



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE
SALUD**

COHORTE DEL VALLE -CHUBUT - 2018.

**“Plan estratégico de intervención comunitaria para la prevención y abordaje integral
del sobrepeso y obesidad en la ciudad de Puerto Madryn en el año 2024”**

Maestranda: Espinosa Claudia Verónica

Director: Mgtr. Juann Herrmann

Puerto Madryn, febrero de 2024

Dedicatoria

A mi madre, por darse a mí.

A Iván, por ser sentido de vida para mí.

Agradecimientos

Agradezco especialmente los aportes realizados a Romina y a Natalia, las tutoras de la Maestría, ya que me han orientado sabiamente en la búsqueda y han sido estímulos constantes en el avance de este trabajo final. Agradezco a Juan, mi director, por ser esperanza en la gestión para mí.

Índice

1- Introducción	8
2- Marco teórico	11
3- Descripción del Sistema de Salud y el contexto	21
4- Marco normativo	34
5- Situación problema	41
6- Objetivos	58
7- Consideraciones éticas	59
8- Propuesta de intervención	66
9- Metodología	67
10- Causas del problema	69
11-El árbol de problemas	71
12- Descriptores	72
13-Diseño de la situación objetivo	76
14-Selección frente a nudos críticos	79
15-Diseño de operaciones y demanda de operación	81
16- Definición de responsables	84
17- Presupuesto del plan	85
18-Análisis de viabilidad de plan	86
19- Selección de trayectorias	91
20-Análisis de vulnerabilidad del plan	93
21-Discusión y conclusiones	94
22- Referencias Bibliográficas	98
23-Piezas legales consultadas	102
24- Anexo	104

Abreviaturas

APN. Área Programática Norte

CAPS. Centros de Atención Primaria de la Salud

CI. Consentimiento Informado

DBT. Diabetes

DLP. Dislipemia

DSS. Determinantes Sociales de la Salud

ECNT. Enfermedades crónicas no transmisibles

ENFR. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

ENNyS. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud

HTA. Hipertensión arterial

HZIPM. Hospital Zonal Dr. Andrés R. Ísola

IMC. Índice de Masa Corporal

MAPP. Método Altadir de Planificación Popular

OB. Obesidad

OCD. Oficina de Comunicación a Distancia

OMS. Organización Mundial de la Salud

PES. Planificación Estratégica Situacional

PNA. Primer Nivel de Atención

PS. Promoción de la Salud

PSEAC. Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado

SNA. Segundo Nivel de Atención

SP. Sobrepeso

Resumen

El presente trabajo analiza la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en el contexto de los determinantes sociales de la salud de nivel local, ya que, las cifras arrojadas por las últimas encuestas (ENNyS 2, ENFR, 2019) evidencian que la problemática es una epidemia instalada.

En Argentina, según la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo [4ta ENFR], el 66,1% de las personas que viven en áreas urbanas padecen sobrepeso y obesidad, lo cual indica un aumento significativo en comparación con estudios anteriores. Estos problemas de salud están asociados con más de 200 enfermedades y cada año se estima que mueren aproximadamente 3,4 millones de personas adultas en todo el mundo debido a la obesidad [OB].

El aumento en la prevalencia de sobrepeso [SP] y OB ha llevado a un empeoramiento general de la salud y un mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Este problema se ve agravado por la falta de acceso a alimentos frescos, como frutas y verduras, y la disponibilidad de alimentos ultraprocesados a bajo costo.

Existen diversidad de determinantes sociales que intervienen en el desarrollo de esta problemática. El sistema capitalista y el modelo económico neoliberal actúan como determinantes, ya que promueven estilos de vida urbanos sedentarios y modos de alimentación perjudiciales para la salud. Sabemos que las prácticas alimentarias están influenciadas por la industria alimentaria, el costo, acceso y disponibilidad de alimentos, pero la falta de políticas públicas también incide ya sea en la regulación o no de la industria (producción, y mercadeo de alimentos) lo que impacta en los modos de alimentación y consumo.

El nivel educativo, el estado civil y el tipo de trabajo, las horas dedicadas al mismo y forma de contratación también inciden. Dada la desarticulación intersectorial actual del sub sector público de salud, los sectores sociales menos favorecidos enfrentan dificultades para acceder a tratamientos y asesoramiento en establecimientos de salud públicos, lo que incrementa la brecha de desigualdades sociales, genera inequidades en el cuidado de la salud y limita la calidad de vida de las personas.

En la provincia del Chubut, específicamente en la ciudad de Puerto Madryn, se reconoce la problemática del sobrepeso y la obesidad, pero hasta el momento no se cuenta con un plan estratégico e integral de acción específico para abordar esta situación.

Dado que varios determinantes sociales de la salud asociados al desarrollo del sobrepeso y la obesidad son evitables, es necesario modificar esta situación.

