

# *A* **nálisis de Situación de Salud (ASIS)** **Rol de la universidad en la comunidad**

*Health Situation Analysis (HSA). The role of the university in the community*

**Edit Ramona Aguirre<sup>1, 2</sup>, Sandra Alina Bondar<sup>1, 2</sup>, Natalia Evelin Judis<sup>1, 2</sup>.**

1. Secretaría de Investigación, Ciencia y Técnica, Universidad Nacional del Chaco Austral. Chaco, Argentina.
2. Departamento de Docencia, Carrera de Medicina, Universidad Nacional del Chaco Austral. Chaco, Argentina.



Recibido: 30 de diciembre de 2022.  
Aceptado: 5 de mayo de 2023.  
Publicado: 29 de mayo de 2024.

ART-AO-72-01  
DOI: 10.5281/zenodo.10901829

**Autor(a) responsable de la correspondencia**

**Edit Ramona Aguirre**

aguirreedit4@gmail.com

Comandante Fernández 755, Presidencia Roque Sáenz Peña.  
Chaco, Argentina.



Este artículo se distribuye bajo una licencia *Creative Commons* Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

© Aguirre ER, Bondar SA, Judis NE. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Rol de la universidad en la comunidad. Rev Cadena Cereb. 2023; 7(2): 72-85.  
<https://www.cadenadecerebros.com/articulo/art-ao-72-01>

## RESUMEN

**Introducción:** En este trabajo se presentan resultados de una Beca de Investigación de Posgrado dependiente de la Secretaría de Investigación Ciencia y Técnica de Universidad Nacional del Chaco Austral (UNCAUS).

**Objetivo:** Realizar un estudio comparativo entre los Análisis de Situación de Salud (ASIS) llevados a cabo en los Barrios Mitre y San Cayetano de la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco (período 2020 – 2021).

**Metodología:** Obtención de la información a través de cuestionarios cerrados, anónimos acerca del estado actual de los barrios.

**Resultados:** Barrio San Cayetano se seleccionaron 497 viviendas de las cuales 349 fueron encuestadas con un porcentaje del 70%. El 30%: 148 viviendas no fueron encuestadas. Barrio Mitre se seleccionaron 385 viviendas de las cuales 281 accedieron a responder con un porcentaje del 73% de las familias encuestadas. El 27% corresponde a viviendas donde la encuesta no se pudo llevar a cabo. En ambos Barrios, las viviendas no entrevistadas se deben al ausentismo en el hogar al momento de la entrevista, negativa a responder, casa abandonada, ausencia de adulto mayor en el lugar.

**Conclusiones:** Eje Familiar: la salud de la familia se refleja en la salud de la comunidad. Sistema sanitario: fortalecer la APS: necesario trabajar las Redes Integradas de Salud, no como un porcentaje de sistemas separados (público- privado- sub) o, número de personas que reciben atenciones a demanda. Eje ECNT: por sus características (permanentes, irreversibles, incapacitantes, prevenibles), requieren un abordaje intersectorial. A través del ASIS nos planteamos lo siguiente, ¿Es necesario un rol desde la Universidad en la comunidad?

**Palabras clave:** universidad; ASIS; comunidad.

## ABSTRACT

**Introduction:** This paper presents the results of a Postgraduate Research Scholarship dependent on the Science and Technology Research Secretariat of the National University of the Austral Chaco (UNCAUS).

**Purpose:** Develop a comparative study between the Health Situation Analysis (ASIS) carried out in the Mitre and San Cayetano neighborhoods of Presidencia Roque Sáenz Peña city, Chaco (2020 -2021 period).

**Methodology:** Obtaining information through closed, anonymous questionnaires about the current state of the neighborhoods.

**Results:** Barrio San Cayetano, 497 homes were selected, of which 349 were surveyed (70%), 148 homes were not surveyed (30%). Barrio Mitre, 385 homes were selected, of which 281 agreed to respond with a percentage of 73% of the families surveyed. 27% correspond to homes where the survey could not be carried out. In both neighborhoods, the dwellings not interviewed are due to absenteeism in the home at the time of the interview, refusal to respond, abandoned house, absence of an elderly person in the place.

**Conclusions.** Family axis: the health of the family is reflected in the health of the community. Health system: strengthen health primary attention, it is necessary to work on the Integrated Health Networks, not as a percentage of separate systems (public-private-sub) or number of people who receive care on demand. CNCD axis: due to their characteristics (permanent, irreversible, disabling, preventable), they require an intersectoral approach. Through ASIS we consider the following: Is a role from the University in the community necessary?

**Keywords:** university; ASIS; community.

## INTRODUCCIÓN

En los Barrios San Cayetano y Mitre de la Ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña en la provincia del Chaco (Argentina) se llevó a cabo el Análisis de Situación de Salud (ASIS), con el objetivo de realizar un estudio comparativo entre ambas comunidades, durante el periodo 2020-2021. La finalidad última es poder, a partir de dichos datos planificar intervenciones territoriales con la comunidad y en conjunto al trabajo interdisciplinario de actores sociales.

En el siguiente ASIS se presentan resultados de una Beca de Investigación de Posgrado dependiente de la Secretaría de Investigación Ciencia y Técnica de Universidad Nacional del Chaco Austral (UNCAUS).

En este trabajo, en la recolección de datos participaron Estudiantes de la Carrera de Medicina de 4º Año de Universidad Nacional del Chaco Austral, también los centros de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública del Chaco, colaboración del Municipio a través de los Centro Integrador Comunitario y Docentes de UNCAUS.

Se presenta el análisis de varios ejes de la comunidad: Familiar- Determinantes de salud: abastecimiento de agua, suministro eléctrico, disposición de excretas, disposición de sólidos, Recolección de residuos, residuos líquidos, contaminación ambiental- animales que generan riesgo a la salud- vivienda: tipo, material, condición- cultura sanitaria- características psicosociales- satisfacción de necesidades básicas- ingreso por familia- medio de transporte- cobertura del sistema de salud – raza- ocupación- factores de riesgo- Sistema sanitario- ECNT-.

Se entiende como funciones de la salud pública (FESP) al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones.

Su importancia en la Argentina: proponer un concepto común de la Salud Pública y sus funciones esenciales, crear un marco para la medición del desempeño de estas y apoyar la evaluación de la práctica de la Salud Pública en cada país. Son: el monitoreo y análisis de la situación de salud, la investigación y control de riesgos, la promoción de la salud, la participación de los ciudadanos, el desa-

rollo de políticas y planificación institucional, la regulación y fiscalización, el acceso equitativo a los servicios de salud, los recursos humanos y capacitación, el mejoramiento de la calidad de servicios de salud, la investigación, la reducción del impacto en emergencias y desastres.

FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud. Dentro del mismo se encuadra el Análisis de Situación de Salud (ASIS).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se define ASIS como “proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones, y la evaluación de su impacto”<sup>1</sup>.

## METODOLOGÍA

Este ASIS se llevó a cabo en Presidencia Roque Sáenz Peña, la segunda ciudad más poblada de la provincia del Chaco, Argentina, Cabecera del Departamento Comandante Fernández.

Se seleccionan los barrios San Cayetano y Mitre, donde se llevó a cabo el Análisis de Situación de Salud, con el objetivo de realizar un estudio comparativo entre ambas comunidades.

El barrio Bartolomé Mitre de la localidad de Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco, ubicada en el sector suroeste de la ciudad, cuyos límites (según lo establece la ordenanza municipal 3033/99 aprobada por el HONORABLE CONSEJO DELIBERANTE de PRESIDENCIA ROQUE SÁENZ PEÑA, CHACO el día 19 de Marzo de 1999) son: al norte la COLECTORA SUR RN 16, al sur la calle 151, al este la calle CAPITAN E. MUÑIZ (112) y al oeste la calle DON ORIONE (120).

El barrio cuenta con alrededor de 44 manzanas con unas 1550 viviendas y una densidad poblacional de 6000 habitantes aproximadamente (según último Censo Nacional del año 2010).

El Barrio San Cayetano, ubicado al sur de dicha localidad entre ruta 16 y 95. Republica Haití 2298- 2200 Sáenz Peña – Chaco.

