de mayor asociación con respecto a los datos del total provincia y total país (Figura N° 1).

## **2. Caracterización del sistema sanitario local**

Como se mencionó en la metodología de trabajo, se implementó una fase diagnóstica, para lo cual se elaboró una encuesta que permitió efectuar la medición de los componentes esenciales de un sistema basado en la atención primaria, siguiendo los lineamientos y contenidos propuestos por Bárbara Starfield (2001).

Los determinantes de esta encuesta fueron:

- 1. Primer contacto y Accesibilidad*
- 2. Continuidad y longitudinalidad*
- 3. Integralidad y capacidad resolutive*
- 4. Coordinación Asistencial*

Para analizar acerca de la perspectiva que la población construyó respecto a las dimensiones de las políticas sanitarias locales se realizaron entrevistas individuales y grupales a la comunidad.

### *2.1. Primer contacto y accesibilidad*

Durante el análisis de esta primera dimensión y con respecto a la accesibilidad geográfica, temporal, administrativa y económica surge que Malvinas Argentinas cuenta con tres Centros de Salud de Atención Primaria (CAPS), pertenecientes a la región sanitaria nueve de la Provincia de Córdoba.

Los mismos están distribuidos estratégicamente en las tres secciones del municipio. Centro de Salud Evita (CAPS I), ubicado en la primera sección, es decir al Oeste. El CAPS II, el cual se ubica en la segunda sección, enmarcado por el cruce de la ruta provincial del lado Oeste y por la ruta Nacional 19 del lado Este. El CAPS III ubicado al este de la Ruta Nacional N° 19, el cual se encuentra inserto en la tercera sección (Figura N° 2).

Al interrogar a los efectores de salud sobre la distancia existente entre el centro de salud y la zona más alejada de área programática de atención, se analizó que el 42% de ellos contestó que los CAPS tienen un área de atención de un radio menor a 5 Kilómetros y el 50% contestó que el área de cobertura es mayor a 5 Kilómetros. Al preguntar sobre la existencia de transporte público, el 79% de los encuestados contestó que existe generalmente este servicio, lo cual facilita la asistencia de la gente que vive más alejada al Centro de Salud. Por lo cual el acceso geográfico a los Centros de Salud de Malvinas Argentinas parece no estar obstaculizado. Estos Centros brindan atención a los habitantes de su área programática, además habitualmente se convierten en el lugar de asistencia frecuente para los alrededores de este municipio, como por ejemplo La Floresta, Chacra de la Merced y Arenales, entre otros. Los habitantes de estos lugares asisten a Malvinas Argentinas por no contar con sus propios CAPS, por tener un horario de atención más restringido, o por falta de profesionales. A pesar que la distancia entre el centro de salud y el área programática más alejada es mayor que 5 kilómetros, cabe resaltar que la accesibilidad geográfica de los CAPS de este municipio no se ve impedida debido a la variedad de transporte público que llega al lugar.

En cuanto a la accesibilidad temporal, las horas disponibles de trabajo varían según el centro analizado. El centro Evita (CAPS I), permanece 24 horas abierto. El centro de salud de la segunda sección llamado por los efectores de salud local “dispensario” y el de la tercera sección llamado “posta”, se encuentran abiertos de 7:30 a 19:30 horas.

Los tres centros cuentan con un área de admisión y administrativa. El CAPS I cuenta con personal específico para cada una de estas áreas, y en los CAPS II y III las tareas correspondientes a esas funciones son efectuadas por el auxiliar de enfermería.

Al interrogar sobre los turnos programados para realizar controles en salud o atención de problemas crónicos, el 54% de los encuestados contestó que generalmente se entregaban en un tiempo menor o igual a una semana y el 21% que esto sólo sucedía a veces. Con respecto a los pacientes que concurren sin turno previo, el 88% contestó que generalmente son atendidos en el momento. En los CAPS de Malvinas Argentinas, sólo debe obtenerse turno para el control de niño sano y para la atención de algunas especialidades. Los pediatras y médicos clínicos atienden por orden de llegada.

El 92% de los encuestados afirmó que debía pagarse alguna contribución para ser atendidos, aunque refieren que en el caso que el paciente no pueda abonar es atendido de la misma manera. El bono de contribución varía desde un peso a cinco pesos.

El 75% de los efectores de salud refirió que las condiciones edilicias de los CAPS facilitan el ingreso de pacientes ancianos y/o discapacitados. Los mismos cuentan con 3 a 5 consultorios y el 100% de los Centros tiene sanitarios de uso profesional y públicos diferenciados.

El 79% de los efectores de salud del municipio de Malvinas Argentinas encuestados refieren que la primera consulta por un problema de salud se realiza en los CAPS locales y 8% menciona que esto sólo ocurre a veces. Respecto a este mismo ítem y desde la perspectiva del análisis cualitativo se podría asumir que expresiones de los usuarios tales como *“vine a que me dijera si lo llevo al hospital o no”*, *“vengo a que me derive”*, confirman que los CAPS del municipio se constituyen en la puerta de entrada al sistema de salud, otorgando un valor importante a la atención que ahí se efectúa. Asimismo, como parte de este análisis se podría inferir que se establece una dinámica favorable entre la población y los centros de salud, que se reconoce en las funciones que los centros realizan.

### *2.2 Continuidad y longitudinalidad:*

Al analizar las encuestas efectuadas a los trabajadores del Centro de Salud de Malvinas Argentinas el 67% contestaron que generalmente los pacientes podían elegir el médico con el que deseaban tratarse y el 33% contestó que esto sucedía a veces. En cuanto a si se respeta la elección del profesional por parte del paciente cuando se le entregan los turnos el 21% contestó a veces y el 75% que generalmente esto se respetaba. En cuanto a este punto, las entrevistas efectuadas a la población refieren que la mayoría de las veces pueden elegir el médico que los atiende, excepto cuando el motivo de consulta es



una emergencia o urgencia. Datos que coinciden con las encuestas destinadas a los trabajadores del equipo de salud. Sin embargo, una expresión frecuente pero no mayoritaria de los usuarios es “cambian todos los días de médicos”.

### *2.3 Integralidad y capacidad resolutive*

El tercer determinante analizado corresponde a la integralidad y capacidad resolutive. Se observa que el CAPS I, con mejor infraestructura y equipamiento que los otros dos centros analizados, presta servicio de laboratorio y especialidades médicas. Entre ellas se encuentra cardiología, ecografía, oftalmología y ginecología (que rota en los centros de las dos secciones restantes durante distintos días). Además el Centro de “Salud Evita”, cuenta con psicopedagogía, psicología y fonoaudiología, las cuales se articulan con los otros centros. La atención odontológica, en cambio, se centra en el CAPS II y desde allí presta servicio a toda la comunidad.

Un aporte importante para reconocer la integralidad y capacidad resolutive del Centro, lo brindan las encuestas aplicadas a los efectores de salud local de Malvinas Argentinas en la fase diagnóstica de este trabajo. Del análisis de las variables de la misma queda manifiesta la impresión de los efectores del equipo de salud local que en los tres centros se realizan control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, control de embarazo y puerperio y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, REMEDIAR (centralizado en CAPS I) y salud bucal (centralizado en CAPS II).

Entre el 17 y el 38% de los efectores refiere conocer que se realicen en algunos de los centros, tareas de control de adolescentes, ancianos, educación nutricional, educación para la salud, catastro genito - mamario e hipertensión. Sólo entre el 16 y 8% señaló que se realiza desde el centro control de diabetes, tuberculosis, adultos sanos y violencia familiar. Entre el 67 y 75 % reconoce que no se realizan tareas de prevención del tabaco y alcohol.

Con respecto a la capacidad resolutive, el 79% de los encuestados refirió que la mayoría de los problemas de salud por los que la población consulta se resuelven en el centro de salud. La mayoría de los problemas de salud de la población pueden resolverse en los Centros de Atención Primaria de Salud, por lo que otros niveles de atención de verán beneficiados.

### *2.4 Coordinación asistencial y cobertura*

En cuanto a la coordinación, el 88% de los efectores de salud del municipio de Malvinas Argentinas encuestados señaló tener establecido los centros de mayor complejidad a los

que se derivan los pacientes que requieran mayores cuidados o que requieran consultar con otro especialista para interconsultas.

Con respecto al sistema de referencia y contrarreferencia, al preguntar si existe algún formulario especial para realizar derivaciones y/o interconsultas el 54% contestó que no y 17% que no sabía. El 58% contestó que el paciente al volver de la interconsulta o derivación no trae ningún tipo de escrito, es decir que no se recibe contrarreferencia donde se detalle las acciones realizadas en el centro de mayor complejidad o por el especialista, este valor fue similar a la proporción encontrada en el relevamiento y que da cuenta de la existencia de formulario para realizar derivaciones o interconsultas a un nivel de mayor complejidad (54%). Esta debilidad instalada del sistema de salud, de alguna manera, genera dificultad, retraso y gastos innecesarios tanto para el sistema como para el paciente, y trae consecuencias para la resolución efectiva del problema de salud del paciente.

En cuanto a si los centros de mayor complejidad a los que se derivan habitualmente dispone de turnos reservados para realizar interconsultas y/o estudios complementarios el 63% respondió negativamente y 21% no sabe o no contesta. En relación con este punto, los usuarios al ser entrevistados refieren habitualmente la dificultad de obtener turnos para la atención en un nivel de complejidad mayor, lo que demora en la mayoría de los casos la atención requerida por parte del paciente.

En cuanto a cobertura, como ya se mencionó, se identifica que en los tres centros se realiza control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, control de embarazo y puerperio y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, REMEDIAR (centralizado en CAPS I) y salud bucal (centralizado en CAPS II).

Entre el 17 y el 38% de los efectores refiere conocer que se realicen en algunos de los centros, tareas de control de adolescentes, ancianos, educación nutricional, educación para la salud, catastro genito - mamario e hipertensión. Sólo entre el 16 y 8% señaló que se realiza desde el centro control de diabetes, tuberculosis, adultos sanos y violencia familiar. Entre el 67 y 75 % reconoce que no se realizan tareas de prevención del tabaco y alcohol (Figura N° 3)

Con relación a la cobertura, los resultados de las entrevistas permiten cotejar que se efectúa el control del niño sano, inmunización, control de embarazo y puerperio. Sin embargo, la mayoría de las personas no reconoce que se ejecuten tareas de prevención, tampoco de control de tuberculosis, de control de adolescentes y de educación nutricional.

Otros datos que surgen del análisis de las encuestas, con respecto a la cobertura de salud, es que la planilla C1 y C2 sólo es utilizada en el 46% de los casos.

El 95% de las entrevistas reconoce que el centro entrega la medicación de forma gratuita.

El equipo de salud está conformado por el 85% de médicos y el resto personal de enfermería, del cual sólo el 29% es profesional (Figura N° 4).

Respecto a la relación médico/ enfermero en el sistema de salud del municipio de Malvinas Argentinas es de 1,4 médicos por cada enfermero. En la figura 5 se observa la distribución del equipo de salud de la localidad de Malvinas Argentinas, es decir la distribución de los profesionales en los Centros de Salud analizados. En la figura 6 se observa la distribución de especialidades médicas en los tres Centros de Atención Primaria de Salud evaluados.