El presente trabajo evidencia una situación de salud particular, iniciando con una descripción del estado de situación que lleva a visibilizar la problemática y busca sensibilizar sobre el tema. Para el apartado descriptivo, se usan estrategias mixtas, con un enfoque etnográfico – cualitativo y cuantitativo, integrando todo en un solo diagnóstico de situación. Este trabajo tiene como objetivo reducir la brecha entre la situación actual y la deseada, se propone un Plan estratégico de intervención comunitaria, desde un **enfoque cuantitativo**, para la prevención y abordaje integral del sobrepeso y la obesidad en la ciudad de Puerto Madryn para el año 2024, siguiendo las propuestas de Carlos Matus.

Este trabajo final se ajusta a la modalidad de **proyecto de intervención**, según la propuesta de la Resolución 114/2018 de la Maestría de GSySS.

Palabras claves: sobrepeso, obesidad, determinantes sociales, plan estratégico, gestión, prevención.

1- Introducción

Desde 1980, la prevalencia de SP y OB se ha duplicado a nivel mundial, lo cual coincide con la expansión del sistema capitalista neoliberal a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], en 2005 había más de 1000 millones de personas con SP y OB en el mundo. En la Región de las Américas, la prevalencia de SP y OB es la más alta entre las regiones de la OMS. Argentina, en la Cuarta ENFR publicada en el año 2019 mostró que el 66,1% de las personas que vivían en áreas urbanas padecían SP y OB, según mediciones objetivas, lo cual indicó un aumento significativo en comparación con estudios anteriores (MSN, 2019).

El SP y la OB están asociados con más de 200 problemas de salud. Cada año, fallecen aproximadamente 3,4 millones de personas adultas en el mundo debido a la OB. Para Argentina, la obesidad sin tratamiento, tiene un costo millonario debido a muertes prematuras y los costos asociados a la atención en salud (MSN, 2019).

El aumento en la prevalencia de SP y OB ha llevado a un empeoramiento general de la salud y un mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles [ECNT].

La falta de acceso a alimentos frescos, como frutas y vegetales, y la disponibilidad de alimentos industrializados bajo costo en la zona, condicionan la dieta de la población.

Siguiendo el modelo de análisis de los determinantes de salud (OPS, 2019), se reconocen diversos determinantes sociales de la salud, clasificados en: proximales, intermedios y distales. Ejemplos de estos últimos son el clima y la falta de planificación de espacios públicos para la actividad física influyen en el desarrollo del SP y la OB. En este mismo sentido, todo aquello relacionado al contexto socio-político-económico, como el sistema capitalista y el modelo económico neoliberal, actúan como determinantes distales

ya que al promover la maximización de la productividad laboral, lo cual ha llevado a estilos de vida urbanos sedentarios, con modos de alimentación deteriorantes de la salud. Las prácticas alimentarias están determinadas por la industria alimentaria y la falta de políticas públicas para promover una alimentación saludable (MSN, 2016).

El acceso a una alimentación saludable, también depende del nivel educativo, el estado civil y las horas de trabajo, siendo estos determinantes de tipo intermedios. Los sectores sociales menos favorecidos enfrentan dificultades para acceder a tratamientos y asesoramiento en establecimientos de salud, lo que genera inequidades en el cuidado de la salud.

En la provincia del Chubut y más particularmente en la ciudad de Puerto Madryn, si bien se reconoce la problemática del SP y OB y se alinea con los programas nacionales de promoción de la salud y la prevención de ECNT, hasta el momento no cuenta con un Plan estratégico e integral de acción específico para abordar la problemática del SP y la OB. Las intervenciones institucionales para abordar el SP y la OB vienen siendo desarticuladas y esporádicas, lo que las hace poco efectivas (MS Chubut, 2018).

La problemática del SP y OB genera inequidades sociales y limita la calidad de vida de un grupo social. Gran parte de estas condiciones son evitables, por lo que es necesario implementar proyectos de intervención comunitaria para modificar esta situación de salud.

Con el objetivo de reducir la brecha entre la situación actual y la situación deseada, en el presente trabajo se definen términos asumidos como base para el análisis y reflexión, desde un marco teórico y conceptual específico, se realiza una descripción pormenorizada del sistema de salud local, se problematiza el tema presentado y se ofrece un marco normativo actualizado en el que se evidencia que la legislación apoya la realización de acciones de intervención para abordar la problemática del SP y la OB a nivel nacional y provincial. Seguidamente se identifican los determinantes sociales de la salud asociados

para avanzar al planteo concreto de un Plan estratégico de intervención comunitaria para la prevención y abordaje integral del SP y OB en la ciudad de Puerto Madryn para el año 2024, siguiendo las propuestas de Carlos Matus (Matus, 2007, 2015).

2- Marco Teórico

El **derecho a la salud** constituye uno de los derechos humanos fundamentales. Este tipo de derechos “...existen con anterioridad a la sociedad y al Estado, ya que corresponden a la persona humana por su condición de tal y por el sólo hecho de serlo.” (Donato, 2017). Este derecho reconoce que todas las personas deben tener la oportunidad de gozar de buen estado de salud necesario para mantener y mejorar su bienestar físico, mental y social.