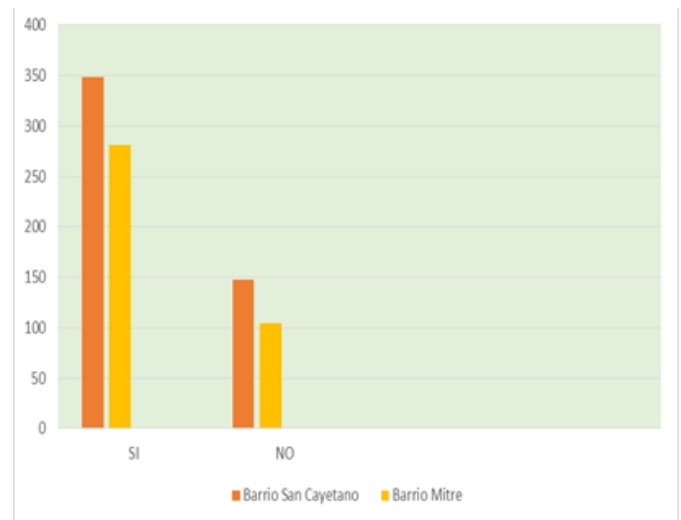
Para la recolección de datos, en este trabajo, participaron Estudiantes de la Carrera de Medicina de 4° Año de la Universidad Nacional del Chaco Austral, correspondiente al núcleo académico, “Salud Colectiva y Comunitaria”. Participación de Región Sanitaria VII por medio de los centros de salud con dependencia del Ministerio de Salud Pública del Chaco, colaboración del Municipio a través de los Centros Integradores Comunitarios, Docentes de UNCAUS, Becarios de pre y posgrados.

La finalidad última fue poder, a partir de dichos datos, planificar intervenciones territoriales con la comunidad y en conjunto al trabajo interdisciplinario de actores sociales<sup>2</sup>.

En el desarrollo comparativo, se abordan distintos ejes, de los cuales se presentan el análisis de: Abordaje Familiar- Abordaje del sistema sanitario- Abordaje de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

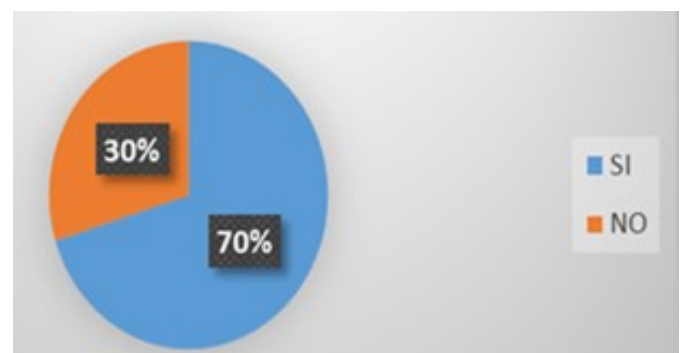
## RESULTADOS

Se seleccionaron los barrios San Cayetano y Mitre donde se llevaron a cabo encuestas, anónimas, no obligatorias, casa por casa, visualizando sus resultados en la **Figura 1**.



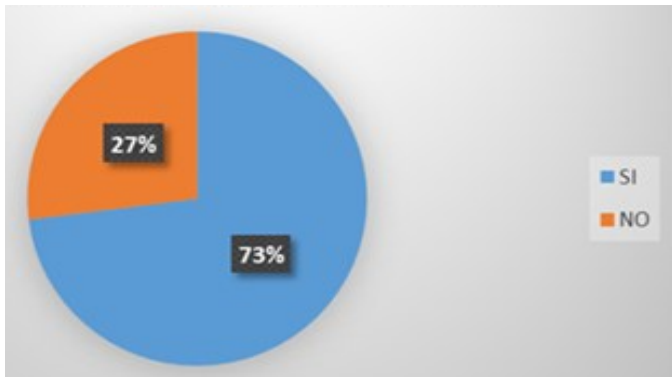
**Figura 1.** Viviendas encuestadas por Estudiantes de la Carrera de Medicina-UNCAUS- Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco, año 2019. Elaboración propia.

En el Barrio San Cayetano (**Figura 2**), se seleccionaron 497 viviendas de las cuales 349 (**Figura 1**) fueron encuestadas teniendo un porcentaje del 70%. El 30% con una cantidad de 148 (**Figura 1**) viviendas no fueron encuestadas.



**Figura 2.** Respuesta a las encuestas Barrio San Cayetano, por estudiantes de 4o año, Carrera de Medicina. UNCAUS, Pcia. Roque Saenz Peña, Chaco, año 2019.

En Barrio Mitre (**Figura 3**), se seleccionaron 385 viviendas, de las cuales 281 (**Figura 1**) accedieron a responder, teniendo un porcentaje del 73% de las familias encuestadas. El 27% (**Figura 1**) corresponde a viviendas donde la encuesta no se pudo llevar a cabo.



**Figura 3.** Respuesta a las encuestas, Barrio Mitre por estudiantes de 4o año de la Carrera de Medicina, UNCAUS, Presidencia Roque Saenz Peña, Chaco, año 2019.

En ambos Barrios, las viviendas no entrevistadas se deben al ausentismo en el hogar al momento de la entrevista, negativa a responder, casa abandonada, ausencia de adulto mayor en el lugar.

**Abordaje familiar.** Uno de los ejes del ASIS es el enfoque familiar, ahora bien, ¿el equipo de salud debería articular los problemas de salud con un enfoque familiar?<sup>3</sup>

Es necesario abordar los problemas de salud desde un enfoque familiar: la salud de las familias se refleja en la salud de la comunidad. Otra de las razones que queremos destacar es<sup>3</sup>:

- a) Las personas, en general, viven en familia. Es allí donde las personas nacen, aprenden conductas de salud, enferman, reciben cuidados y, en muchas ocasiones, mueren. La teoría sistémica sostiene, entre otros aspectos, que existe una relación de influencia recíproca entre diferentes subsistemas, de tal forma que este hecho afecta tanto a la salud como a la enfermedad. Si se considera que la familia es un sistema y cada uno de sus miembros constituye un subsistema, se puede llegar a la conclusión de que la familia influye en la salud de sus miembros y a su vez estos se ven influenciados por aquella. La influencia de la familia en la enfermedad ha sido analizada por diversos autores que demuestran que una serie de enfermedades suelen ir precedidas de acontecimientos vitales estresantes en el seno de la familia: los estilos de vida (tabaquismo, obesidad, etc.), el apoyo familiar y la alta implicación de la familia en el cuidado de la salud de sus miembros influyen de forma positiva o negativa en el desarrollo y/o evolución de la enfermedad. De todo esto se desprende que tanto la salud como la enfermedad no son acontecimientos individuales que afectan únicamente a la persona, sino que son acontecimientos colectivos que afectan al conjunto familiar. Por lo tanto, es importante abordar la salud y la

enfermedad en el contexto social más inmediato, es decir la familia ya que, es donde la persona enferma, donde se cuida la salud y donde se previenen enfermedades. Ello significa que, además de la persona sana o enferma, el objetivo de cuidados es todo el grupo familiar.

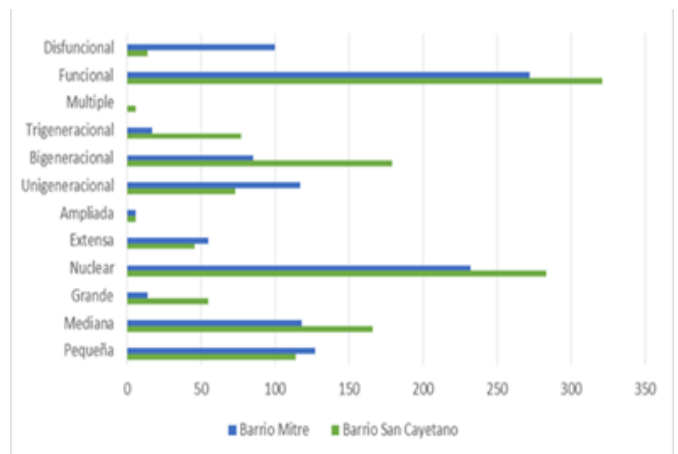
- b) A pesar de que el tipo de familia ha variado a lo largo de la historia, la familia no tiene intercambio, ya que en ella se nace, crece y se generan hábitos de salud. Además, la familia es la fuente principal de transmisión de las creencias y pautas de comportamientos relacionados con la salud. Por lo tanto, es difícil inclinar, modificar o reforzar hábitos de salud a las personas sin realizar un abordaje familiar.