En función al diagnóstico realizado en la primera etapa de ejecución de este trabajo se observó que los centros analizados se orientan predominantemente a las actividades asistenciales. El 100% de los encuestados refirieron que no se desarrollan actividades comunitarias.

A partir de las entrevistas realizadas con los responsables comunitarios y por las mismas encuestas se detectaron debilidades en las actividades de promoción y prevención. Por lo referido anteriormente se consideró necesario fortalecer las acciones participativas y estimular las estrategias de APS para optimizar el sistema de atención.

En función de este análisis se observó que los centros estudiados se orientan predominantemente a las actividades asistenciales y se detectaron debilidades en las actividades de promoción y prevención. Por lo referido anteriormente se consideró necesario fortalecer las acciones participativas y estimular las estrategias de APS para optimizar el sistema de atención.

### **3. Caracterización de tipo de prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.**

Se trabajó un esquema conceptual y analítico, a partir de la discusión de los diferentes enfoques teóricos de abordaje de la problemática planteada y de los resultados de investigaciones previas y se utilizó como contexto de referencia el desarrollo de las estrategias de APS en la provincia de Córdoba coincidentes con los postulados de la declaración de Alma Ata. Se realizó análisis documental observando aspectos facilitadores y debilidades del desarrollo de la APS.

Durante la fase de intervención se evaluó el grado de participación de los miembros de la comunidad de Malvinas Argentinas a partir de un Espacio Multiactoral Local (EML). El



diagnóstico permitió develar que esta red multiactoral bajo la propuesta de desarrollo local, participación ciudadana y fortalecimiento de organizaciones trabaja vinculado a temas de educación, hábitat y violencia en el municipio de Malvinas Argentinas. De las entrevistas realizadas a referentes claves y de las conclusiones anuales de trabajo del Espacio Multiactoral se refleja la debilidad de acciones en temáticas de salud.

Así se comienza a trabajar para avanzar en el objetivo dos de este proyecto que es fortalecer la red comunitaria local en el área de la promoción y prevención de la salud.

Al ser la escuela una de las organizaciones que participa en el Espacio Multiactoral Local (EML), este equipo de trabajo consideró la consolidación de estrategias de prevención y promoción de salud a partir de ella. Así, se trabaja en fortalecer el vínculo entre equipo de salud, comunidad, escuela y universidad. Para ello se comenzó con el proceso de reconocimiento de los temas prioritarios de promoción y prevención para la comunidad escolar, se realizaron una sucesión de encuentros entre miembros de la Escuela Héctor Valdivieso y de la Escuela de Salud Pública, con la intención de acordar líneas de acción. Las primeras acciones se focalizaron en priorizar los temas a tratar y precisar los destinatarios. La definición de estos temas fue generada entre directivos, docentes, resto del personal que trabaja en la escuela, y la participación de los niños y sus familias, junto al equipo de salud. Este abordaje responde al concepto de que si el trabajo de la promoción de la salud parte de la propia escuela, éste es más efectivo (MSN-OPS, 2003). Para llevar adelante dichas acciones se desarrollaron tres encuentros con directivos y miembros de la comunidad educativa, a través de los cuales se contextualizaron las problemáticas socio-sanitaria de Malvinas Argentinas y se priorizaron las áreas de trabajo. A partir de ellos se acordaron diversos momentos de trabajo con docentes y directivos de ambos turnos (mañana-tarde), con una frecuencia de dos encuentros mensuales, tanto para el turno de la mañana como para el de la tarde. En estas instancias se trabajó acerca de la priorización de la temática de cada eje, se consensuó los temas al interior de los mismos y se estableció su modalidad de abordaje.

Las áreas de trabajo y temas seleccionados por los distintos actores fueron:

### ***Área Higiene y Salud***

- Hábitos saludables.
- Costumbres alimenticias.
- Contaminación del hábitat.
- Higiene y saneamiento en la escuela.

### ***Área Droga y Alcohol***

- Relaciones interpersonales.
- Creencias sobre el consumo de drogas.

### **Área de género y autoestima**

- Promoción de buenos vínculos.
- Desarrollo personal y autoestima.
- Género y salud.

En resumen se realizaron 9 encuentros entre los miembros (n=28) de la Escuela Héctor Valdivieso y la Escuela de Salud Pública, para acordar líneas de acción, priorizar temas a tratar, precisar destinatarios y contextualizar las problemáticas socio-sanitaria. Las áreas de trabajo seleccionadas por el 92,85% de los participantes fueron, como ya se mencionó, higiene-salud, droga-alcohol y género-autoestima (Figura N° 7).

La valoración del indicador N° de docentes que recibieron información de prevención y promoción refleja que el 81,8% participó en la actividad (Figura N° 8).

En los encuentros de capacitación en prevención y promoción de la salud participó con docentes de la escuela Héctor Valdivieso, se abordaron los conceptos de:

- *El proceso de salud-enfermedad*

¿Qué es salud?

La concepción médica y social de salud.

Las representaciones sociales del estado de salud

Salud y prácticas culturales.

Concepción y vivencia de enfermedad

- *Promoción de salud*

Concepto

El “empoderamiento” de la promoción de la salud

Niveles de prevención y enfoque de riesgo

Intervenciones preventivas

La promoción de la salud en la escuela

- *Salud Mental*

Problemas mentales y factores asociales.

- *La violencia y su consecuencia para la salud*
- *Consumo y abuso de drogas como conductas de riesgo*
- *Educación de la sexualidad*

Se discutió el material, el cual luego fue entregado como soporte bibliográfico.

A partir de los encuentros con los docentes manifestaron un claro compromiso en colaborar con el proyecto. Así, se acordó con ellos que abordarían cada uno de los temas con los alumnos antes del desarrollo de los talleres previstos en los cursos de jardín y primero y segundo grado.

Todos los docentes mostraron su predisposición para realizar el seguimiento después de efectuado cada uno de los talleres. Lo cual se pudo detectar mediante la observación de que cuando se dejaron tareas o trabajos pendientes los mismos habían sido realizados por los alumnos.

Mediante el registro de la evaluación de proceso se detectó una alta frecuencia de la expresión de los niños que refería que determinados conceptos habían sido abordados previamente. Además, ante las preguntas de recuperación de saberes los niños manejaban los conceptos adecuadamente.

En cuanto al desarrollo de los talleres con los niños, los mismos tuvieron distintos momentos. Un primer momento donde se indagaba los conocimientos que los alumnos tenían sobre cada una de las temáticas (recuperación del conocimiento), después los educadores aportaban los conocimientos que consideraban necesarios y por último se realizaba una síntesis donde se construía colectivamente el nuevo concepto. En la etapa de conclusión de cada taller se realizaron diversas actividades, adecuadas a la edad del niño y a la temática tratada. Este proceso de evaluación permanente de los resultados de los talleres fue reforzado al inicio de cada nuevo taller recuperando los conceptos trabajados anteriormente. En todos los casos se manifestó una alta frecuencia de incorporación de los contenidos abordados en el taller anterior.

Los temas tratados en el primer y segundo ciclo fueron:

**Primer taller** (Este taller se realizó en dos encuentros)

**Tema:** Higiene personal

**Objetivo:**

- Progresar en la adquisición de hábitos y actividades relacionadas con la higiene personal.
- Aprender a cuidarse.

**Contenido:**

Higiene corporal: cuidado y aseo del cuerpo.

Hábitos de higiene personal y su importancia:

- La ducha diaria es la mejor forma de aseo.

- El aseo de las uñas evita la presencia de gérmenes.
- El cuidado de los ojos previene de enfermedades.
- La higiene de la nariz es fundamental para lograr una buena respiración.
- La higiene de las manos es la mejor barrera para evitar muchas enfermedades.
- La higiene de la boca evita enfermedades.
- La higiene de los oídos facilita la buena escucha.
- La higiene de los genitales es clave para evitar infecciones.

### **Segundo taller**

**Tema:** Higiene y seguridad

**Objetivo:**

- Reconocer el mantenimiento de la higiene del entorno como condición necesaria para el desarrollo de las actividades cotidianas.
- Conocer las principales prácticas de higiene en la escuela, la vivienda y el entorno, y reconocer la importancia de estas para la salud de las personas.

**Contenido:**

Higiene de la vivienda:

- Un buen lugar para vivir.
- Una casa limpia.

Una casa sin peligros.

Una escuela limpia y prolija.

### **Tercer taller**

**Tema:** Alimentos e higiene.

**Objetivo:**

- Identificar los alimentos como fuente de bienestar y salud, y que comprendan la importancia de estos para su sano desarrollo.

**Contenido:**

¿Cuáles son los alimentos de calidad?

¿Cuándo son suficientes los alimentos?

La higiene de los alimentos

En el segundo ciclo además se abordó la temática de enfermedades prevalentes relacionadas a la inadecuada higiene personal y ambiental. Además con este grupo se trabajó la temática prevención de situaciones de riesgo en adicciones, donde los objetivo

fueron identificar las diversas situaciones de riesgo en adicciones y su forma de prevención.

Es de destacar que por las características del grupo y a partir de las actividades propuestas, los alumnos del segundo ciclo ejercitaron la tarea de ser promotores de salud. Ya que replicaron algunos de los conocimientos adquiridos y trabajados a sus compañeros menores y en sus familias.

Los temas fueron abordados en ambos ciclos (primero-segundo) y en los dos turnos (mañana y tarde).

Se realizaron dos talleres de higiene personal a niños de jardín de infantes (sala de 3,4 y 5 años), primer ciclo (n=270), en ellos se trabajó con docentes y madres referentes del grado (3) conformándose, estas últimas, como madres promotoras de salud.

Se realizó un taller de higiene y seguridad y un taller de nutrición a los niños de jardín de infantes y primer ciclo.

El número de talleres realizados en Jardín de infantes y primer ciclo fue de 48.

Con los alumnos de segundo ciclo, aproximadamente 90, se realizaron talleres (n=15): un taller de higiene personal, uno de enfermedades prevalentes y su prevención, uno de higiene y seguridad, uno de nutrición y uno de prevención de situaciones de riesgo en adicciones.

El resto de los temas que resultaron priorizados, violencia y educación sexual, fueron abordados transversalmente en todos los talleres.

Además se generó un encuentro de trabajo sobre Buenas Prácticas de Higiene (BPH) con el personal de maestranza, donde participó el 100%. En el taller se abordó, específicamente, el procedimiento recomendado y la frecuencia óptima de limpieza de instalaciones escolares, diferenciando el adecuado procedimiento en aulas, depósitos, galería, patios, baños, comedor y cocina. A si mismo se trabajó el procedimiento de limpieza de tanques de agua y cisternas y los conceptos fundamentales de higiene y seguridad personal.

Así mismo se acordó con el equipo de trabajo de la escuela y fundamentalmente con la trabajadora social de la escuela Héctor Valdivieso desarrollar actividades en el espacio socio-comunitario a partir del mes de agosto del 2007. Este espacio está conformado por los padres de alumnos becados de la escuela, destacándose en dicho grupo la presencia mayoritaria de las madres. Las familias que pertenecen a este espacio socio-comunitario representan un grupo vulnerable de la escuela.

Los temas seleccionados para trabajar con este grupo fueron:

### ***Área Higiene y Salud***

- Hábitos saludables.
- Prevención de accidentes del hogar.