El derecho a la salud implica que los Estados tienen la responsabilidad de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todos, sin discriminación. Su implementación efectiva es crucial para garantizar una sociedad más justa y saludable. Esto implica proporcionar servicios preventivos de enfermedades, curativos y de rehabilitación, así como el acceso a prácticas que promuevan modos de vida saludables. Asimismo, el derecho a la salud refiere el acceso a información y educación en salud, la participación activa de las personas en la toma de decisiones sobre su atención médica y la protección de la privacidad y confidencialidad de la información (Donato, 2017.MSN, 2019).

La implementación efectiva del derecho a la salud requiere la asignación adecuada de recursos, la mejora de la infraestructura de salud, la capacitación del personal y la adopción de políticas y estrategias que aborden la salud en su complejidad, en forma transversal, considerando los Determinantes Sociales de la Salud [DSS] integralmente.

Trabajar para garantizar el derecho a la salud de las personas obliga a reconocer la interdependencia entre la salud y otros aspectos de la sociedad, como la economía, el medio ambiente, la educación y la vivienda.

La Organización Panamericana de la Salud [OPS] publicó un documento en el que propuso un enfoque sistemático y colaborativo para abordar la salud en todas las políticas. Según este enfoque, se reconoce la necesidad de considerar que la salud debe ser transversal y tener un papel en todos los sectores del gobierno y áreas de política. La base de este concepto radica en la idea que las políticas y acciones en todos los sectores pueden tener un impacto significativo en la salud de las personas. Por lo tanto, es fundamental incorporar un enfoque de salud al tomar decisiones en todos los niveles y áreas de la política. Este enfoque es colaborativo y busca promover la coordinación y sinergia entre los diferentes sectores, evitando los efectos negativos para la salud que pueden surgir de las políticas implementadas fuera del sector de la salud (OPS, 2020).

El objetivo principal de considerar la salud en todas las políticas es mejorar la calidad de vida de las personas, reducir las desigualdades en salud, promover la equidad sanitaria y garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad.

Este enfoque se alinea con principios y declaraciones internacionales, como la Carta de Ottawa (1986) y el Informe final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (1998) (OMS. 1986; 2008). Estos documentos reconocen la interdependencia entre la salud y otros aspectos de la sociedad, y enfatizan la importancia de abordar los DSS para lograr mejores resultados.

El modelo de los DSS considera las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluyendo un conjunto amplio de fuerzas y sistemas que influyen en las condiciones de vida cotidiana. Este modelo clasifica las circunstancias en tres categorías: distales o estructurales, intermedias y proximales, según su influencia y condicionamiento en la aparición de problemas de salud. Se reconoce como determinantes estructurales al modelo económico global, al clima propio de cada región con sus cambios, la cultura de cada grupo étnico, etc. Los determinantes intermedios y proximales son los

presentes en la vida diaria, como el nivel educativo y las oportunidades de acceso a la educación, la producción y mercadeo de alimentos, las condiciones laborales, entorno familiar, las relaciones sociales, la vivienda, la urbanización, el nivel socioeconómico, el acceso al sistema de salud, las oportunidades de esparcimiento, recreación y actividad física, la genética, y las condiciones de gestación y nacimiento.

Conocer los DSS asociados al desarrollo de complicaciones de salud, es fundamental para diseñar un plan estratégico integral que no solo reduzca la prevalencia de estas enfermedades, sino que también promueva el desarrollo saludable desde edades tempranas (niños, adolescentes) para avanzar hacia el objetivo de reducir la tendencia actual de aumento de las llamadas ECNT.

La promoción de la salud tiene sus antecedentes históricos en el desarrollo de la salud pública y en la evolución de la medicina social. A lo largo de la historia, se han identificado diversos hitos y figuras importantes que han contribuido al surgimiento y desarrollo de la promoción de la salud. Uno de los antecedentes relevantes surgió de la primera reunión internacional que tuvo lugar en Ottawa, Canadá, en 1986. En esta reunión se definió el concepto de Promoción de la Salud [PS] como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, adoptando estilos de vida saludables, tendientes a prevenir enfermedades (OMS, 1986).

Se destaca la influencia de dos referentes, Rudolf Virchow y Henry E. Sigerist. El primero fue médico e historiador suizo y muy tempranamente abogó por la medicina social señalando la importancia de abordar los DSS. Sigerist, desde 1938 se destacó como teórico de la medicina socializada en el hemisferio occidental (Coronel Carbo, J. y Marzo Páez, N., 2017).

La prevención de la salud ha evolucionado a lo largo de la historia en respuesta a diversos factores y avances en la comprensión de las enfermedades. Después de la

Segunda Guerra Mundial, se establecieron organizaciones multilaterales como la OMS y UNICEF, que promovieron programas de cuidado de la salud para reducir las enfermedades prevalentes y la desnutrición en niños/as.

A medida que aumentó la esperanza de vida, se hizo evidente la necesidad de abordar las enfermedades crónicas y las comorbilidades causadas por modos de vida poco saludables y la exposición a ambientes perjudiciales para la salud. Esto llevó a un enfoque en la prevención de enfermedades relacionadas con el estilo de vida y la promoción de hábitos de vida sanos (Neto, D C.; Dendasck, C. y Oliveira, E., 2016). Consecuentemente, los procesos del vivir pueden devenir en deteriorantes o en protectores de la salud, según las relaciones sociales que operan en distintos dominios como el más general de la sociedad en su conjunto, el dominio particular de sus grupos y el dominio singular de las personas con su cotidianeidad (Breilh, 2015).