En cuanto al Eje Familiar se presentan las características de la Estructura Familiar:

Las formas más comunes de clasificación tienen en cuenta Números de integrantes – Vínculos- Origen. Como se observa en figura N°4: En el Barrio Mitre en cuanto al tamaño de las familias prevalece en cuanto al tipo familias de tamaño Pequeño.

En el Barrio San Cayetano en cuanto al tamaño de las familias prevalece en cuanto al tipo familias de tamaño Mediano.

Ontogénesis Familiar: Según sus vínculos, en el barrio Mitre se encuentran como resultado Mayor en cantidad las familias Nuclear (formada por una o más generaciones): padres e hijos.



**Figura 4.** Estructura- ontogénesis familiar de los Barrios Mitre y San Cayetano, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al Tipo Generacional, el Barrio Mitre presenta: Teniendo en cuenta el tamaño que se obtuvo Pequeño para Familia Unigeneracional en el barrio Mitre.

En el Barrio San Cayetano como resultado, teniendo en cuenta el tamaño que se obtuvo Mediano para familias Bigeneracional en el barrio San Cayetano.

En cuanto a Familias Funcionales, el barrio Mitre se obtuvieron 272 familias y, Disfuncionales 100 familias. En el Barrio San Cayetano, Familias Funcionales 321 y, familias Disfuncionales 14 familias. Predominando en ambos barrios las Familias Funcionales. El paso de una etapa a otra del ciclo vital, supone para la familia enfrentarse a una serie de cambios y situaciones de crisis (nacimiento de un hijo, jubilación, etc.). Si es capaz de adaptarse a las nuevas situaciones y seguir cumpliendo con sus funciones y/o tareas, la familia se desarrollará de forma saludable:

- a) El aumento de la esperanza de vida de la población de los países desarrollados ha dado lugar que el número de personas ancianas sea cada vez mayor. El hecho de vivir más años implica tener más probabilidades de padecer enfermedades crónicas, discapacidades y falta de autonomía. En las personas mayores de 75 años, el padecimiento de muchas enfermedades y su progresiva limitación funcional inciden de forma directa en un incremento de demanda sanitaria y en una mayor necesidad de cuidados por parte de sus familias. El coste que genera la atención de personas dependientes en instituciones sanitarias y socio sanitarias públicas es difícil de soportar por los Estados, y en general resulta insuficiente. Esta situación conlleva que, en muchas ocasiones, sea la familia la que se haga cargo de sus familiares ancianos y/o enfermos atendiéndolos en su hogar. Este hecho justifica, una vez más, la necesidad de ofrecer un soporte y ayuda profesional, no únicamente al anciano incapacitado o enfermo, sino al grupo familiar para garantizar la mejor calidad de vida posible.
- b) La salud de la familia se refleja en la salud de la comunidad. Es decir, la buena salud de la comunidad dependerá de la buena salud de las familias que la componen. Por lo tanto, identificar las necesidades comunes que presentan las familias y prestar una atención integral a las mismas tendrá como resultado unas familias y una comunidad más sana.

La familia continúa siendo la principal dispensadora de los cuidados. Para minimizar el impacto de los problemas de salud y dependiendo de la situación de cada una de ellas, el equipo de salud adopta diversos modelos al momento de ofrecer cuidados: la familia como recurso del profesional; la familia como cuidadora apoyada por el equipo de salud; la familia como cliente del sistema sanitario, entre otros<sup>3</sup>.

Consideramos este, un enfoque necesario, ya que la salud y la enfermedad son acontecimientos colectivos que afectan al conjunto familiar. Pues la misma, es generadora de hábitos de salud. Familias sanas garantizan comunidades sanas. Trabajando desde el Paradigma de la Transformación "Actuar con"<sup>4</sup>.

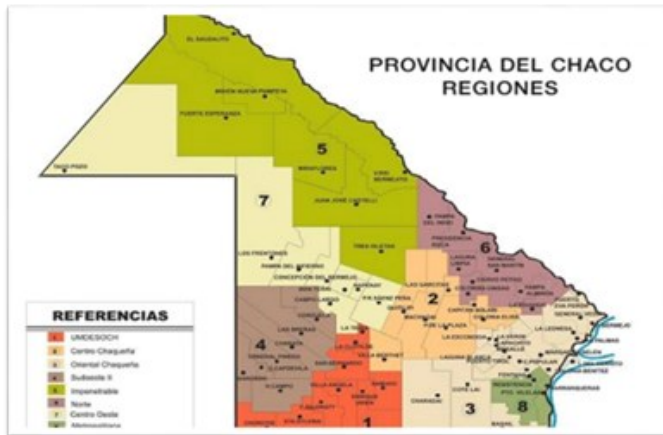
*Abordaje del sistema sanitario.* En cuanto al Eje Sistema de Sanitario podemos concluir:

El sistema de salud argentino tiene una estructura mixta, descentralizada, apoyada en mecanismos de protección financiera, solventados fuertemente desde el mundo del trabajo, y donde la prestación de sus servicios descansa en prestadores públicos y privados, segmentados en cuanto a su población natural de atención.

- ◆ A diferencia de otras naciones, el modelo federal nacional brinda total autonomía a las provincias (y en algunos casos, incluso a los municipios), para establecer la estrategia de cuidados de la salud de sus habitantes. Ello implica que las profundas diferencias en la distribución del ingreso se trasladan directamente al cuidado de la salud, a través de la atención de los grupos de por sí más expuestos, que son aquellos que recurren a la cobertura pública como fuente principal de atención.
- ◆ Los planes de cobertura pública así diseñados se implementan a través de gestiones ministeriales descentralizadas por provincia (y por secretarías de salud municipal en Buenos Aires y Córdoba, fundamentalmente), dando lugar a la atención de la población en establecimientos de propiedad subnacional. El Consejo Federal de Salud (COFESA), bajo la órbita del Ministerio Nacional, tiene bajo su responsabilidad coordinar las agendas provinciales.
- ◆ Opera un esquema de protección financiera dependiente de las instituciones de seguridad social. Estas se encuentran a su vez abiertas en tres grupos: el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), dependiente del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; las veinticuatro Obras Sociales Provinciales (OSPr) dependientes del empleo público de las burocracias de cada provincia, y las aproximadamente trescientas Obras Sociales Nacionales (OSN), dependientes normativamente de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que define el contenido y precio del Programa Médico Obligatorio (PMO), organizadas originalmente por rama de actividad económica y actualmente en continuo proceso de cambio a partir de la libertad de opción de sus beneficiarios.
- ◆ La visión incluye un sostenido impulso, aplicación y evaluación de políticas saludables con amplia participación de la sociedad. La Nación, las provincias, los municipios, las sociedades científicas, los colegios profesionales, las asociaciones gremiales, las casas de estudio e investigación y las instituciones de la sociedad civil, acordarán periódicamente compromisos de políticas saludables, estableciendo prioridades, definiendo metas y evaluando su cumplimiento.
- ◆ El sistema nacional de salud contemplará esquemas de incentivos que premiarán resultados y que se encontrarán vinculados a parámetros de calidad y de eficiencia. Estos esquemas resultan fundamentales para una correcta gestión de los recursos humanos como eje imprescindible de la organización de los servicios.
- ◆ Argentina, como país federal, se tienen marcos regulatorios en ámbitos nacionales, provinciales y municipales, con una

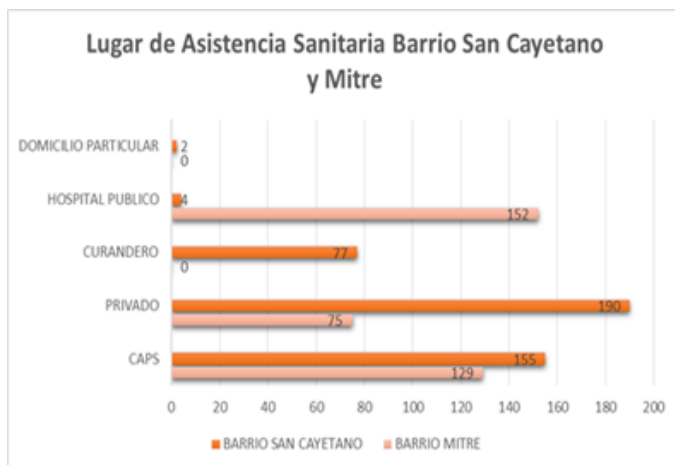
manifiesta debilidad desde el punto de vista de su coordinación y articulación. La utilización de las FESP en nuestro país está demandando una mirada más profunda<sup>5</sup>.