### ***Área Droga y Alcohol***

- Relaciones interpersonales.
- Relación padres-hijos.
- Información sobre sustancias (Alcohol, Tabaco, Marihuana y Cocaína.)

### ***Área de género y autoestima***

- Promoción de buenos vínculos.

### ***Género y salud.***

A su vez, otra actividad que se desarrolló en el presente año es el trabajo con las madres referentes que actúan en el espacio “Escuela de la Vida”. La “Escuela de la Vida” es un espacio de formación dirigido a adultos, adultas y jóvenes de la localidad de Malvinas Argentinas III sección. Es de destacar la importancia que las madres refirieron a las problemáticas de salud presentes en la comunidad, a pesar de que este espacio de formación está planteado para múltiples ámbitos y no sólo sobre temas sanitarios.

Para el desarrollo de los contenidos en los talleres con las madres, se inició con las respuestas de los participantes a una serie de preguntas iniciales que en grupo sistematizaron. Las dudas que surgían fueron respondiéndose, primero contestaban las mujeres y luego los educadores, respetando la diversidad de saberes. A partir de la producción de los grupos, se realizó una puesta en común donde se aportaron los conceptos nuevos que el equipo consideró pertinente y se construyó una síntesis con instrumentos que pudieran utilizar en su vida cotidiana. Finalmente se evaluó el taller, con una encuesta anónima que indagaba sobre la percepción del mismo.

Durante el desarrollo de los contenidos fueron surgiendo otros temas específicos con los cuales se trabajó paralelamente teniendo en cuenta sus intereses y su participación.

Es de destacar que ante la propuesta del proyecto de intervención en el ámbito escolar se sumaron con interés un grupo de madres de niños asistentes al primer ciclo escolar. Estas mamás referentes de grado se adhirieron a la propuesta y participaron de los talleres con los alumnos. Las manifestaciones de las madres, tanto del espacio socio-comunitario como las mamás referentes de grado, dieron cuenta de la necesidad de estos actores educativos de contar con un espacio.

Como cierre del ciclo de talleres se realizó un encuentro final con la presentación de un video de cierre donde presenta a cada uno de los actores participantes del trabajo de este periodo

En la siguiente fase de este trabajo se han realizado actividades a los fines de cumplimentar con el objetivo de fortalecer las actividades de prevención y promoción de la salud en los niños, niñas y la población adulta de la tercera sección de Malvinas Argentinas, a través del Centro Educativo Héctor Valdivieso y vincular la comunidad con el centro de salud. A partir de programación local participativa se generó una propuesta de intervención. La cual consistió, tras la decisión conjunta de la comunidad educativa y del equipo de salud local (ya que los datos más actualizados de un relevamiento eran del año 2005) en realizar un diagnóstico de salud de los niños de dicha comunidad. Específicamente se recabó información sobre el estado nutricional de niños y niñas de la escuela y evaluación de la salud visual.

Se analizaron un total de 230 niños, realizándose la evaluación de la salud visual en el 94% de los niños/as y la valoración nutricional en el 100%; de los cuales el 53, 5% correspondió al sexo masculino y el 46,5% al femenino. El promedio de edad fue de 8,78 años, con un rango de edad entre 5 años y 14 años.

En relación al estado nutricional (EN) según referencia de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), un alto porcentaje de los niños/as presentaron malnutrición por déficit -14% emaciación, 3% riesgo de emaciación y 3% acortamiento-, así como malnutrición por exceso -11% sobrepeso y 7% obesidad- (Figura N° 9). El EN según referencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reflejó una mayor prevalencia de malnutrición por exceso -17% sobrepeso y 7% obesidad- y una menor prevalencia de malnutrición por



déficit - 4% de emaciación, 0% riesgo de desnutrición- y mayor porcentaje de acortamiento, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Test Gamma  $p < 0,001$ ). Al analizar el estado nutricional según referencias SAP, las niñas presentaron mayores porcentajes de malnutrición tanto por déficit como por exceso (Coeficiente de contingencia  $p = 0,007$ ), mientras que no se registraron diferencias entre el EN y sexo según referencias NCHS/OMS. En relación a la edad, no se observaron diferencias en las frecuencias de malnutrición, con ninguna de las dos referencias.

En cuanto a la ingesta de micronutrientes se registró un alto porcentaje de ingesta inadecuada de Vitamina A, C y Zinc (Figura N° 10). No se registraron diferencias según sexo, mientras que según edad la ingesta de Vitamina A y C presentaron correlación negativa débil, es decir a medida que aumenta la edad disminuye el consumo de estos micronutrientes (Figura N° 11).

En cuanto a la salud visual, la prevalencia de alteraciones en la AV fue del 10%, MO 3%, RP 1% y VC 4%. Al analizar las alteraciones según la edad, se observa que para la MO, RO, y VC las alteraciones aumentan con la edad, mientras que para la AV las alteraciones presentaron un menor promedio de edad (Figura N° 12 a, b, c y d). En cuanto al sexo, no se detectaron diferencias en la prevalencia de alteraciones.

Al analizar la relación entre EN y los diferentes parámetros de la salud visual, se detectó diferencias estadísticamente significativas entre los RP y el EN ( $p = 0,001$ )

En cuanto a la ingesta de micronutrientes y salud visual se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre la ingesta de vitamina A y AV ( $p = 0,001$ ), MO ( $p = 0,006$ ), RP ( $p = 0,004$ ) y VC ( $p = 0,002$ ) (Figura N° 13).



12. TABLAS Y GRÁFICOS

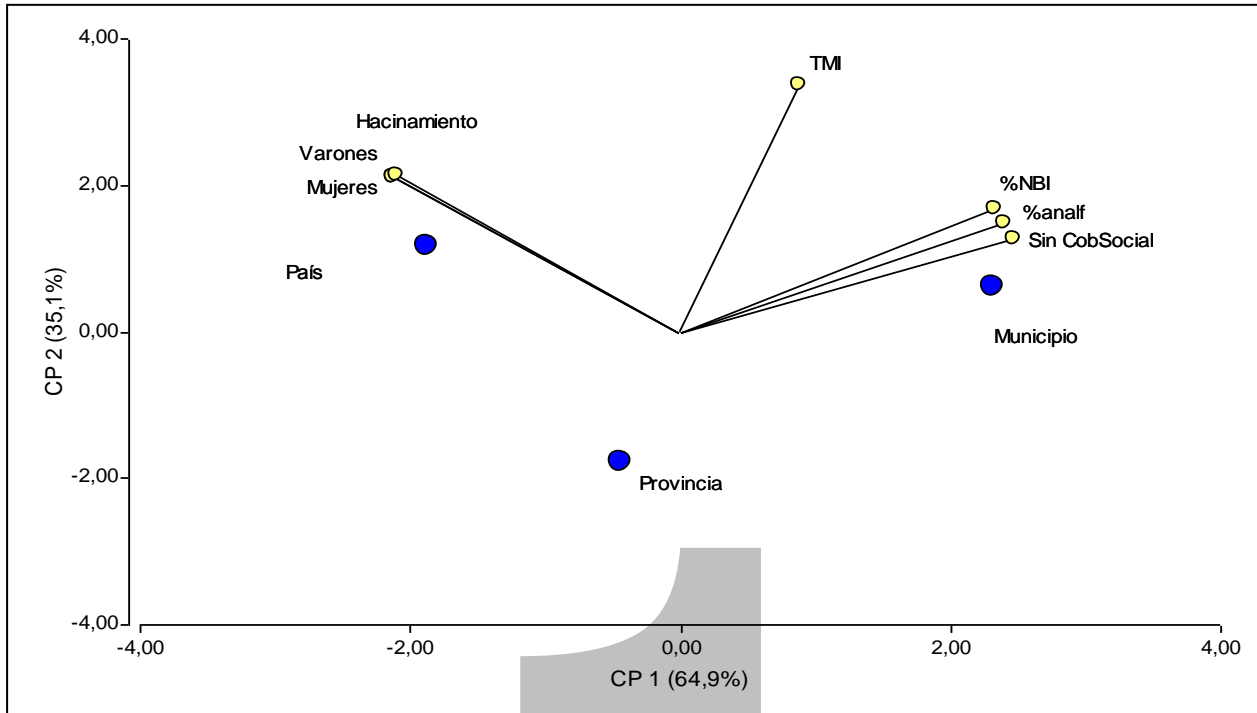


Fig. 1: Asociación de indicadores demográficos, epidemiológicos y socio-económicos respecto al municipio de Malvinas Argentinas, la Provincia de Córdoba y al País.

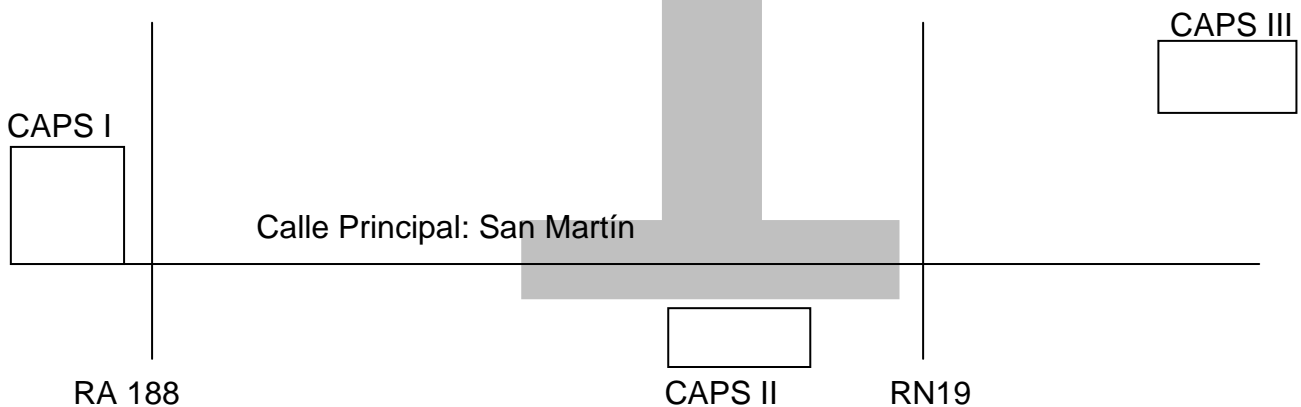


Figura 2: Croquis de ubicación de los tres Centros de Salud del municipio de Malvinas Argentinas.

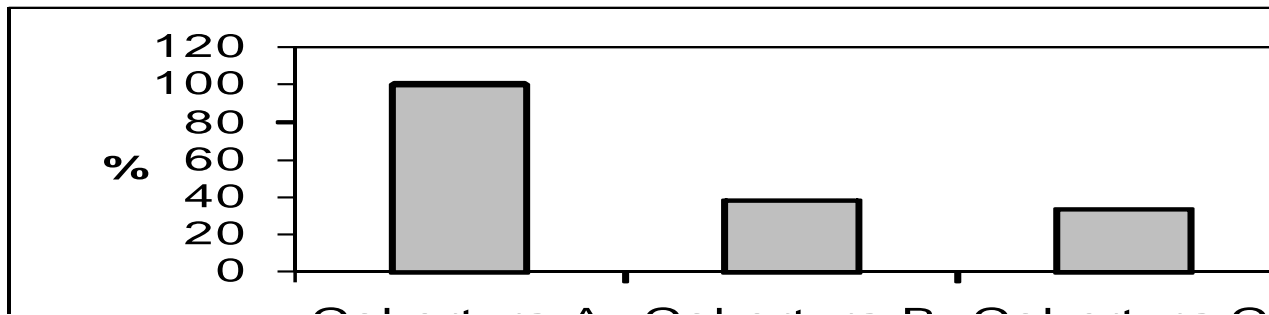


Figura 3: Cobertura y tipo de actividad de prevención.