Las personas, ante sus padecimientos, crean respuestas y explicaciones según su libre albedrío, de acuerdo a las posibilidades materiales y formas culturales. Todo ese movimiento se da inscrito en un modo de vida o reproducción social cuyos patrones influyen poderosamente en las construcciones cotidianas, un modo de vida que acumula la historia del grupo, que se ha formado en la experiencia grupal para enfrentar sus desafíos y contradicciones, que se enmarca en las factibilidades que le asigna un sistema de producción/propiedad, que corresponde a un sistema de distribución de poder y que determina los estados orgánicos y condiciones geno-fenotípicas (Breilh, 2015).

Desde la epidemiología crítica, se concibe la realidad como un proceso que se desarrolla como un movimiento alrededor de modos de vida o reproducción social, con sus contradicciones y relaciones, que finalmente ocurran en nuestros genotipos y fenotipos.

Asimismo, los conceptos de salud y enfermedad han evolucionado de manera que hoy entendemos que la salud y la enfermedad no son estados, sino como un solo fenómeno

en movimiento dentro de un proceso, que comparten el tiempo y el espacio en relación con el acceso al sistema de salud y a las estrategias de cuidado (Barona, 1980). Hablamos entonces del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado [PSEAC] que se da simultáneamente en un movimiento de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos, que juegan y se determinan mutuamente. Desde una mirada dialéctica, se observa que libre albedrío y determinantes sociales no son términos excluyentes, sino interdependientes. Breilh refiere que se trata de un movimiento incesante desde lo micro hacia lo macro y viceversa, que se mueve entre el movimiento generativo y reproductivo (Breilh, 2015).

Desde esta perspectiva teórica, considerando el actual sistema político capitalista neoliberal, se reconoce que este modo de reproducción social imperante, caracterizado por una tendencia a maximizar la productividad laboral individual y colectiva, ha instalado modos de vida deteriorantes de la salud, llevando a la sobre-ingesta de alimentos de alta densidad calórica, el sedentarismo y el estrés que genera este modo de producción y consumo capitalista, han propiciado un ambiente favorable para el desarrollo de ECNT como el SP y la OB, la DBT tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, el síndrome metabólico, además de los trastornos alimentarios (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, síndrome de atracón, etc.), que conviven con las enfermedades por carencias de principios nutritivos (anemias nutricionales, osteopenia y osteoporosis). A estas enfermedades se les suma las de índole psicológicas, propias de un ritmo de vida acelerado, como la ansiedad, la depresión, entre otras, planteando este contexto, un serio problema para la salud pública (MSN-ENNyS, 2007 y 2019).

Las transformaciones sociales, económicas y demográficas ocurridas en los últimos treinta años han incidido en la modificación de los parámetros alimentarios. La globalización del mercado que promueve el consumo excesivo de productos de alto contenido calórico y

bajo valor nutricional, fue identificada como el mayor motor del desarrollo de las ECNT y más marcadamente en la epidemia de OB. La regulación (o no) de los mercados, las políticas sociales y económicas, la entrada de la mujer al mercado laboral, los regímenes impositivos y el nivel de desigualdad social establecen las condiciones en las que los individuos, instituciones y empresas operan, constituyendo determinantes distales o estructurales del desarrollo de las enfermedades crónicas. Por otro lado, la cultura culinaria, los sistemas de transporte, el diseño arquitectónico del ambiente y entornos, las oportunidades de actividades recreativas, la cultura en cuanto a la estética corporal, entre otros, constituyen moduladores que acentúan o atenúan el efecto de dichos determinantes distales para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Los modelos de producción y consumo de alimentos, la evolución de los conocimientos científicos y técnicos sobre la alimentación y nutrición, las políticas (o no) de nutrición, y los factores socioculturales, condicionan las conductas alimentarias. Actualmente, convivimos con un sistema alimentario “postindustrial” que ofrece alimentos producidos y procesados mecánicamente, conservados para su comercialización a mediana y gran escala, que se potencia con las publicidades que generalmente no se corresponden con las recomendaciones elaboradas desde la salud pública (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

A nivel general, la literatura científica da cuenta que se ha venido trabajando en la identificación de diversos determinantes del desarrollo del SP y la OB, como los biológicos-genéticos; ecológicos-demográficos (que refieren a la cantidad y la calidad de los alimentos que se pueden producir); tecnológicos-económicos (circuitos de producción y distribución de los alimentos); sociopolíticos (determinantes del acceso a los alimentos según nivel de ingresos, sectores o grupos sociales); y culturales, como las representaciones sociales que

condicionan con quién, cómo y qué se debe comer según sectores, edades, géneros (Peña y Bacallao, 2000).

El SP, según la OMS, se define como un peso corporal superior al considerado normal o saludable para una determinada estatura. El índice de masa corporal [IMC] se utiliza como un indicador para identificar el SP y la OB en adultos. Se considera SP cuando el IMC es mayor a una desviación estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. En adultos el SP se define con un IMC igual o mayor a 25 Kg/m² (OPS, 2024).