El mapa presentado en **Figura 5** corresponde al decreto 315 de la provincia del Chaco, donde se encuentran las 8 (ocho) regiones sanitarias representadas siendo la que corresponde a Presidencia Roque Sáenz Peña –Chaco, la región sanitaria VII. Centro Oeste.



**Figura 5.** Decreto 315 Provincia del Chaco: Regiones Sanitarias. Ministerio de Salud Pública.

En el Barrio San Cayetano, 224 familias asisten al sistema de salud público, de las cuales 155 familias reciben atención en el (CAPS), que se encuentra dentro del mismo barrio. Comunidad del Barrio Mitre, 180 familias asisten al sistema de salud pública, 129 familias en el centro de salud del mismo y, 152 familias en el Hospital de la Ciudad (**Figura 6**).



**Figura 6.** Lugar de asistencia sanitaria de los Barrios Mitre y San Cayetano, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.

Un total de 65 familias tienen la posibilidad de acceso a la entidad privada por medio de obras sociales, 8 familias por medio de

pre pagas, 35 familias afiliadas al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (más conocido como PAMI) en el Barrio San Cayetano. Un total de 59 familias tienen posibilidad de acceso a la entidad privada por medio de obras sociales, de las cuales 36 familias son beneficiarias de PAMI en el Barrio Mitre.

A través de este análisis nos planteamos lo siguiente: ¿De qué manera perciben los usuarios la demanda de atención en el sistema de salud público? ¿Cómo se podría trabajar intersectorialmente? ¿Cómo se garantiza el Derecho a la salud en el Sector Público Sanitario?

*El derecho a la salud es un derecho inclusivo*<sup>6</sup>. Frecuentemente, asociamos el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales. Es cierto, pero el derecho a la salud es algo más. Comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana<sup>7</sup>.

La Constitución Argentina en su artículo 13 establece la salud como derecho del pueblo y deber del Estado. Destacamos la Atención Primaria de Salud como pilar fundamental para la atención de la comunidad, 660 familias de ambos barrios son beneficiadas con este modelo de atención, sobre todo con las políticas sanitarias que ofrecen los servicios, como, por ejemplo, remediar, programa materno infantil, SIISA, CUS, entre otros. Pero, cuando hablamos de fortalecer la Atención Primaria de Salud, nos referimos a las Redes Integradas de Salud, no como un porcentaje de sistemas separados (público- privado- sub) o, número de personas que reciben atenciones a demanda.

**REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD OMS:** "la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida"<sup>8</sup>.

**RED SOCIO SANITARIA:** Es la existencia de una red articulada de servicios sociales y de salud realizados por organizaciones no gubernamentales, municipios, sector estatal, etc., dirigidos fundamentalmente a las personas mayores, personas con problemas de salud mental y personas con problemas de salud crónicos que significan diversos grados de pérdida de auto valencia e implican cuidados permanentes en la propia comunidad. Se caracteriza por la aplicación de un modelo de atención social y de salud adaptada, conjuntada, articulada y específica para dar respuesta a las necesidades de los grupos señalados.

Los principales elementos que caracterizan el modelo de atención integral basado en la APS (y que los hacen diferente de los otros modelos de atención) son tres: La centralidad en las personas,

familia y comunidades- La Integralidad de la atención- La continuidad del cuidado<sup>8</sup>.

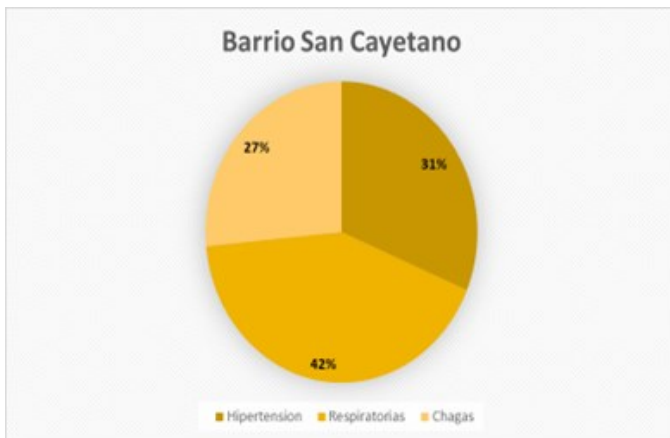
**Abordaje Enfermedades Crónicas No Transmisibles.** Las ECNT, por sus características (permanentes, irreversibles, incapacitantes, prevenibles), requieren un abordaje intersectorial<sup>9</sup>. En Barrio Mitre de las 281 familias encuestadas: 90 presentan HTA, 36 DBT, 35 Respiratorias. Con un total de 280 familias que tienen al menos 1 integrante de la familia que padece ECNT. Representando HTA 38%, enfermedades digestivas 15%, DBT 22%, respiratorias 25%.

Si bien en este eje también fue graficado las enfermedades agudas respiratorias, hacemos énfasis en ECNT únicamente.



**Figura 7.** ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES. Familias Barrio Mitre por Estudiantes de la Carrera de Medicina- 4 año- UNCAUS. Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Elaboración propia.

En el Barrio San Cayetano, de las 349 familias encuestadas: 25 presentan HTA, 10 DBT, 40 respiratorias. Con un total de 122 familias que tienen al menos 1 integrantes que padece ECNT. Representando la HTA el 31%, respiratorios 42%, Enfermedad de Chagas 27% de las familias encuestadas (**Figura 8**).



**Figura 8.** ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES. Familias Barrio San Cayetano por Estudiantes de la Carrera de Medicina- 4 año- UNCAUS. Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Elaboración Propia.

Educación para la salud, tener en cuenta:

1. Relación asistencial, entre los muchos factores que intervienen en ella cabe destacar:
  - a) Técnicas de entrevista clínica
  - b) Actitud del profesional durante la visita.
  - c) Aceptación de las consideraciones y los problemas por parte de la persona.
  - d) Respuesta del profesional frente a determinadas actitudes de la persona.
2. Vivencia de la persona frente a la enfermedad. Las creencias del individuo influirán positiva o negativamente en sus reacciones.
3. Motivación y participación en la modificación de conductas. Es un error basar el cambio de comportamiento solo en la transmisión de información sobre el problema de salud concreto, esto, aumenta los conocimientos, pero no mejora las actitudes.

A partir del ASIS acerca de las ECNT consideramos pilar fundamental la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la atención comunitaria desde el primer nivel de atención<sup>10</sup>.

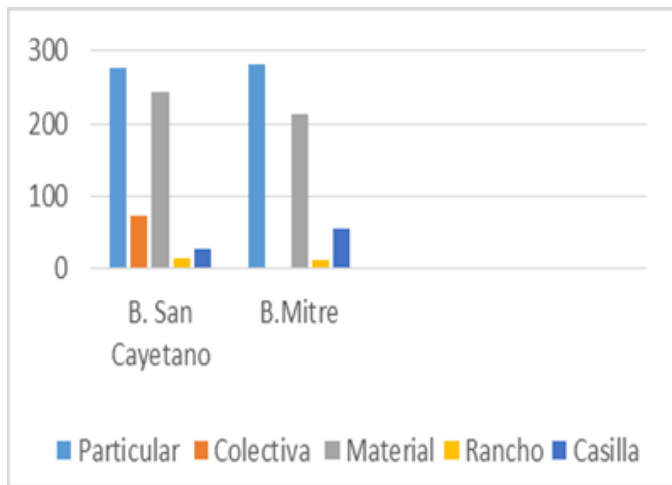
Además de estos ejes presentados de nuestra comunidad mencionaremos algunas características socioeconómicas que hacen a aquellos determinantes sociales de la salud, es decir aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones<sup>11</sup>.