**Cobertura A:** Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunización, Control de Embarazo y Puerperio, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, REMEDIAR (CAPS 1), Salud Bucal (CAPS 2).

**Cobertura B:** Control de Adolescentes, Ancianos, Educación nutricional, para la salud, catastro genito-mamario, hipertensión.

**Cobertura C:** Actividades de prevención de alcohol y tabaco.

**Cobertura D:** Control de DBT, TBC, Adultos Sanos, Violencia Familiar.

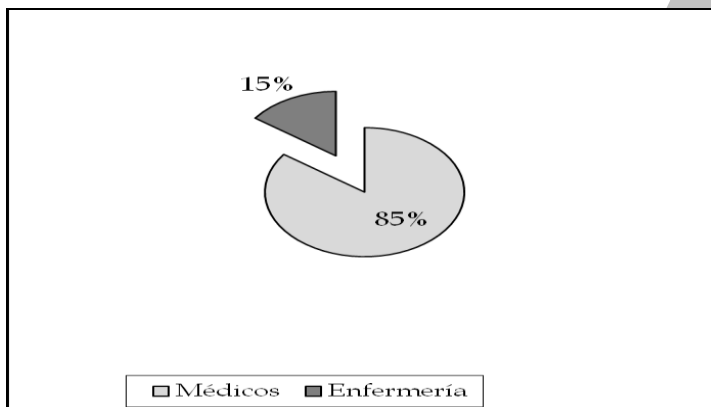


Figura 4: Distribución de profesionales médicos y enfermeros en los CAPS del municipio de Malvinas Argentinas

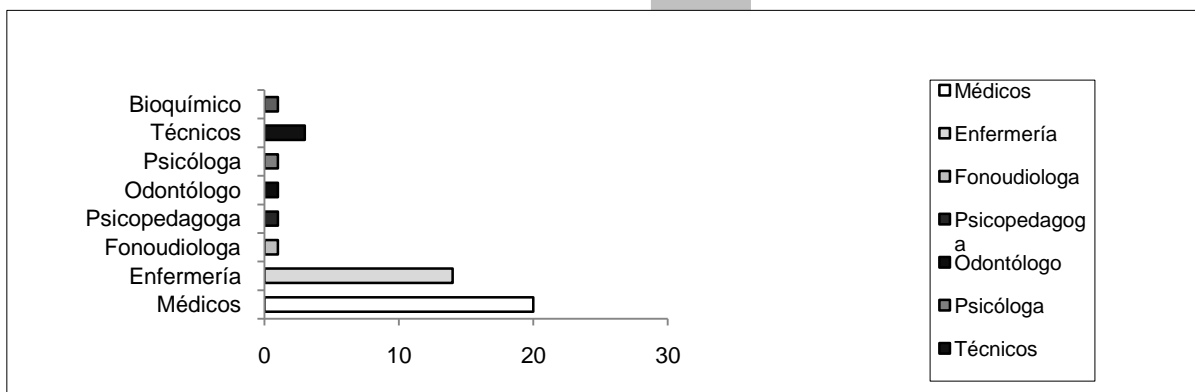


Figura 5: Distribución de los profesionales en los Centros de Salud analizados.

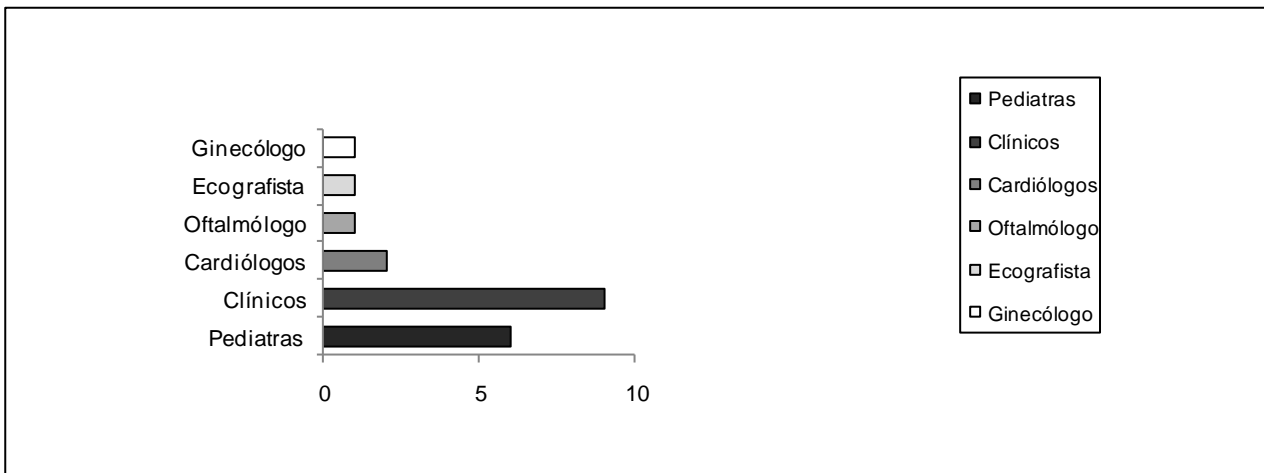


Figura 6: Distribución de especialidades médicas en los tres Centros de Atención Primaria de Salud evaluados.

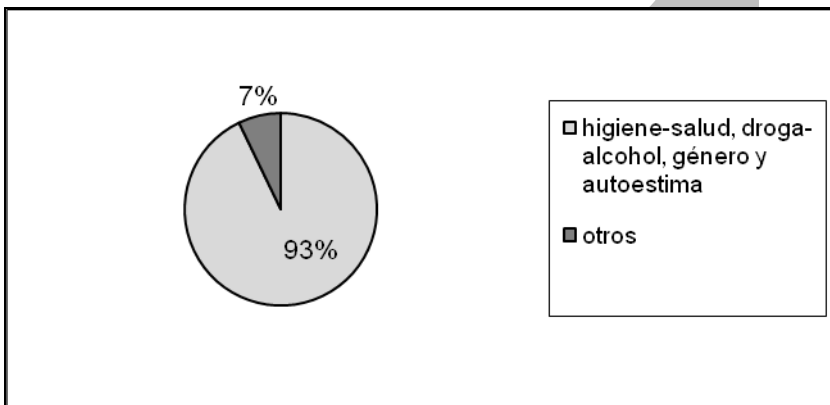


Figura 7: Distribución de temas priorizados por los actores intervinientes en el proyecto.

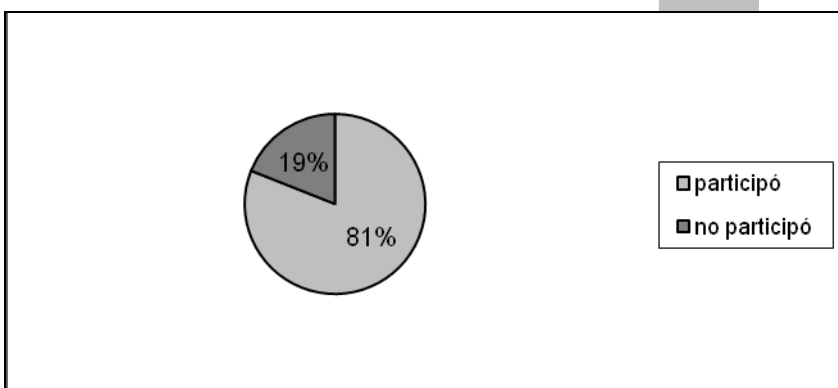


Figura 8: Participación de los docentes a los encuentros de trabajo de prevención y promoción de la salud.

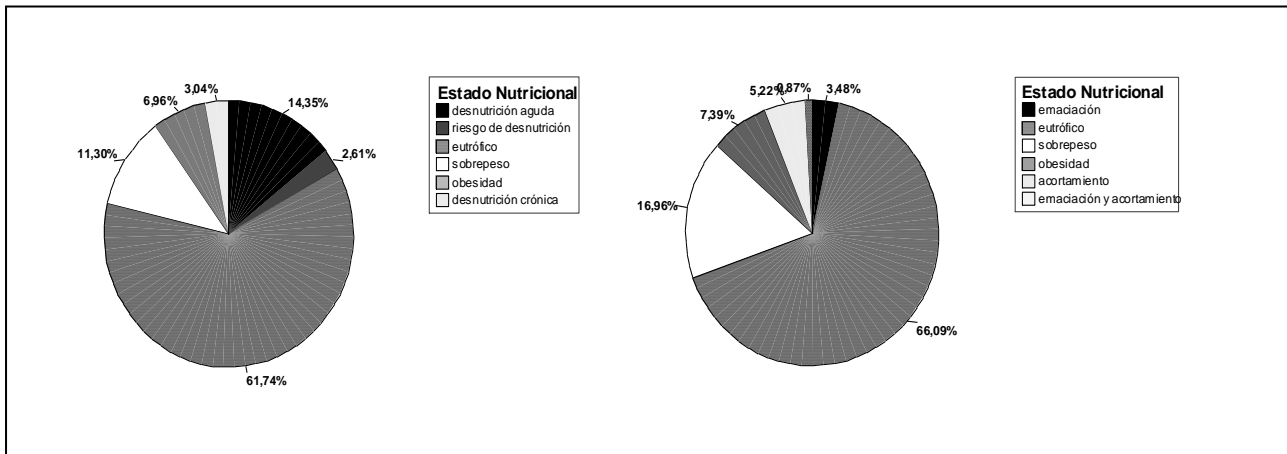


Figura N° 9 a y b: Comparación de estado nutricional según referencias SAP (a) y NCHS/OMS (b) en niños/as de la localidad de Malvinas Argentinas, año 2008.

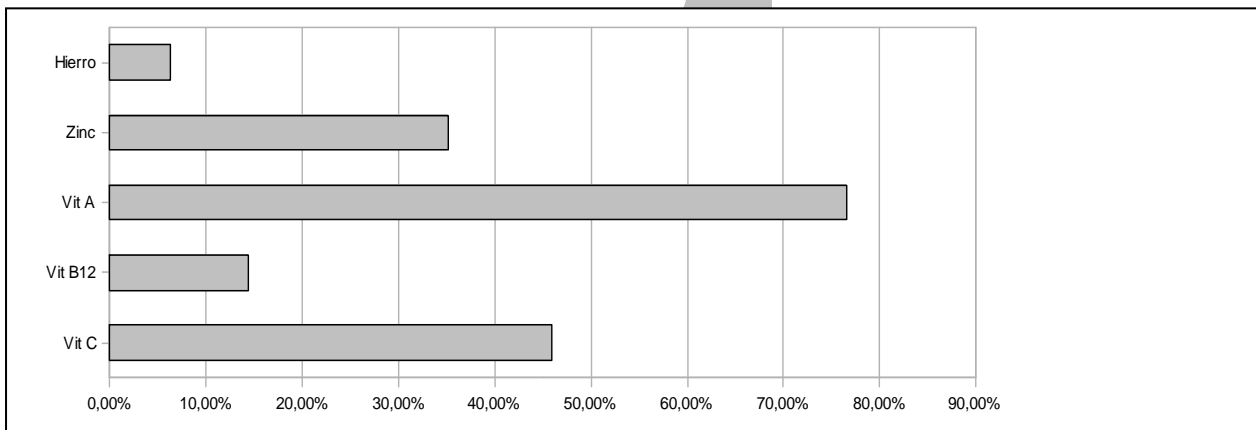


Figura N° 10: Consumo inadecuado de micronutrientes en niños/as de la localidad de Malvinas Argentinas, año 2008.