En este sentido, la OB, se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que es perjudicial para la salud. En el caso de los niños de 5 a 19 años, se considera OB cuando el IMC es mayor a dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil según las tablas de la OMS. En adultos se define como la relación entre el peso y la altura en la que el IMC es igual o mayor a 30 Kg/m² (OMS, 2021). Se la reconoce ampliamente como un problema de salud crónico, complejo, heterogéneo, de crecimiento y comportamiento epidémico que acorta la esperanza de vida, genera gran morbilidad y aumenta los costos socio-sanitarios (MSN, 2014).

Actualmente el SP y la OB son problemas de salud de nivel global. Se estima que afecta a una gran parte de la población, ya que están asociados con un mayor riesgo de desarrollar ECNT, por lo que resulta fundamental promover desde todos los sectores modos de vida saludables y adoptar medidas para prevenir enfermedades.

Si bien en todos los niveles estatales se declara la necesidad de acciones multisectoriales de gran escala para abordar la problemática del SP y la OB, hasta el momento en la Provincia del Chubut, no se ha implementado una política integral al respecto (Eslava-Castañeda, 2017). El Ministerio de Salud ha adherido a diferentes

políticas de salud orientadas a la prevención y promoción de la obesidad, pero concretamente, la efectivización de acciones ha sido, hasta el momento esporádicas.

Este trabajo propone un Plan estratégico de intervención comunitaria para la prevención y abordaje integral del SP y la OB en la ciudad de Puerto Madryn, utilizando el *Método Altadir de Planificación Popular* [MAPP] creado por Carlos Matus, quien fue un destacado experto en planificación estratégica y gestión. Su enfoque se conoce como la Planificación Estratégica Situacional [PES] la que se basa en la idea de que la planificación debe adaptarse a las condiciones y circunstancias específicas de cada situación (Matus, 2007, 2015).

Matus argumentaba que la planificación tradicional no era suficiente para abordar los desafíos complejos y cambiantes que enfrentan las organizaciones y los gobiernos. En cambio, propuso un enfoque más flexible y adaptativo que tuviera en cuenta los diferentes actores, intereses y contextos en los que se desarrolla la acción estratégica. Los principales ejes de su propuesta son:

1. Planificación Estratégica Situacional: adaptar la planificación a las condiciones específicas de cada situación. Esto implica comprender y analizar el contexto, los actores involucrados y los intereses en juego antes de desarrollar estrategias y planes de acción.
2. Enfoque sistémico: las organizaciones y los sistemas sociales son complejos y están interconectados. Por lo tanto, abogaba por un enfoque sistémico que tuviera en cuenta las interacciones y las relaciones entre los diferentes elementos de un sistema.
3. Participación y diálogo: promover la participación activa de los actores involucrados en el proceso de planificación estratégica. Esto incluye a los líderes, expertos y

miembros de la comunidad, ya que consideraba que su conocimiento y perspectivas eran fundamentales para el éxito de la planificación.

4. Flexibilidad y adaptabilidad: reconocer que las condiciones y circunstancias pueden cambiar rápidamente, por lo tanto, es necesario abogar por la flexibilidad y la capacidad de adaptación en la planificación estratégica, de manera que se puedan ajustar las estrategias y los planos de acción según sea necesario (Matus, 2007, 2015).

Estos son solo algunos de los aspectos clave de la visión estratégica de gestión de Carlos Matus. Su enfoque ha tenido un impacto significativo en el campo de la planificación estratégica y ha sido ampliamente estudiado y aplicado en diferentes contextos.

Hugo Spinelli (2012), médico y sanitarista argentino quien se considera discípulo del pensamiento de Matus, refiere que este método es de gran utilidad para quienes desde el nivel local construyan procesos que requieran de lógicas de planificación/programación. En sus palabras:

“El gobernar no es solo arte, requiere de técnicas y métodos”.

Matus sostuvo que “gobernar es interferir en el desarrollo del juego con la intención calculada de alcanzar un propósito. Todos los actores son gobernantes, desde el momento que son conductores en algún espacio. Todos los actores intentan conducir, pero no todos pueden hacerlo con el mismo peso y la misma eficacia. Algunos están en posiciones más poderosas que otros. El juego social es, así, el centro de encuentro de la mediación de fuerzas de los jugadores, en su competencia por conducir y dominar. Todos los actores tienen esferas de gobierno. No hay un gobierno, hay un sistema de gobierno, y por eso es un juego. En ese juego coexisten diversas posiciones de gobierno con distinto peso. Todas ellas son gobierno en su propia esfera, al mismo tiempo que son oposición y cooperantes de otros gobiernos” (Matus, 2007, 2015).

Para Matus, gobernar es la ciencia y el arte de conducir organizaciones y multitudes hacia un proyecto de sociedad que exige procesar reactiva y proactivamente problemas conflictivos a partir de variables imprecisas e inciertas. El gobierno se ejerce por medio de algunos jugadores líderes y se materializa en jugadas. Estas jugadas pueden ser reguladoras, acumuladoras y accionadoras del juego (Matus, 2007, 2015).