**Vivienda.** 73 familias en el barrio san Cayetano presentan vivienda colectiva (habitantes no familiares: convento, hogar, coto-lengo, cuartel, etc.), siendo en el barrio mitre todas las viviendas de tipo particular (habitantes familiares).

En ambos barrios prevalecen de tipo material, representando 214 flias en el barrio mitre y, 244 flias en el san Cayetano y, 14 familias tienen viviendas de rancho (paredes de adobe, piso de tierra y techo de chapa o paja), en el barrio San Cayetano. Y, en el barrio Mitre 11 familias (**Figura 9**).

**Condiciones de la vivienda.** El 39% en el barrio san Cayetano representa a viviendas en condición de buena: Buen mantenimiento, ventilación e iluminación. Esto sería 136 casas. El 57% en condición de regular: requiere reparación, buena ventilación e iluminación, un total de 199 y, el 4% (14 viviendas) en condición mala: Insegura (grietas y/o apuntalamiento), mala ventilación e iluminación.

En el barrio mitre el 77% en condiciones de regular (216 viviendas), Buena 13% (37 viviendas) y, el 10% en condición de mala (28 viviendas).



**Figura 9.** Vivienda tipo-material Barrios Mitre y San Cayetano, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.

**Suministro agua.** 20 familias cubren la necesidad de agua a través de pozos de agua representando el 7%, 3 familias se abastecen del agua de represas, 3 de lagos y, 3 Flia de Lluvia. Y, el 90%, 252 familias disponen de red de agua (**Figura 10**).

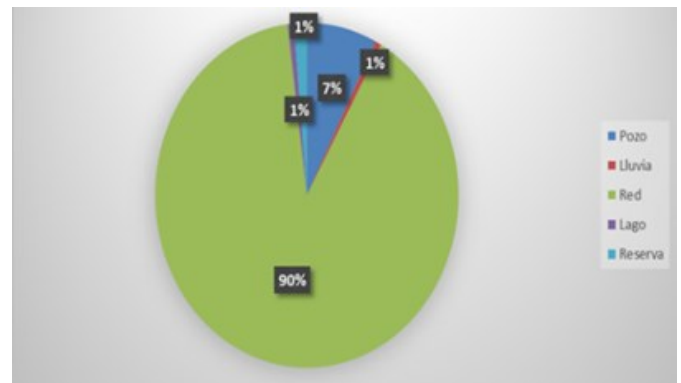
Un total de 63 familias se abastece de agua a través de reservas, 14 familias de pozos, 3 familias de lagos y 269 disponen de red de agua de un total de 349 viviendas (**Figura 11**).

**Suministro eléctrico.** En el barrio mitre de 281 viviendas que accedieron a ser encuestadas, 6 de ellas no tienen suministro eléctrico, 275 sí. Y, en el barrio san Cayetano de 349 viviendas, 11 familias no tienen suministro eléctrico representando el 3%.

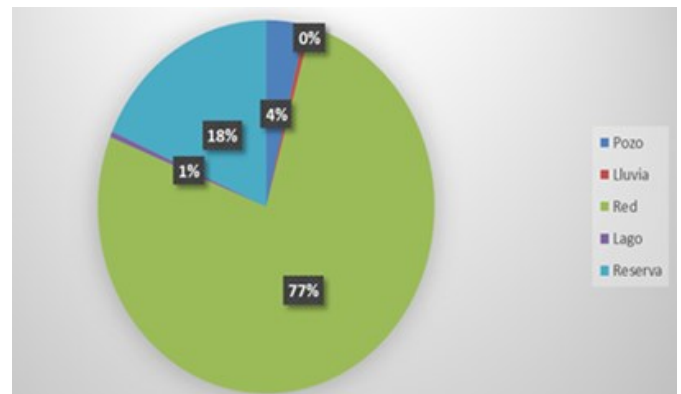
**Disposición de excretas.** Dentro del microambiente 37 familias que representan el 13% de las casas encuestadas posee letrinas, 238 instalados y 6 familias tienen disposición de excretas al aire libre (**Figuras 12 y 13**). Como se observa **Figura 13**, 67 casas presentan letrinas, 38 aire libre y, 244 instalado.

**Recolección de residuos.** La recolección de residuos en el barrio mitre 3 o más veces pasa el recolector de residuos que cubre a 135 casas, de 1-2 veces por otras manzanas, cubriendo 132 casas y 14 casas que refieren no tener recolección de residuos. No se realiza en 70 casas que representan el 20% de las 349 casas visitadas y encuestadas. 111 familias refieren que pasa el recolector de residuos de 1-2 veces por semana y, 3 o más veces cubriendo 168 casas (**Figuras 14 y 15**).

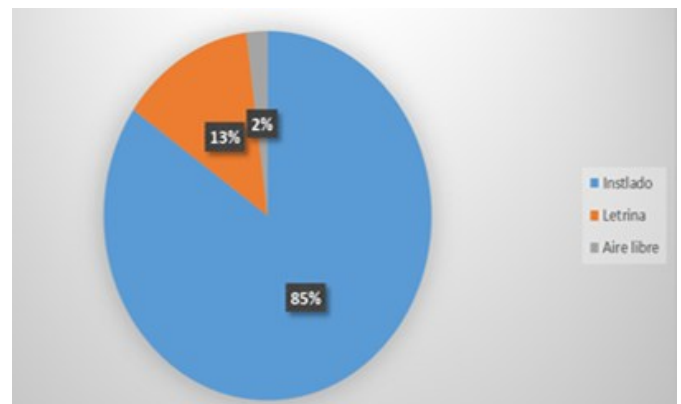
**Cultura Sanitaria Familiar.** encuadradas como BUENA (Higiene personal y colectiva buena, aceptan orientaciones médicas), REGULAR (Higiene personal y colectiva no buena, aceptan parcialmente orientaciones médicas), MALA (Higiene personal y colectiva deficiente, no aceptan orientaciones médicas).



**Figura 10.** Suministro Agua Barrios Mitre, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.



**Figura 11.** Suministro Agua Barrios San Cayetano, Presidencia Roque Sáenz Peña - Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.

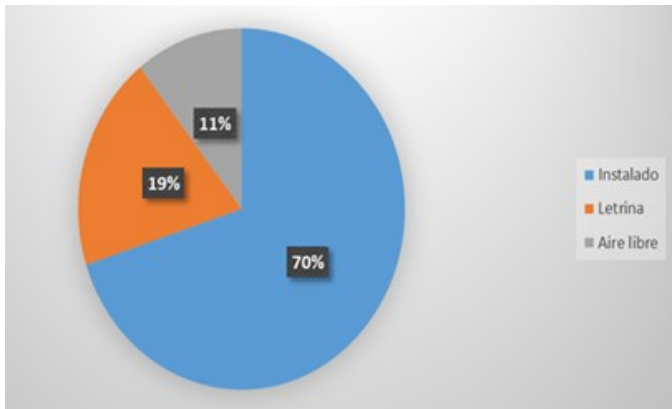


**Figura 12.** Disposición de excretas Barrios Mitre, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.

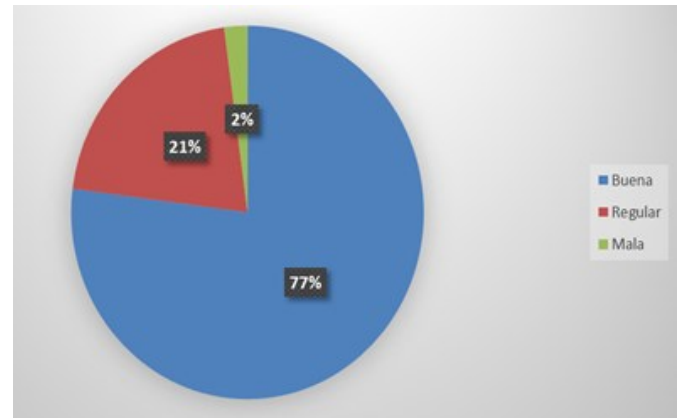
En el barrio Mitre, como se observa en la **Figura 16**, 59 viviendas presentan una cultura sanitaria de Regular, 6 mala y, 216 Buena.

El barrio San Cayetano presenta una cultura sanitaria de Regular 126 viviendas, 8 viviendas en condición de mala y, 216 buena (**Figura 17**).