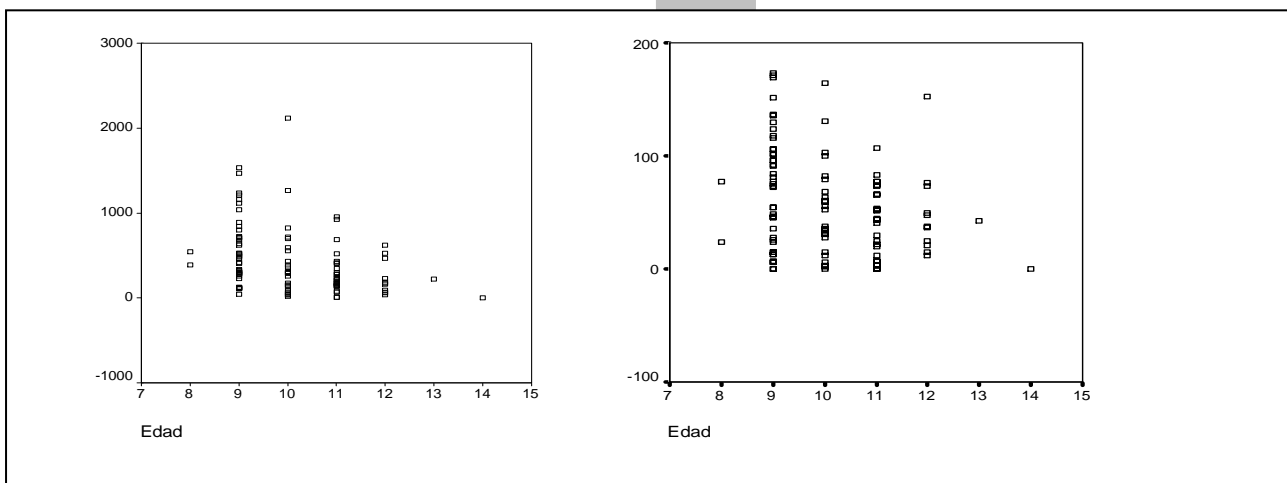


Figura N° 11: Correlación entre edad y consumo de vitamina A y C, en niños/as de la localidad de Malvinas Argentinas, año 2008.

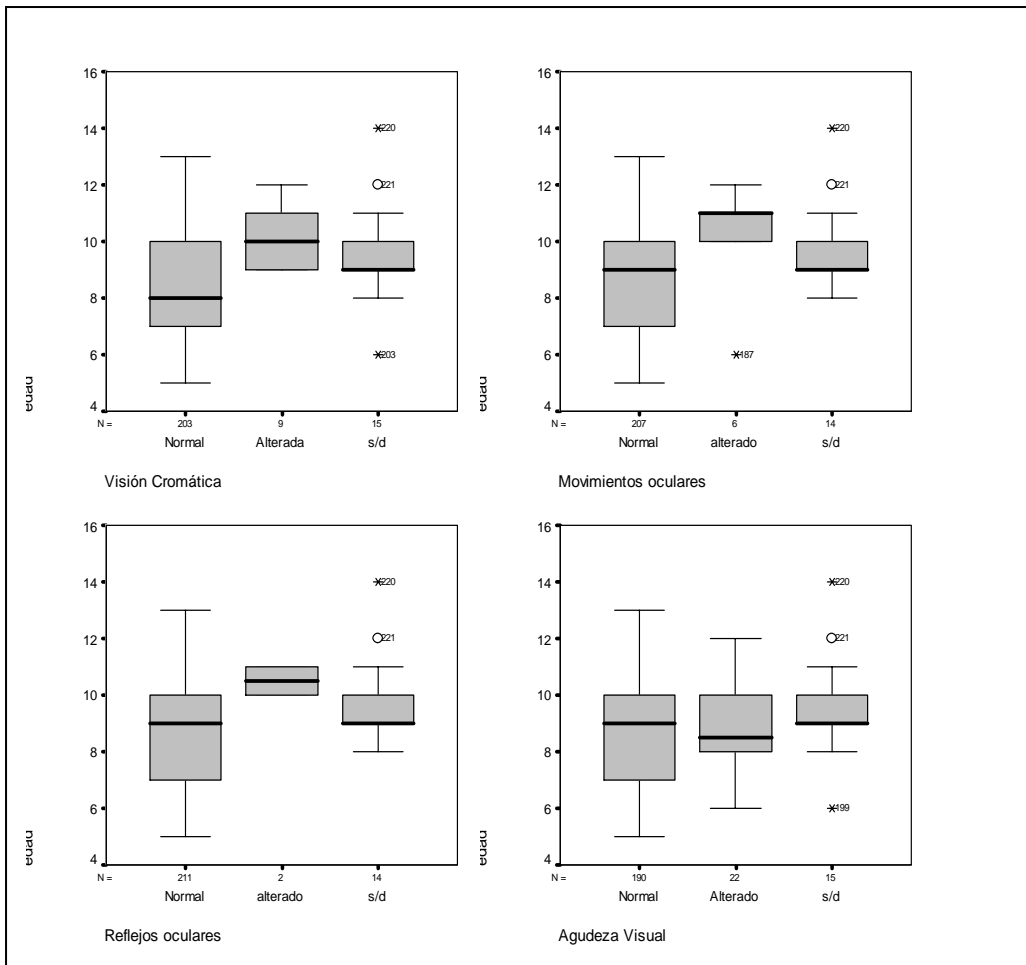


Figura N° 12 a, b y c: Salud visual y edad en niños/as de la localidad de Malvinas Argentinas, año 2009.

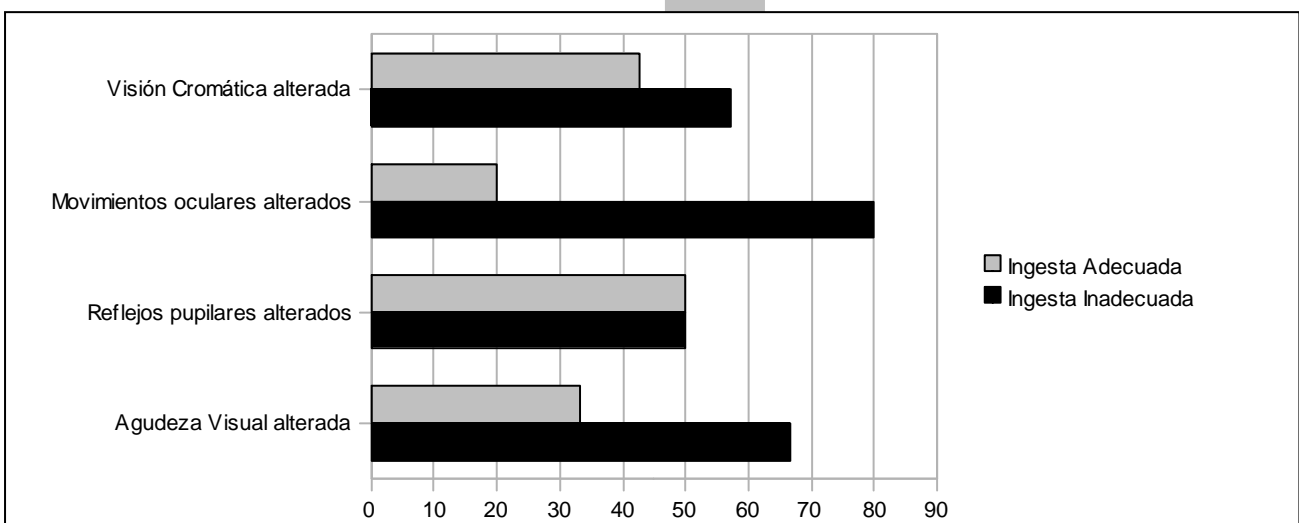


Figura N° 13: Relación entre alteración VC, MO, RP y AV y consumo inadecuado de vitamina A, en niños/as de la localidad de Malvinas Argentinas, año 2008.

### 13. DISCUSIÓN

La primera aproximación en el proceso de indagación del trabajo buscó caracterizar el contexto del municipio en cuanto a la situación socio-demográfica, epidemiológica y sanitaria.

La descripción de los factores condicionantes de salud cobra importancia cuando se piensa en ellos como determinantes sociales del estado de salud de una población. La misma depende, entre otras cosas, del ambiente geográfico donde vive una persona.

Entre los factores involucrados en el ambiente geográfico, la característica del nivel de ruralidad, por ejemplo, condiciona un determinante de riesgo para la presencia de algunas enfermedades, en tanto que alejan la posibilidad de otras. Respecto a este tema, el informe presentado por el Proyecto VIGIA en el año 2001 (VIGIA Perú. 2001) destaca que la zona de residencia de una población no sólo influye por lo físico y biológico sino también lo hace por lo cultural y social.

El conocimiento del volumen, composición, distribución y evolución de la población es importante para describir y prever el estado de salud (Fernández y col. 2001). Así, conocer la concentración de población resulta de interés para planificar la oferta de servicio y para reconocer la presencia de conductas y estilo de vida (VIGIA Perú. 2001).

La jurisdicción que compete al presente trabajo se localiza en una zona de aglomeración poblacional, urbana, con índices demográficos mayores al esperado para la provincia con la consiguiente situación sanitaria esperada. El municipio en estudio presenta una densidad de 66,1 hab/Km<sup>2</sup>, densidad cercana al del departamento Colón, pero el cual se aleja de la densidad de la Provincia de Córdoba que es de 18.6 hab/Km<sup>2</sup> (IFAM. 2001).

Malvinas Argentinas tiene un crecimiento natural bajo, su tipo de pirámide es propio de las poblaciones que no presentan cohortes de la transición demográfica, y puede responder a comportamientos poblacionales con tasas de natalidad y mortalidad altas, que aún no han comenzado la transición demográfica (sobre todo si se trata de poblaciones históricas) o a poblaciones que ya han terminado la transición demográfica y han desaparecido todas sus generaciones (Fernández C y col. 2001; Solsona M. 2009).