Nos encontramos en un contexto social en el que múltiples actores luchan por sus intereses y por imponer su juego, por lo que se hace necesario contemplar en el análisis los intereses de los actores, que muchas veces son causantes estructurales de que problemas persistan y se agraven. Gobernar en la actualidad “exige cada vez más procesos de interacción con diversos actores, y demanda métodos acordes con estas necesidades (Matus, 2015).

Intervenir en la compleja realidad social requiere de metodologías específicas que permitan intervenir esa realidad con cierta probabilidad de éxito. El MAPP es un componente dentro de un sistema integral de planificación (Matus, 2015).

Este trabajo se plantea desde una lógica de abordaje intersectorial, ya que ningún actor tiene por sí solo, toda la información y los recursos para abordar problemas complejos, dinámicos y diversificados que se presentan en las sociedades de hoy (Cigob, 2019).

El presente trabajo final de la maestría, responde a una propuesta de intervención comunitaria apoyado en la Resolución 114/2018, la cual promueve y valoriza la elaboración de proyectos de intervención por sobre “tesis” de investigación.

3- Descripción del sub-sector de salud y su contexto

3.1. La ciudad y la región

La ciudad de Puerto Madryn se encuentra ubicada en la región noroeste de la provincia del Chubut, a orillas del Golfo Nuevo, entre la Península Valdés y Punta Ninfas.

Chubut es una provincia de la República Argentina, ubicada al centro sur de la región patagónica [21]. Está dividida políticamente en 16 departamentos, que incluyen 27 municipios autónomos y 20 comunas rurales (Figura 1, a y b) (Provincia del Chubut, 2022; Chubut, 2023)

Ubicación geográfica de la Provincia del Chubut

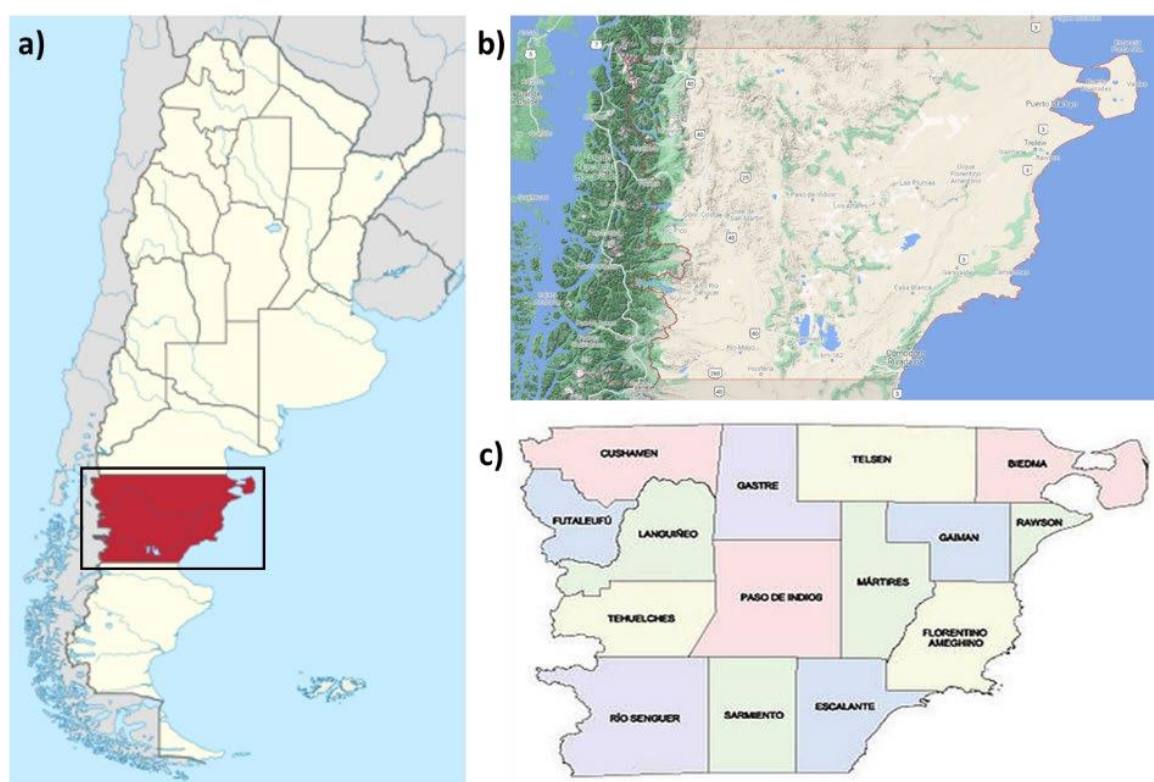


Figura 1. Provincia del Chubut (a y b) y sus departamentos (c).