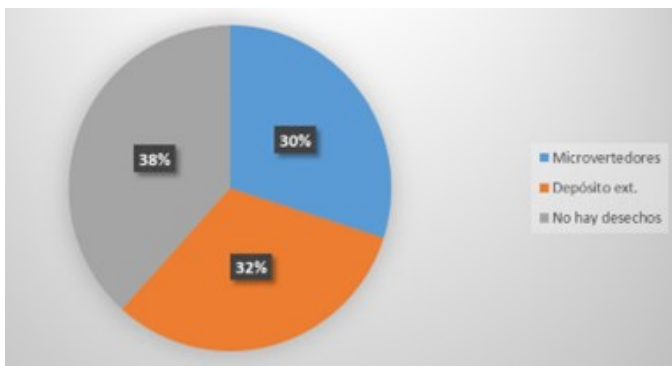




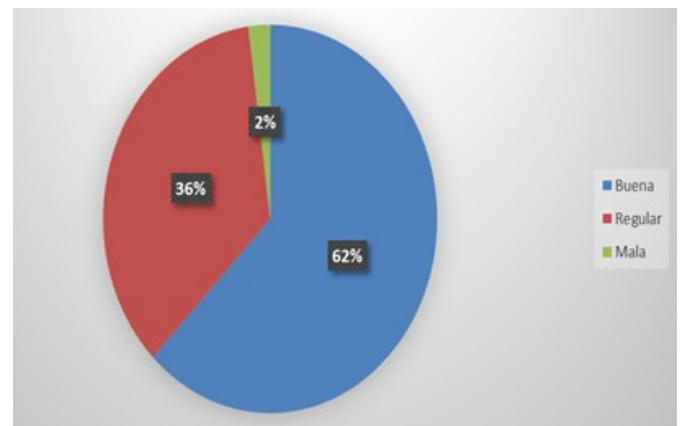
**Figura 13.** Disposición de excretas Barrio San Cayetano, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.



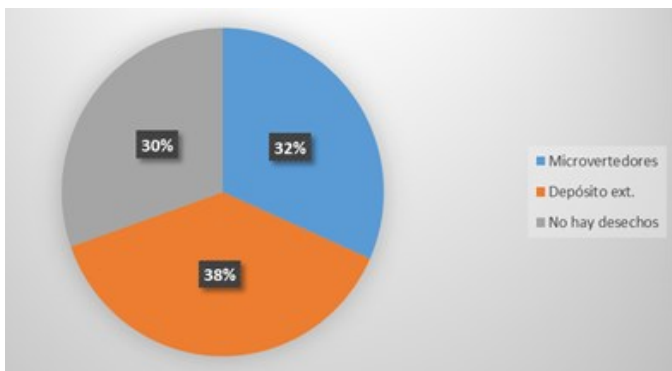
**Figura 16.** Cultura sanitaria Barrio mitre, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.



**Figura 14.** Disposición de sólidos. Barrio mitre, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.



**Figura 17.** Cultura sanitaria Barrio san Cayetano, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.



**Figura 15.** Disposición de sólidos. Barrio San Cayetano, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.

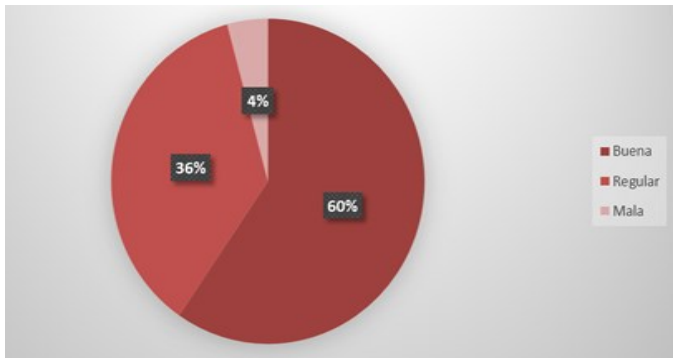
**Características Psicosociales.** Definidas como BUENA (En la familia todos trabajan o estudian, relación armónica con vecinos, participan en organizaciones). REGULAR (En la familia por lo menos 1 no trabaja ni estudia, tiene conflicto con vecinos y a veces participa en organizaciones). MALA (En la familia por lo menos 1 o más no trabaja ni estudia, tiene conflicto con vecinos por conducta inadecuada, actividades delictivas y no participa en organizaciones).

Como se observa **Figura 18**, en el barrio San Cayetano 126 familias tienen una situación de características psicosociales de regular. En condición de mala, representadas en 14 familias. En el barrio Mitre se observa, 65 familias en condición de regular y, 12 familias en de mala (**Figura 19**).

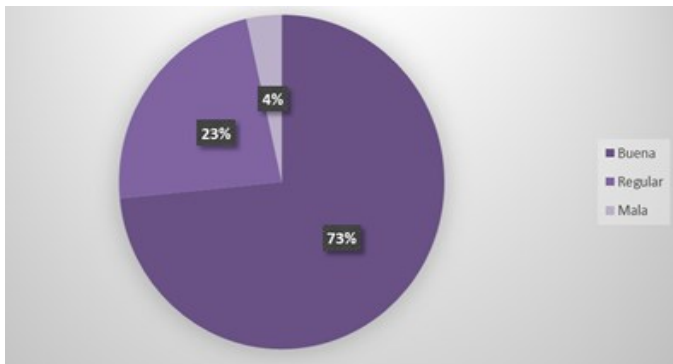
**Ingresos por familias.** Destacamos aquí la satisfacción de necesidades básicas NB: hacinamiento, vivienda precaria, niño en edad escolar que no asiste al colegio, sanitario no instalado, jefe de familia con primario incompleto, higiene, recreación). BUENA (Satisfacen necesidades de alimentación, recreación, educación, higiene personal y ambiental). REGULAR (No satisfacen alguna de las necesidades básicas). MALA (Serias dificultades para satisfacer sus necesidades básicas o no satisface ninguna de ellas).

INGRESOS POR FAMILIA/VIVIENDA (DATOS INDEC 2022): MENOR A 40 MIL PESOS MENSUALES (Indigencia)- ENTRE 40 MIL Y 95 MIL PESOS MENSUALES (Pobreza) > A 95 MIL PESOS MENSUALES

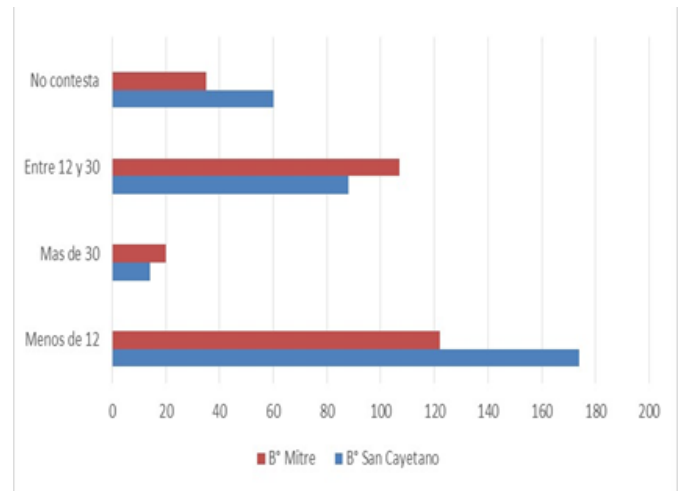
Es importante tener presente como los determinantes de salud afectan a cada familia. En el año 2000, todos los entornos para



**Figura 18.** Características psicosociales. Barrio san Cayetano, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.



**Figura 19.** Características psicosociales. Barrio mitre, Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.



**Figura 20.** Ingresos por familias. Barrio mitre. Barrio san Cayetano. Presidencia Roque Sáenz Peña- Chaco. Año 2019. Fuente: Elaboración propia.

la vida y las actividades sociales, como las ciudades, las escuelas, los lugares de trabajo, los vecindarios y los hogares, deben proporcionar más oportunidades para promover la salud<sup>12</sup> (Figura 20).

## DISCUSIÓN

En cuanto al abordaje sanitario se hace necesario destacar el Derecho, particularmente en el área de salud. Pero ¿Qué es el Derecho a la Salud?

El Derecho a la salud- Organización Mundial de la Salud- Folleto Informativo N° 31- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos- es un derecho inclusivo.