Si se define hacinamiento como la cantidad total de personas relacionadas con la cantidad total de habitaciones o piezas que se dispone. El número de personas por hogar en el municipio de Malvinas Argentinas es 4,6, es decir más alto que los parámetros nacionales y provinciales. Esta localidad presenta 15,18% de hogares con una relación de más de 3 personas por cuarto, superior al de provincia el cual se aproxima a 3,86% y

4,78% en el País. Por lo referido anteriormente, y teniendo en cuenta el porcentaje de hogares con algún tipo de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el cual ascendió del 32 % en el 2001 al 39 % en el 2004, esta situación conduce a valores preocupantes de precariedad y hacinamiento en las unidades habitacionales. Conforme a los datos del INDEC, en el año 2001, el porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en la Provincia de Córdoba fue de 11,1% y en el total País de 14,3%, cifras que tornan aún más preocupantes los valores de Malvinas Argentinas. El porcentaje de población que no cuenta con cobertura de obra social es mucho más preocupante que los de nivel provincial y país, si se considera que la provincia cuenta con el 54.24% de la población con algún tipo de cobertura social, cifra muy cercana al valor país el cual se aproxima al 51,95% (INDEC. 2001). La localidad de Malvinas Argentinas presenta valores más altos, si se comparan las proporciones, respecto al porcentaje de población analfabeta en la Provincia de Córdoba. Ya, que como se mencionó en resultados, el porcentaje de población sin instrucción o con primaria incompleta en Malvinas Argentinas es del 26,15%, mientras que en la provincia de Córdoba es de 2,1% (2,3% para varones y 1,9% para mujeres) y en el país es de 2,6% (IFAM. 2004).

Otro análisis que se realizó para la descripción del contexto fue conocer las condiciones epidemiológicas de la comunidad. Teniendo en cuenta los determinantes de salud y enfermedad, conocer los indicadores epidemiológicos resulta esencialmente importante, ya que por un lado posibilita el conocimiento de los servicios requeridos en esa comunidad según sus características. Por otro lado facilita la elección de medidas preventivas, teniendo en cuenta los determinantes de salud y enfermedad (MSN. 2005).

La localidad de Malvinas Argentinas no posee registros de varios indicadores epidemiológicos necesarios para caracterizar socio-epidemiológicamente una localidad, es el caso del indicador de la Esperanza de Vida al Nacer. Según proyecciones y estimaciones 1990/1992 del INDEC, registra valores de 71,93 años para el total país (68,15 años en hombres y 75,59 en mujeres), valores de 72,79 años (69,15 años en hombres y 76,6 en mujeres) para la Provincia de Córdoba, en cuyo contexto se encuadra la jurisdicción en estudio.

De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y del INDEC, la tasa bruta de natalidad para el año 2001 en la Provincia fue de 15,9 cada 1000 habitantes y de 18,2 en el País y la tasa bruta de mortalidad fue de 7,8 cada 1000 habitantes para la Provincia y 7,6 para el País. Estos valores no se conocen para el municipio de Malvinas Argentinas, aunque si se cuenta con la tasa de natalidad en esta localidad (29,6‰). Esta

tasa fue menor al registro de este municipio para año 2003 que fue de 37,2‰ y para el 2004 (34,2‰). Por lo que impresiona que la tasa de natalidad descendiendo anualmente aunque mantiene valores por encima de la tasa provincial y del país.

Respecto a la tasa de mortalidad infantil también se registra disminución anualmente y los valores son muy cercanos a la tasa del País (16,4‰) y de la tasa provincial (14,8‰) (MSN -OPS, 2003).

En cuanto al sistema sanitario local, consolidar las estrategias de atención primaria resulta un recurso fundamental (Abramson JH. 1998 - 1990) y evaluar la capacidad de gestión de los centros de primer nivel de atención (Starfield B. 1992-1994) y el desarrollo de redes asistenciales es un primer eslabón (Holland W. 1991-1994). Tanto los países desarrollados como en los en vías de desarrollo, se ha impulsado la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), con el propósito de promover la integración de los servicios asistenciales, preventivos, de promoción de la salud y de rehabilitación. Se trata de una intervención intersectorial e integrada, de alto impacto sanitario, que promueve el uso racional de recursos disponibles, mejorar la efectividad de las acciones de salud, priorizar la participación social, descentralizar y optimizar los servicios, y favorecer la accesibilidad a los mismos (Lamarche P. 2003).

Es inherente a la organización de los servicios de salud la división en niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria), la idea de que existe un punto de entrada al sistema (puerta o filtro), el cual debe ser muy accesible (Starfield B. 2001). La asesoría de un médico de atención primaria facilita la selección de la mejor opción asistencial posible, lo que mejora la accesibilidad a los servicios de salud. Se define como accesibilidad a la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable (PROAPS – SIPPAPS. 2006). En el municipio de Malvinas Argentinas de la provincia de Córdoba los CAPS son el primer lugar de consulta ante un problema de salud, lo que implica que la accesibilidad en esta jurisdicción de este punto de vista es positiva. Asimismo este dato sugiere, tal como lo refieren investigaciones en otros países (Almeida CM. 1999) que los Centros de Salud del Municipio de Malvinas Argentinas brindan atención de buena calidad.

El acceso a la atención es importante para disminuir la mortalidad y la morbilidad. La utilización de médicos con perfil en APS, para el primer contacto, probablemente conlleve a una atención más apropiada, mejores resultados de salud, y la disminución de los costos (Starfield B. 2001). En Malvinas Argentinas la accesibilidad parecería estar obstaculizada por algunos factores y favorecida por otros. Elementos como el pago de



una contribución podría ser un elemento obstaculizador. El amplio horario de atención y la capacidad de responder a demandas espontáneas en menos de 24 horas, se convierten en elementos positivos para la accesibilidad.

Por otro lado, las unidades de Atención Primaria no pueden operar de modo independiente del resto del sistema de salud local. Esta observación se confirma en dos momentos, en el municipio de Malvinas, durante las entrevistas a los usuarios quienes afirman frecuentar otras unidades de salud (fundamentalmente los usuarios de localidades vecinas) y al observar como los usuarios de los CAPS local asisten en una oportunidad a un Centro y luego a otro, o a un sistema y luego a otro. Esto último, se ve dificultado aún más, cuando se verifica que cada CAPS tiene una historia clínica distinta, con números distintos.

En cuanto a la longitudinalidad, considerada como la relación personal que se establece a largo plazo entre el médico y los pacientes de una consulta. Numerosos estudios demuestran las ventajas de la utilización de una fuente asistencial habitual, aunque el hecho de un lugar habitual como fuente asistencial no equivale a que sea siempre el mismo médico quien asiste (Starfield B. 2001). Continuidad se refiere a la relación personalizada y a la coordinación entre los distintos profesionales que atienden a un único paciente, establecer la misma es un rol fundamental de los trabajadores del primer nivel de atención (PROAPS – SIPPAPS2. 2006). La longitudinalidad implica la existencia de un equipo de salud habitual, así como su utilización para una atención de salud no limitada a ciertos problemas. Esto se asocia a muchas ventajas, como menor utilización de los servicios de salud, mejor atención preventiva, asistencia más apropiada y oportuna, mejor identificación de los problemas de los pacientes, menor número de enfermedades prevenibles, menor número de hospitalizaciones y costos más bajos (Starfield B. 2001). Los servicios de atención primaria deben proveer atención a lo largo del tiempo y atender a todas las demandas del usuario de forma longitudinal (Nutting PA. 1986), es decir, la idea de atención básica no funciona cuando los servicios se utilizan esporádicamente o cuando no se comportan como la puerta de entrada al sistema (Almeida CM. 2000). Teniendo en cuenta el dato de que los centros de salud del municipio de Malvinas Argentinas conforman la puerta de entrada al sistema de salud local y que estos centros prestan servicio con longitudinalidad, se convierten en sistemas efectivos para la población.

Respecto a la integralidad del sistema de salud de la jurisdicción de Malvinas Argentinas no está totalmente desarrollada en el municipio seleccionado para este trabajo.

Integralidad se entiende como la oferta de prácticas preventivas, de promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, integrada funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario. Este componente se valora según el grado en que la gama de servicios disponibles cumple con las necesidades comunes a toda la población y con la necesidad particular de la población atendida (Starfield B. 2001).

Dentro de este aspecto, la capacidad resolutive es entendida como la proporción de problemas de salud que encuentran solución en ese CAPS. Entre las variables que identifican capacidad resolutive se encuentran variedad de población que debe manejarse, actividad de prevención primaria y secundaria, recursos disponibles de diagnóstico y tratamiento, porcentaje de población atendido sin derivación, contenido y calidad de la relación médico-paciente y calificación del personal de salud.

En este sentido, el potencial de la atención primaria se da a partir de sus componentes esenciales: accesibilidad, integralidad de servicios, definición de la población, continuidad, intersectorialidad, uso racional de tecnología y participación social. (Starfield B. 2001)

Si los CAPS cuentan con un equipo acorde a los requerimientos de la población, los usuarios tratarán de resolver sus demandas o problemas de salud en estos centros, descomprimiendo los niveles de mayor complejidad (Macinko, 2005). Es importante adicionar a esto la educación en salud en distintas temáticas, tales como prevención de accidentes, orientación nutricional, salud mental para disminuir así las causas más frecuentes de consulta (Gofin J. 2005-2007).

La coordinación asistencial definida como la posibilidad de realizar un seguimiento de los problemas de salud detectados a lo largo del tiempo y cobertura, se analiza como el resultado de la oferta sistematizada de servicios de salud que satisfagan las necesidades de la comunidad, de forma continua, accesible y socialmente aceptada. Dentro de las variables que se tuvieron en cuenta en este componente fueron el sistema de referencia y contrarreferencia, el sistema de programación de turnos y derivaciones, las actividad de articulación entre primer y segundo nivel de atención e identificación y el seguimiento de derivaciones. Una debilidad importante observada en el sistema de salud de este municipio y de la provincia de Córdoba es el sistema de referencia y contrarreferencia. Esta dificultad no está limitada al municipio estudiado, ya que esta característica está descrita en trabajos realizados en otros países tal como lo demuestra el informe en Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília\_DF, 2006 (Almeida CM. 2006).

La optimización de los resultados encontrados a partir de las encuestas coincide con los resultados esperados para el programa REMEDIAR. Esto se debe, probablemente, a que este programa posee un control de gestión propio para garantizar la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos (MSN. 2006).

Respecto al equipo de salud, la enfermería en la actualidad sufre una transformación paradigmática (Almeida MC. 2003). El viejo rol asignado al personal de enfermería como la del “cuidador de enfermo” se halla frente a la necesidad de ubicarse en un nuevo marco, como consecuencia de la multiplicación y especialización del área de la salud (Aimar A. 2006). Muchas fueron las condiciones que influyeron para que la práctica de la enfermería modificara y ampliara su campo de acción. La práctica actual incluye, además del aspecto curativo, el promocional, el preventivo y de rehabilitación (Benavente MD. 2003; Riveros E. 2005). También los espacios de la práctica se han diversificado más allá de las instituciones hospitalarias hasta las escuelas, los centros de trabajo, las comunidades rurales y marginales. Uno de los grandes desafíos del marco sanitario del siglo XXI es la plena consolidación del diálogo interdisciplinario como herramienta de trabajo. En este marco la enfermería debe introducirse y para ello no solo es necesario un lenguaje adecuado, sino una posición de poder simétrica, que permita al personal de enfermería expresarse en un plano de igualdad de condiciones con respecto a los otros interlocutores del equipo de salud. Para ello es imprescindible la profesionalización de la enfermería (Torralba DF y col. 2003). Respecto a la relación médico/ enfermero en el sistema de salud del municipio de Malvinas Argentinas es de 1,4 médicos por cada enfermero. Es decir el equipo de salud está formado por 49% de médicos y 34% de enfermeros, por lo que esta relación está más próxima a los valores esperados para los servicios de salud, que a los valores informados a nivel país. La realidad profesional informada a nivel del país es que la relación médico / enfermero es una de las distorsiones más seria de la estructura del equipo de salud (Abramzón MC. 2006). En Argentina la relación es casi de 10 a 1. Este hecho refleja las dificultades existentes en el país para implementar programas que estimulen la formación y el trabajo en determinados campos críticos como la enfermería (Abramzón MC. 2001).