Según el último censo del año 2022, la población de la provincia del Chubut era de 592.621 habitantes, de los cuales, el 50,82% corresponde a mujeres ($n=301.209$) y el 49,17% a varones ($n=291.412$), con una edad mediana de 33 años. La ciudad de Puerto Madryn es la ciudad principal del Departamento de Biedma, el que registró una población de 103.173 habitantes con 52.238 mujeres y 50.935 varones y una edad mediana de 32 años. Puerto Madryn presentó un aumento de 40.000 personas desde el censo del 2010, representando una de las tres ciudades de la provincia con mayor incremento poblacional, que tiene su correlato en el desarrollo comercial de la región, en el que se observa un incremento de los locales comerciales, supermercados y cadenas de comidas rápidas, etc. (INDEC, 2022).

La ciudad de Puerto Madryn es uno de los lugares más abrigados de la costa patagónica, emplazada frente al mar Argentino, en el océano Atlántico. Posee una geografía que alterna la meseta y la costa, la que presenta acantilados y playas de rocas y arena. Esta ciudad pertenece al departamento Biedma de la provincia del Chubut, ubicada en la región patagónica de la Argentina. El clima de la ciudad posee las características áridas de la región, con una media anual es de $13,4\text{ }^{\circ}\text{C}$ y con vientos fuertes (SMN, 2022).

Mapa satelital de la ciudad de Puerto Madryn

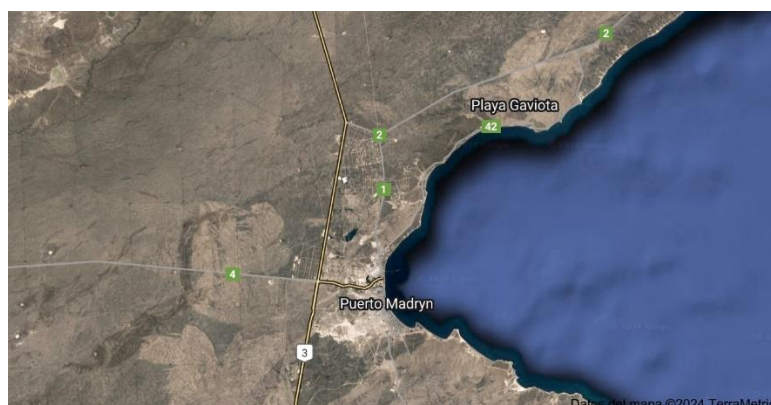


Figura 2. Puerto Madryn, imagen Google Earth 2022

Puerto Madryn es una ciudad pujante e importante polo de desarrollo del sur argentino. La economía de esta ciudad se basa en tres pilares fundamentales: los parques industriales que abarcan la producción pesada y liviana, incluyendo la fabricación de aluminio; la actividad pesquera que juega un papel destacado en la economía local, con costas ricas en diversas especies marinas, lo que permite una importante captura de peces y mariscos y el turismo, que también es un sector clave en la economía de la ciudad, ya que con dos temporadas claves, invierno y verano, ofrece todo el año actividades turísticas como excursiones para el avistaje de ballenas francas, delfines, toninas overas, pingüinos, elefantes marinos y aves, entre otros. En Puerto Madryn la rambla y las playas, en verano se convierten en puntos de encuentro muy concurridos. Se practican también actividades recreativas y deportivas como windsurf, standup, navegación, natación, vóley de playa, fútbol de playa, triatlones, combinando entretenimiento y deporte que impulsa la economía local y promoviendo (Municipalidad de Puerto Madryn, 2023).

3.2. El sub sector público de salud en Puerto Madryn

El ámbito público de atención de la salud en Puerto Madryn está compuesto por el Hospital Zonal Dr. Andrés R. Ísola [HZIPM] el cual es el hospital principal del Área Programática Norte [APN]. Este establecimiento de salud está clasificado como nivel VI y cuenta con servicios de internación general, siendo categorizado como un hospital de Alto Riesgo con Terapia Intensiva. Además, el HZIPM es referente para cuatro hospitales rurales ubicados en Pirámides, Telsen, Gan Gan, Gastre y puestos sanitarios. Asimismo, este hospital es el Segundo Nivel de Atención [SNA], ofreciendo servicios de internación en áreas básicas como Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad. Como SNA es referente de 10 Centros de Atención Primaria de la Salud [CAPS] que

conforman el Primer Nivel de Atención [PNA]: Favaloro, Aristarain, Cesia Pozzi, Fontana, Teresa de Calcuta, Carillo, Ruca Calil, Roque González, Primitiva Azcárate y Güemes.

El HZIPM mantiene una estrecha relación con los hospitales rurales y los CAPS a través de un sistema de referencia y contrarreferencia, que permite una transferencia de pacientes y la coordinación de servicios médicos especializados. Además, el HZIPM se vincula con Centros Nacionales de Referencia como el Hospital de Clínicas, Hospital de Alta Complejidad El Cruce Néstor Kichner, el Gutiérrez, el Garrahan, etc, a través de la Oficina de Comunicación a Distancia [OCD]. Esta colaboración con centros de referencia nacionales posibilita la comunicación con servicios de salud de alta complejidad.