Frecuentemente asociamos el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales. Es cierto, pero el derecho a la salud es algo más. Comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los denomina "factores determinantes básicos de la salud". Son los siguientes: Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; Alimentos aptos para el consumo; Nutrición y vivienda adecuadas; Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres; Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; Igualdad de género.

El derecho a la salud comprende algunas libertades. Tales libertades incluyen el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento, por ejemplo experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada, y a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente. No obstante, unos 100 millones de personas de todo el mundo son empujadas cada año a vivir por debajo del umbral de pobreza como consecuencia de los gastos.

Los grupos vulnerables y marginados de las sociedades suelen tener que soportar una proporción excesiva de los problemas sanitarios. La cobertura sanitaria universal es un medio adecuado para promover el derecho a la salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- a. Disponibilidad: Se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos de salud, recursos humanos (considerando médicos, profesionales, técnicos y personal de salud capacitados) y programas, que incluyan los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.
- b. Accesibilidad: Significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud se encuentren accesibles a todos, hacien-

do hincapié en los sectores más vulnerables y marginados de la población. Lo anterior implica:

- **Accesibilidad física:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, así mismo los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable deben ser de acceso intradomiciliario o encontrarse a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales.
  - **Accesibilidad económica (asequibilidad):** Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad y ser proporcionales a los ingresos financieros de los hogares.
  - **Acceso a la información:** Comprende el derecho del paciente a recibir y solicitar toda la información necesaria sobre su situación y el tratamiento que recibirá. Involucra también el derecho a recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Sin embargo el acceso a la información no debe menoscabar el derecho a la confidencialidad de los datos personales.
- c. **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente aceptados. Además deberán ser sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida. Así mismo el paciente tiene todo el derecho de aceptar o no el diagnóstico y tratamiento que propone el personal sanitario.
- d. **Calidad:** Los establecimientos, servicios, equipamiento e insumos de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad; el personal debe estar capacitado; y debe contar con agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. Es parte de la calidad de los servicios de salud, el trato respetuoso, adecuado y oportuno a las personas que demandan atención.

La Constitución Argentina en su artículo 13 establece la salud como derecho del pueblo y deber del Estado. La República Argentina es un Estado Federal; integrada por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital Federal). Estas 24 unidades político-administrativas son las que tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y la protección de la salud de la población.

Como la salud es un derecho constitucional, se puede afirmar que no existen barreras legales que impidan el acceso de los argentinos a los servicios públicos de salud. Por eso es que se considera que éstos brindan una "cobertura universal". La mayoría de los doctrinarios circunscribe el derecho a la salud, como un derecho de la personalidad; es decir, «destinado a proteger el reconocimiento, la integri-

dad y el libre desenvolvimiento de la personalidad humana, tanto en su aspecto físico, como en el moral o intelectual» Borda se detiene en la protección jurídica de la integridad corporal y la salud.

Llambías lo llama «derecho a la integridad física» o «derecho corporal de la persona» (Ver art. Dante D. Gómez Haiss). Como sostiene Suárez: «El derecho a la salud es un derecho «multidimensional» porque su satisfacción implica la consecución de varios estándares de calidad de vida (físico-mental etcétera), es también un derecho de «tendencia expansiva», ya que su contenido no es estático: la evolución del hombre en el tiempo y los adelantos tecnológicos y científicos (en pos del bienestar de los pueblos por cierto), han ido variando de los estándares mínimos que conforman una «existencia digna» para cualquier habitante de una sociedad dada». Además afirma que «el derecho a la salud, abarca no solo «la salud individual», sino también a «la salud colectiva», la salud es un bien de toda la comunidad, un bien social» (Ver art. Dante D. Gómez Haiss).

**Libertades (+ derechos civiles):** Derechos de libertad o autonomía. Derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales

**Derechos (+ derechos sociales):** Sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud (derecho inclusivo, factores determinantes de la salud).

Leyes:

- ❖ Ley 22.431 Discapacidad (1981)
- ❖ Ley 23.660 (1989) Obras sociales
- ❖ Ley 23.661 Sistema Nacional del Seguro de Salud (1989)
- ❖ Ley 23.753 Diabetes (1989/2013)
- ❖ Ley 23.798 Lucha contra el SIDA (1990)
- ❖ Ley 24.091 Sistema de Prestaciones Básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las Personas con Discapacidad (1997)
- ❖ Ley 25.415 Hipoacusia (2001)
- ❖ Ley 25.649 Genéricos (2002)
- ❖ Ley 25.673 Salud Sexual y Procreación responsable (2002)
- ❖ Ley 25.871 Migraciones (2004)
- ❖ Ley 25.929 Embarazo, parto y post parto. Prestaciones y derechos (2004)
- ❖ Ley 26.061 Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes
- ❖ Ley 26.130 Régimen para las intervenciones de contracción quirúrgica (2006)
- ❖ Ley 26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral (2006)
- ❖ Ley 26.396 Trastornos alimentarios (2008)
- ❖ Ley 26.485 Protección integral a las mujeres (2009)
- ❖ Ley 26.529 Derechos del paciente (2009)

- ❖ Ley 26.588 Enfermedad celiaca (2009)
- ❖ Ley 26.657 Salud mental (2010)
- ❖ Ley 26.682 Medicina prepagada (2011)
- ❖ Ley 26.689 Enfermedades poco frecuentes (2011)
- ❖ Ley 26.743 Identidad de género (2012)
- ❖ Ley 26.862 Reproducción asistida (2013)
- ❖ Ley 26.994- Aprobación del CODIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACION. Capítulo 2. Capacidad. Capítulo 3. Derechos y actos personalísimos. Tutela (Sección 2)<sup>13</sup>.

Marcus Pestana Ex-Secretario de Salud del Estado de Minas Gerais, Economista y Diputado Federal afirma que Todas las grandes transformaciones sociales parten necesariamente de un cuerpo de ideas que desafía las bases que sustentan una determinada realidad que obstaculiza avances y da señales de agotamiento. Todo cambio profundo de la realidad implica la construcción de consensos y convergencias que conquisten corazones y mentes, movilizándolo las fuerzas políticas y sociales necesarias para sustentación del proceso de transformación. La práctica, sin una buena teoría, es ciega. La teoría, desvinculada de la acción transformadora, es estéril. La buena teoría cuando se transforma en fuerza social gana la capacidad de revolucionar la vida. La práctica militante, armada con una buena teoría, gana profundidad y dimensión estratégica.

La lucha por la construcción de un sistema público de salud en Brasil de acceso universal, con cobertura integral y calidad, forma parte de los sueños y conquistas de una generación forjadora de los valores de equidad y democracia. El SUS es la expresión, en el campo de la salud, de la aspiración de un país justo y del compromiso con la ciudadanía.

Esa profunda transformación introducida en el sistema público de salud tiene su historia y sus actores. Todo gran conjunto de ideas transformadoras, antes de convertirse en patrimonio colectivo y de diluir las digitales que impregnaron su nacimiento, surge a partir de la reflexión crítica de algunos pocos "intelectuales orgánicos" que organizan el pensamiento, profundizan en el diagnóstico y el conocimiento sobre límites y potencialidades presentes en la realidad, levantan estrategias, proponen desafíos, lanzan las bases del proceso transformador.

En la reforma sanitaria brasileña no fue diferente. El amplio movimiento social, político y comunitario que acompaña la historia del SUS, fue permanentemente alimentado por el trabajo militante y cualificado de un conjunto de intelectuales sanitarios. Uno de los pilares incontestables del éxito relativo del SUS hasta hoy es la solidez de su marco teórico y conceptual. En ese escenario, algunos grandes formuladores e intelectuales se destacan. Eugênio Vilaça Mendes es uno de ellos. Eugênio concentra una rara combinación de cualidades.

Su rigor y calidad intelectual, su inquietud existencial, espíritu público, experiencia acumulada, creatividad, integridad personal,

agudo sentido crítico, compromiso social, espíritu militante, capacidad de trabajo – son algunas de las características que lo convierten en uno de los más importantes pensadores de la salud pública brasileña y uno de sus autores más leídos.