Con el objetivo de estimular a los alumnos de la escuela Héctor Valdivieso de la localidad de Malvinas Argentinas para que se constituyan en promotores de salud y conformar un lugar donde se aborden problemáticas de la Atención Primaria de Salud se comenzó la segunda etapa de trabajo. Que consistió en la implementación de los temas

seleccionados por los distintos actores que participaron de este trabajo. La propuesta de los talleres fue la utilización del proceso de educación sanitaria activa, la cual guía a los integrantes de los diferentes grupos de trabajo hacia el pensamiento activo, lo que permite estimular el entendimiento de las ideas relacionadas con la salud y aprender las habilidades que los ayuden a cómo manejarse en la vida cotidiana, a desarrollar actitudes y a confirmar valores (OPS\_OMS. 1999; Werner D. 1994).

Como se mencionó se relevó información sobre el estado nutricional de niños y niñas de la escuela, esto permitió comparar el diagnóstico nutricional de los niños escolarizados del año 2005 (el cual era el último con el que contaba el Sistema de Salud Local). El resultado de este relevamiento mostró niveles más bajo de desnutrición que en el año 2005 y valores más altos de sobrepeso y obesidad comparado el mismo año. Los resultados en relación al estado nutricional en el presente estudio reflejan una alta prevalencia de malnutrición por exceso, con las referencias nacionales e internacionales y una alta prevalencia de malnutrición por déficit según la referencias SAP. No existen datos actualizados a escala nacional sobre la situación nutricional de los niños/as en edad escolar. En la Provincia de Córdoba, los datos antropométricos de la Encuesta de Salud, Nutrición y Desarrollo, realizada en el año 2000, reflejan en la población infantil de 8 años de bajo nivel socioeconómico, presentan una menor prevalencia de sobrepeso (5,7%) y obesidad del (7%) mientras que la prevalencia de emaciación y acortamiento fueron del 4,3% y 5,7; valores similares a los obtenidos en este estudio con las referencias internacionales (Chesta M. 2007). Según algunos autores, el empleo de referencias nacionales o internacionales, reflejan diferentes prevalencias de bajo peso y baja talla para la edad, lo cual puede dificultar la comparación entre los diferentes grupos de población en nuestro país (Oyhenart E. 2005; Post C. 2001). Según las consideraciones del grupo *ad hoc* para el análisis de las tablas de la OMS, refiere que las tablas nacionales e internacionales no deben competir entre sí, sino que se deben complementar (Abeyá Gilarón E. 2007), para este estudio se considero importante la utilización de ambas. Las internacionales para realizar comparaciones entre niños de diferentes contextos y las nacionales, las cuales aunque tienden a sobreestimar la desnutrición aguda (Anigstein C. 2008) es importante su uso ya que posee mayor sensibilidad para detectar población que se beneficie de una intervención nutricional (Abeyá Gilarón E. 2007). En relación a las altas prevalencias de sobrepeso y la obesidad en la población estudiada, Argentina es uno de los países con mayor prevalencia de obesidad infantil de

Latinoamérica (Kain J. 2003). Los datos concuerdan con los de Orden y colaboradores (2005), quienes evaluaron nutricionalmente a escolares de bajos recursos, y observaron altas cifras de malnutrición por exceso (17%). Resulta importante la mayor presencia de malnutrición por exceso en las niñas; estos datos coinciden con los de Hernández (2005), quien reportó una mayor tendencia de sobrepeso y obesidad en niñas en edad escolar en México. Resulta importante la magnitud de niños/as con ingesta inadecuada de vitamina A, como sucede en otras comunidades empobrecidas (Castejón H. 2001; Underwood BA. 1996); mientras que la ingesta inadecuada de hierro ha mostrado valores inferiores a los reportados por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (MNS. 2007)

En cuanto a la salud visual, la prevalencia de alteraciones en la agudeza visual coincide con los obtenidos por Verrone (2008), y menor a los destacados por otros autores (Granzoto JA. 2003). Cabe destacar que como estrategia de atención primaria de salud es fundamental la detección precoz de la disminución en la agudeza visual y estrabismos (Fernández Guardiola A. 2005; Tenaglia R. 2002). Como así también es importante la detección de alteraciones en la visión cromática para orientar a los padres y educadores de las posibles implicaciones futuras para el niño/a (Álvarez de Laviada Mulero T. 2004). Si se tiene en cuenta el promedio de edad en que se presentaron las alteraciones en la salud visual, se encuentra por encima de los 8 años; lo que revela una falta de control y/o tratamiento oftalmológico a menor edad; situación que suele presentarse en ambientes socioeconómicos desfavorables (Borghetto Abud A. 2004). Las técnicas utilizadas son relativamente sencillas para que sean realizadas por personal de atención primaria o incluso docentes previamente entrenados, con lo cual la salud visual de los niños/as se encontraría sumamente beneficiada.

En relación al análisis de la relación entre EN y salud visual se detectó diferencias significativas de prevalencias entre los RP y malnutrición por déficit, así como entre la AV, MO, RP y VC. Whatham y col., señalan que la agudeza visual generalmente no es afectada por la deficiencia de vitamina A (Whatham y col. 2008), mientras que esta deficiencia ha sido relacionada con alteraciones en la visión cromática (Chae T. 2006; Stewart J. 1972). Existen evidencias de que la desnutrición precoz del niño, interviene en el desarrollo de la salud visual. El funcionamiento del ciclo visual, la integridad de las membranas oculares, el mantenimiento de la diferenciación epitelial ocular y la resistencia contra las infecciones oculares, dependen de la ingesta adecuada de nutrientes (Pereira Dantas A. 2005; Neuringer M. 2000).



## 14. CONCLUSIÓN

### *Fortalezas, logros y aciertos*

La constitución de un equipo de trabajo en los centros de salud de Malvinas Argentinas permitió conformar una red que generó un avance en la promoción de la salud. Constituyendo un aporte cualitativo y cuantitativo de la actividad científica en atención primaria, pues permitió consolidar un grupo que se encuentra en condiciones de establecer contribuciones a la investigación epidemiológica y a la salud pública, así como evaluar y mejorar la salud de la comunidad.

La participación de docentes, alumnos y madres que se constituyen en promotores de salud facilita mejorar la salud de la población de Malvinas Argentinas, otorgando sustentabilidad a esta intervención.

La generación de un soporte operacional para la investigación en salud desde el Centro de Investigación de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Este soporte garantiza el apoyo técnico de equipos interdisciplinarios y tiene como objetivo no sólo mejorar la calidad de vida de la población involucrada, sino el acompañamiento permanente a los profesionales

La vinculación de los profesionales, a través de la participación conjunta, en el proceso enmarcado en la formación de recursos humanos en el primer nivel de atención realizado por la provincia. Esto trae como consecuencia beneficios para el Centro de Salud, los efectores y la comunidad.

### *Debilidades, limitaciones, tensiones, contradicciones*

Se plantea el desafío de reforzar el vínculo entre los centros de salud y la comunidad. Se considera un paso fundamental ya que los efectores de salud son quienes conocen los problemas de salud de la población y quienes tienen a su cargo asistir a la comunidad en pos de solucionarlos.

### *Desafíos e interrogantes para quienes realizaron el trabajo*

Tendencias o fenómenos emergentes para tener en cuenta en situaciones similares, rol del sector público y de los actores privados, sostenibilidad de los modelos preexistentes y los propuestos.

En relación a lo expuesto anteriormente, se considera que el desafío más importante es establecer estrategias tendientes no sólo a promover el autocuidado, sino también a que los habitantes de la comunidad se constituyan en sujetos de derechos para decidir

que cuidado en salud necesitan y lo demanden a las autoridades locales. Por lo que a modo de recomendación se considera importante para poder avanzar en una comunidad saludable es generar estrategias que fortalezca la educación en salud en la población involucrada. De esta manera la población estará capacitada para movilizar o responder al equipo responsable de las acciones que atiendan a las necesidades de salud en dicha población.

Es necesario comenzar a reflexionar junto con la comunidad sobre los cambios que comienzan a generarse en la salud de la población y de qué manera se pueden monitorear y evaluar; así como el rol que desarrollan los diversos actores involucrados en el proyecto.

#### *Valores relevantes*

Se destaca como factor positivo en la comunidad la participación sostenida no solo en las actividades que se proponen, sino también en la demanda de las problemáticas que consideran deben ser abordadas y a la importancia que aportan a la capacitación en salud. El impacto del proyecto está relacionado a las vinculaciones que se generaron entre las instituciones involucradas, en las que se generó un clima de confianza para seguir gestando proyectos de trabajo. Asimismo, esto implicó una movilización del ambiente universitario, a través de las visitas periódicas a la escuela Héctor Valdivieso. Se destaca como valor relevante el trabajo coordinado de los profesionales de la Escuela de Salud Pública con la comunidad, rescatando la importancia de la extensión universitaria como un proceso de aprendizaje Universidad-Comunidad.



## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeyá Gilarón E, Anigstein C, Bay L, et al. *Referencias y estándares de crecimiento en la Argentina. Consideraciones del grupo Ad Hoc para el análisis de las tablas de la Organización Mundial de la Salud y su uso en la Argentina*. Arch Arg Pediatr 2007; 105 (2): 159-166.
- Abramson JH. Community-oriented primary care. Strategy, approaches and practice: a review. Public Health Rev. 1988; 16 (1-2): 35-98.
- Abramson JH. Community-oriented primary care. In: Survey Methods in Community Medicine: An Introduction to Epidemiological and Evaluative Studies, 4<sup>th</sup> Ed. Churchill Livingstone, New York, 1990, Ch. 32.
- Abramzón MC. "Argentina: Recursos Humanos en Salud", en colaboración. En: Recursos Humanos en Salud en Argentina 2001. OPS/OMS. Buenos Aires, Argentina. 2001.
- Abramzón M C. Recursos humanos en salud en Argentina un desafío pendiente. Rev. de Salud Pública. V 1. P65. 2006.
- Aimar A, Videla N, Torre M. Tendencias y perspectivas de la ciencia de enfermería. Enfermería Global [on line] 2006 Nov. Disponible en <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/view/385>. Accesido en marzo 2007
- Almeida, C.M. y col. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Research In: Organización Panamericana de la Salud. Public Health Technical Report. Washington, 1999.
- Almeida, CM. Saúde e equidade nas reformas contemporaneas. Saúde em Debate. Río de Janeiro, v. 24, n. 54. 2000.
- Almeida, CM y col. Health reform in Brazil: a study in inequity. Internacional Journal of Health Services, v30. 2000.
- Almeida, CM. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. OPS. Ministério da Saúde Brasil. Brasília-DF. 2006.
- Almeida MC. La formación de investigadores enfermeros/as en América Latina. In: Memoria de VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Colombia, 2003. Simposio: 12-16.
- Álvarez de Laviada Mulero T, Díez Domingo J, Fons Moreno A, Harto Castaño MA, Marco Martín M. *Detección precoz de las alteraciones oculares y de la visión en la infancia*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2004: 0-28.
- Anigstein C, Kerai V, Acosta A et al. *Comparación de las referencias argentinas y los estándares de la OMS en la evaluación antropométrica poblacional de niños menores de 5 años*. Arch. Argent. Pediatr 2008; 106 (6):505-509
- Benavente MD. Estructura de investigación de enfermería en Andalucía y perspectiva del futuro. Salud y Cuidado [on line]. 2003 Julio. Disponible en: <http://www.saludycuidados.net/numero5/invesandalucia1.htm>. Accedido en octubre 2008.
- Borghetto Abud A, Alves Ottaiano JA. *Aspectos socioeconômicos que influenciam no comparecimento ao exame oftalmológico de escolares com alterações visuais*. Arq Bras Oftalmol 2004; 67 (5): 773-779.
- Castejón H, Ortega P, Díaz ME, Amaya D, Gómez G, Ramos M, Alvarado MV, Urrieta JR. *Prevalencia de deficiencia sub-clínica de vitamina A y desnutrición en niños marginales de Maracaibo-Venezuela*. ALAN 2001; 51(1): 25-32.
- Censo Nacional. Instituto Nacional de Estadística y Censo de la República Argentina. INDEC 2001.
- Chae T, Froozan. *Vitamina A deficiency in patients with a remote history of intestinal surgery*. Br J Ophthalmol 2006; 90: 955-956.
- Chesta M, Lobo B, Agrelo F, Carmuerga E, Sabulsky J, Durán P, Pascual LR. *Evaluación antropométrica en niños de la ciudad de Córdoba, año 2000*. Arch Arg Pediatr 2007; 105 (2): 101-108.
- Cohen y Manion Métodos de investigación educativa. La Muralla. Madrid. 1999
- Didoni M, Estario JC, Willington JM, Fernández AR. Análisis de los Centros de Primer Nivel de Atención de la Provincia de Catamarca. Rev. Salud Pública. 2005; (1):74.
- Escuela y comunidad: Redes socio- culturales. Colección: Cuadernos para pensar, hacer y vivir la escuela. Publicación del Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. 2005
- Fernández C, Martín M, Muñoz F, Mancera J y Paniagua F. Utilidad para la atención sanitaria del análisis demográfico de una zona básica de salud urbana. Rev. SEMERGEN. 2001, 27 (6):286-290.

- Fernández AR, Ciuffolini B, Didoni M, Utz L, Jure H, Acevedo G y col. Evaluación de APS y de redes de servicios de salud: dos miradas de la situación de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Ed. Ministerio de Salud de la Nación. Bs. As. 2007.
- Fernández Guardiola A. *Exploración del paciente estrábico en edad pediátrica*. Annals d'Oftalmol 2005; 13(1): 31-35.
- Gofin J, Gofin R. Community oriented primary care and primary health care. Amer J Public Health. 2005, 95 (5):757.
- Gofin J, Gofin R. Community-oriented primary care: a public health primary care. Rev Panam Salud Publica. (serial on the internet) 2007 mar (cited 4 de agosto); 21 (2-3):177-185. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid).
- González García G. "IV Jornadas Internacionales de Economía en Salud". Asociación de economía de la Salud. Ed: ISALUD. 2003.
- Granzoto JA, Esteves Ostermann CSP, Freire Brum L, Gnutzmann Pereira P, Granzoto T. *Avaliação da acuidade visual em escolares da 1a série do ensino fundamental*. Arq Bras Oftalmol 2003; 66(2): 167-171.
- Hernández B, Cuevas-Nasu L, Shamah-Levi T y colaboradores. *Factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999*. Salud Pública Mex 2003; 45(suplem 4): S551-S557.
- Holland WW, Detels R, Knox G (eds). Oxford Textbook of Public Health. Vol. 1, segunda edición. Influences of Public Health. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- Holland WW. European Community Atlas of " Avoidable Death". Commission of the European Communities health services reseach. Series N° 6, 9. Vols. 1, 2. Segunda edición, Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Informe Situación de Salud en la Argentina 2003. Ministerio de Salud de la Nación Argentina y Organización Panamericana de la Salud.
- Instituto Federal de Asuntos Municipales (IFAM). Secretaría de Asuntos municipales. Ministerio del Interior. Presidencia de la Nación. 2001
- Instituto Federal de Asuntos Municipales (IFAM). Secretaría de Asuntos municipales. Ministerio del Interior. Presidencia de la Nación. 2004
- Kain J, Vio F, Albala C. *Obesity trends and determinant factors in Latin America*. Cad Saúde Pública 2003; 19(Sup. 1): S77-S86.
- Kohn R, Levav I, Alterwain P. Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. Rev. Panamericana de Salud Pública. 2001; 9:211–218.
- Lamarche Paul A. Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Health care. Promot. Educ. Suppl 3:62-4. 2003
- Macinko James; Montenegro Hernán y Nebot Carme. Renovando la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Mayo 2005.
- Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires 30-15, de Alma Ata a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, Hechos y Realidades". 2007
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Documentos de resultados 2007 disponible en: [http://www.msal.gov.ar/hm/site/ennys/pdf/documento\\_resultados\\_2007.pdf](http://www.msal.gov.ar/hm/site/ennys/pdf/documento_resultados_2007.pdf) Accedido 6 de octubre de 2007.
- Ministerio de Salud de la Nación. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Salud y Participación Comunitaria. 2006
- Ministerio de Salud de la República del Perú, Oficina General de Epidemiología y Proyecto VIGIA. "Guía para el análisis de los factores condicionantes de la Salud". Análisis de Situación de Salud ASIS. Lima, 2001.
- Moreno E, Crivelli V, Kestelman N, Malé M, Passarell N. Guía de programación local de actividades de Salud Materno Infantil. Universidad Nacional de Tucumán. 2000.
- Neuringer M. *Infant Vision and retinal function in studies of dietary long-chain polyunsaturated fatty acids: methods, results and implications*. Am J Clin Nutr 2000; 71 (suppl): 256S-267S.
- Nutting PA. Community-oriented primary care: an integrated model for practice, research and education. Am J Prev Med 1986 may; 2 (3): 140-147.
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Adopción. Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes. 2ª ed. Washington: OPS-OMS, 1999.

- - Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. División de desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Servicios de Salud Escolar en la Región de las Américas. Washington: OPS, 2003.
- Orden A, Torres MF, Luis MA, Cesani MF, Quintero F, Oyhenart E. *Evaluación del estado nutricional en escolares de bajos recursos en el contexto de la transición nutricional*. Arch Arg pediatr. 2005; 103 (3): 205-211.
- Oyhenart E, Orden A. *Diferencias en las prevalencias de desnutrición al usarse referencias nacionales e internacionales*. Rev Panam Salud Pública 2005; 18 (3): 157-162.
- Pereira Dantas A, Teixeira Brandt C, Barros Leal DN. *Manifestações oculares em pacientes que tiveram desnutrição nos primeiros seis meses de vida*. Arq Bras Oftalmol. 2005; 68(6): 753-756.
- Post CLA, Victora CG. *The low prevalence of weight-for-height deficits in Brazilian children is related to body proportions*. J Nutr 2001; 131: 1290-1296.
- Programa de Atención Primaria de Salud – Sistema de Incentivo para Profesionales de la Atención Primaria de Salud (PROAPS – SIPPAPS). Córdoba. Argentina. 2006.
- Programa REMEDIAR. Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2006.
- Riveros EER, Spuler XO. Estado de la investigación en enfermería IX región de la Araucanía, Temuco, Chile 2002. Invest Educ Enferm. 2005 Sep; 23(2):82-93
- Ruales J. Renovación de la Atención Primaria de Salud en América Latina. Encuentro Nacional de Renovación de la APS. Bogotá DC, mayo 2005.
- Shi, L; Starfield, B; Xu, J. Validating the adult primary care assessment tool. Journal of Family Practice, v. 50. 2001
- Solsona M y Vicana F. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. Gac. Sanitaria, Barcelona. 2009. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=es&pid=so213\\_9111200400004&ing=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=es&pid=so213_9111200400004&ing=es&nrm=iso) accedido en 07 de mayo de 2009.
- Starfield B. Community-oriented primary care. In Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. Oxford University Press, New York, 1992. Ch 13.
- Starfield B. Primary care: Is it essential? Lancet, V. 344. 1994
- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Editoria Masson 2001.
- Stewart J; Foulds WC. *Acquired dyschromatopsia in vitamin A deficiency*. Mod Prob Ophtalmol 1972;11:168-73.
- Tenaglia R. *Ambliopía: su pesquisa en la escuela*. Arch Argent Pediatr. 2002; 100 (4): 342-344.
- Torralba, FD. Ponencia Enfermería y Transformación Paradigmática. XX Congreso Nacional de Enfermería y Salud Mental. Alicante. España. 2003.
- Underwood BA, Arthur P. *The contribution of vitamin A to public Health*. FASEB J 1996; 10:1040-1048.
- Valadez I, Villaseñor M, Cabrera C. "Evolución histórica de la educación para la salud". En: Cabral, J; Lozano, M.E; Cabrera, C; Pérez, M; Valadez, I. México DF. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Salud: 23-28. 1995
- Valadez Figueroa I, Villaseñor Farias M, Alfaro Noe. Educación para la salud: la importancia del concepto. Rev. Educación y Desarrollo 1: 45-48. 2004
- Verrone PJ, Simi MR. *Prevalencia de agudeza visual baja y trastornos oftalmológicos en niños de seis años de la ciudad de Santa Fe*. Arch Argent Pediatr. 2008; 106 (4): 328-333.
- Werner D, Bower B. Aprendiendo a promover la salud. Palo Alto, México: Fundación Hesperian, 1994.
- Whatham A, Bartlet H, Eperjesi F, Blumenthal C, Allen J, Suttle C, Gaskin K. *Vitamin and mineral deficiencies in the developed world and their effect on the eye and vision*. Ophthal Physiol Opt. 2008; 28 (1): 1-12.
- Wright J, Parry J, Mathers J. Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values. Bull World Health Organ. (serial on the internet). 2005 Enero (citado 5 de julio 2007); 83 (1): 58-63. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid).

## 16. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AV: Agudeza Visual  
APS: Atención Primaria de Salud  
BPH: Buenas Prácticas de Higiene  
CALMAT: Calidad de Materiales  
CAPS: Centro de Atención Primaria de Salud  
EML: Espacio Multiactoral Local  
EN: Estado Nutricional  
ESP: Escuela de Salud Pública  
FCM: Facultad de Ciencias Médicas  
IFAM: Instituto Federal de Asuntos Municipales  
INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la República Argentina  
MSN: Ministerio de Salud de la Nación  
MO: Movimiento Ocular  
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas  
OPS: Organización Panamericana de la Salud  
OMS: Organización Mundial de la Salud.  
RP: Reflejo Pupilar  
SAP: Sociedad Argentina de Pediatría  
TMI: Tasa de Mortalidad Infantil  
UNC: Universidad Nacional de Córdoba.  
VC: Visión Cromática