Toda la trayectoria transitada, de la OMS a decenas de municipios brasileños, del Banco Mundial a Ceará y Minas Gerais, de la OPS a la permanente interlocución con el Ministerio de Salud, ha sido marcada por el compromiso permanente de transformar las políticas públicas de salud en herramientas de mejora de la calidad de vida de las personas, especialmente de los más pobres. Con su extremo rigor analítico y su vigorosa capacidad crítica, no contempera frente a las abstracciones sin base en evidencias, retóricas inconsistentes, simplismos teóricos, ufanismos necios o atajos desahortados. Nos alerta permanentemente para que no durmamos sobre los laureles de nuestras provisoria e incompletas victorias en el SUS y continuemos en el trabajo de transformación permanente que la ruptura de paradigma introducida en 1988 nos impone.

En "Las Redes de Atención de Salud", una vez más, Eugênio Vilaça Mendes ofrece su inestimable colaboración para que enfrentemos con audacia nuestra utopía inacabada. Propone una extensa y profunda reflexión sobre la necesidad de superar la fragmentación del sistema, de organizarnos correctamente frente a la presencia hegemónica de las condiciones crónicas, de priorizar definitivamente la cualificación de la atención primaria de salud como base y centro organizador de las redes de atención integral de salud.

Con este libro, Eugênio renueva su compromiso con una salud pública de calidad y reafirma su papel central como intelectual sanitario militante. Ciertamente no es teoría estéril. En cada página las palabras y letras parecen saltar del papel para interpelar la realidad y sus actores en la perspectiva de la permanente y necesaria transformación social.

Espero que todos nosotros, como los gallos de João Cabral de Melo Neto, multipliquemos las semillas aquí lanzadas por Eugênio Vilaça Mendes, tejiendo las nuevas mañanas de nuestro sistema público de salud.

"El mundo necesita un guardián de la salud mundial, un custodio de valores, un protector y defensor de la salud, incluido el derecho a la salud".- Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS<sup>8</sup>.

En cuanto a las ECNT, el Primer Nivel de Atención es el punto clave de contacto con la población, pues constituye un ámbito privilegiado donde se pueden establecer vínculos profundos y duraderos donde se pueden establecer vínculos profundos y duraderos entre el Sistema de Salud y la Comunidad. Ser referente local de salud dentro de la organización social implica estar en permanente contacto con problemas sociales complejos dentro del área de responsabilidad, y es allí donde se deben resolver con calidad el

90% de los problemas de salud. La principal fortaleza de este nivel reside en las personas que allí trabajan.

El centro de salud es una puerta de entrada prioritaria al sistema y tiene bajo su responsabilidad conocer, comprender y dar respuestas a las necesidades y demandas de salud que la población presenta a lo largo de su vida.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud apunta a redefinir la orientación del sistema sanitario desde el objeto enfermedad hacia el objeto salud, dando una respuesta integral desde los distintos niveles de atención y anticipándose a la emergencia efectiva de un problema, trabajando con la comunidad desde sus determinantes.

En primer lugar, la identificación y detección de estos pacientes, y posteriormente su seguimiento, implican un trabajo de equipo multidisciplinario, con objetivos comunes, sistema de registro conjunto y actividades organizadas. Para dicha organización es necesario que todo el equipo llegue a acuerdos con el fin de unificar las pautas que hay que seguir y el sistema de evaluación, mediante protocolos de atención. Por otro lado, para mejorar y facilitar el acceso y el cumplimiento de los pacientes, se recomienda la programación de visitas en el centro sanitario y en el domicilio de los pacientes.

En este tipo de atención, caracterizada por unos cuidados que deberán perdurar muchos años en unos individuos cuya calidad de vida ira disminuyendo, adquiere suma importancia la relación asistencial que se establezca. Conviene considerar que la educación y el tratamiento de estos pacientes implicaran un cambio en sus hábitos que deberá mantenerse a lo largo de toda su vida. Nuestro objetivo no es una rehabilitación a corto o mediano plazo (días, meses), como podría ocurrir en determinadas intervenciones quirúrgicas o enfermedades agudas, sino que es a muy largo plazo (años). Por tanto, no se trata de conseguir unos resultados óptimos en las primeras visitas, sino que dichos resultados lleguen a formar parte del propio estilo de vida del paciente y perduren en el tiempo.

Una consideración importante sobre este tema es la de que solo el 30% de los pacientes siguen las instrucciones que se les proporcionan. Esta afirmación nos obliga a reflexionar sobre los objetivos, el contenido y la metodología de las acciones educativas o terapéuticas que impliquen cambios en la modificación de conducta<sup>9</sup>.

La universidad como actor social importante visiona un desafío más fuerte que supone este tipo de metodología es la aplicación de los conocimientos de salud con la participación de la mayor cantidad de actores sociales posible, y definido a través de un enfoque integral.

M. Revere, acerca algunas reflexiones al respecto a las preguntas que debemos realizarnos los actores sociales. Indica que la pregunta correcta no es "¿cómo hacer que la gente participe? sino

¿cómo hacer para levantar las barreras que los servicios de salud han ido generando históricamente para que la población no participe?". Y, en caso que sea posible: se da como ¿Medio o Fin?

## REFERENCIAS

1. Funciones esenciales de salud pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal: experiencia federal / Osvaldo Artaza Barrios ... [et al.]; coordinación general de Osvaldo Artaza Barrios. - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2017. p.8. p.9. p.10.
2. Posgrado en salud social y comunitaria. Módulo VII. Salud y participación comunitaria. Ministerio de salud. Presidencia de la Nación.p.23. p.33.
3. Elementos e instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria. Montserrat Roca Roger-Carmen Caja López- Inmaculada Ubeda Bonet- 2011.cap.14. p. 235. P. 131.
4. Marriner-Tomey. 1994. "Modelos y Teorías de Enfermería". Tercera Edición. Editorial Mosby/Doyma. Madrid. España.
5. Posgrado en salud social y comunitaria. Módulo VI. Sistema de Información de salud. Ministerio de salud. Presidencia de la Nación.p.15.
6. Autor: Gómez Haiss, Dante D. Fecha: 13-oct-2017 <https://aldiaargentina.microjuris.com/2018/04/12/la-salud-como-derecho-humano-y-social-de-primer-orden/>.
7. Comité DESC, Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights, 6 de abril de 2020, U.N. Doc. E/C.12/2020/1.
8. Las Redes de Atención de Salud. © 2011 Organización Panamericana de la Salud – Representación Brasil. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – REPRESENTACIÓN BRASIL Gerencia de Sistemas de Salud / Unidad Técnica de Servicios de Salud. Sector de Embajadas Norte, Lote 19. CEP: 70800-400 Brasilia/DF – [www.apsredes.org](http://www.apsredes.org)
9. Enfermería Comunitaria III. Directoras de la serie: R.M. BLASCO (Prof. Titular de la Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona). M.P. MOMPART (Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Castellí- La Mancha). 1993. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
10. Soberanía Sanitaria-diciembre 2018. p.7. - revista de salud.revistasoberaniasanitaria.com.ar
11. Glosario, OMS (1998) Editado por Richard Wilkinson y Michael Marriot. Política de Salud para Todos (Health for All) en Europa: Objetivo 14 – ENTORNOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
12. Reconocimiento y ejercicio del derecho a la salud en Argentina. Abogada Verónica Gottlieb. Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras declararon que no tienen conflictos de intereses.

## FINANCIAMIENTO

Este trabajo se encuadra dentro de Beca de Investigación UNCAUS "Posgrado – Convocatoria 2020 otorgada por Res. N° 149/2020 CS" / "Grado - Convocatoria 2021 otorgada por Res. N° 322/2021 CS". Con el título: Estudio comparativo del Análisis de Situación de Salud en los barrios Mitre y San Cayetano de la ciudad de Pcia. R. Sáenz Peña en el período 2020 – 2021 – Carrera de Medicina – 4° Año – Unidad de Aprendizaje "Salud Colectiva y comunitaria".

Código y Denominación del Proyecto de Investigación Acreditado en el que se inserta el Plan de Beca: 118 – Análisis de Situación de Salud en Presidencia Roque Sáenz Peña, provincia de Chaco (Período 2020 – 2022). En la Universidad Nacional del Chaco Austral, Comandante Fernández 755. Código postal, 3700 – Pcia. Roque Sáenz Peña – Chaco.

## PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.