3.3. Descripción del acceso

Las personas con sobrepeso [SP] u obesidad [OB] que deciden comenzar un tratamiento de descenso de peso, en la Ciudad de Puerto Madryn, tienen la opción de solicitar un turno en uno de los diez CAPS correspondientes al APN o pueden concurrir al HZIPM, en el que se encuentran los consultorios externos de nutrición en los cuales se atiende casos con la problemática del SP y la OB, pero, dado que los consultorios de nutrición prestan servicio a todas las afecciones de salud, se dificulta el acceso a las consultas por la alta demanda. Actualmente el sistema público de salud cuenta con 5 licenciadas en nutrición, de las cuales 4 se desempeñan en el Hospital Isola y 1 en el Primer Nivel de Atención [PNA]. Estas profesionales trabajan 30 horas semanales, repartiendo el tiempo entre varias tareas, entre ellas el consultorio ambulatorio asistencial.

Con el objeto de poder ampliar la mirada sobre la situación del acceso a las consultas de nutrición, desde un enfoque etnográfico, describo, la “carrera del paciente obeso” en la búsqueda de tratamiento por el HZIPM (Menéndez, 2003). Para ello, he concurrido dos días a la sala de espera donde aguardaban los/as pacientes que habían

solicitado turno con el servicio de nutrición, y he conversado con algunos pacientes para poder comprender como percibían esta instancia.

Habitualmente los/as pacientes que necesitan turno con el servicio de nutrición, pueden acercarse al sector de estadística y solicitar su turno allí personalmente. Desde la solicitud del turno hasta el día de la consulta pueden transcurrir en promedio unos 20 días.

El día de la consulta, quien solicitó turno, debe concurrir en el horario indicado y una vez allí suele encontrarse con otros consultantes que también aguardan por lo mismo y que fueron citados a la misma hora.

Por lo general se dan 16 turnos a la misma hora, esto lleva a que los/as pacientes que están al final de la lista, en ocasiones, tienen que esperar hasta tres horas en los pasillos de espera.

Los/as pacientes en espera, refieren que van transitando por distintas sensaciones, pasando por la ansiedad, el enojo y la resignación. La sala de espera general cuenta con pocos asientos, por lo que, algunas personas suelen esperar paradas, otras se sientan en el piso o se acercan a una mini sala de espera pre-consultorio donde encuentran lugar para dos personas más*.



Figura 3. Pasillo pre consultorio de nutrición, HZIPM

*Estas imágenes fueron obtenidas con la autorización oral de las personas que se encontraban en ese momento aguardando ser atendidas. Quienes no quisieron ser fotografiados, se retiraron para la toma de las imágenes.



Figura 4. Mini sala de espera pre consultorio de nutrición, HZIPM



Figura 5. Sala de espera general, HZIPM



Figura 6. Sala de espera del sector de estadística, HZIPM

Realizar esta observación directa del lugar, permitió tener otra percepción del espacio que transitan habitualmente los/as pacientes en el sistema público de salud.

Michel de Certeau, distingue lugar de espacio. Emplea el término *lugar* para referirse al “...orden (cualquiera que sea) según el cual los elementos se distribuyen en

relaciones de coexistencia”, una configuración instantánea de posiciones estables. A diferencia, considera que el *espacio* emerge cuando “...se toman en consideración los vectores de dirección, las cantidades de velocidad y la variable del tiempo”. El espacio, es entonces un lugar practicado, un cruzamiento de movimientos, es el efecto de las múltiples prácticas que lo orientan y lo temporalizan. Es ambiguo, polivalente y móvil. Corresponde al espacio una determinación que opera a través de las acciones de sujetos históricos (Certeau, 2000).

Siguiendo a Certeau, el espacio disponible para la atención de personas con SP y OB en el HZIPM es poco confortable, cuenta con pocos asientos, y los disponibles son bancos de madera. Considerando que la espera suele extenderse hasta tres horas, la sumatoria de las condiciones descritas podrían actuar como factores expulsivos para el/a usuario/a, por parte de la institución.

El consultorio de nutrición, es un espacio compartido con otros especialistas y está ubicado en la planta baja, dentro del área pediátrica. Hay pocos elementos, entre ellos una balanza de palanca con un tope es de 150 kg.

El sistema de salud cuenta con licenciadas en nutrición que abordan los casos individualmente en los CAPS del PNA. Se han intentado grupos terapéuticos de acompañamiento en pocos efectores, pero, por el desgaste del equipo se discontinuó.

Las intervenciones institucionales son, desarticuladas, esporádicas y poco efectivas para dar respuesta a la problemática del SP y la OB.

El Ministerio de salud, en su misión manifiesta el deseo de alcanzar el mayor nivel posible de salud de todos los habitantes del territorio provincial, además refiere que los servicios de salud se prestarán desde la estrategia APS. La misión propone dar servicios desde un enfoque participativo y en red entre todos los sectores de salud (público, privado y obra social), que incluya a la comunidad, organizaciones y demás instituciones públicas.

Si esto se concretara, se lograrían intervenciones efectivas y eficaces. Además, la misión promete garantizar un conjunto de acciones integradas en las diferentes fases de la prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud, que permita anticiparse a las necesidades de la población y tratar a las personas con dignidad, respeto y evitando hacer daño (MS del Chubut, 2018). De lograr cumplirse esta misión, atender estos principios y valores para la población que padece SP y OB, desde el sector público, se lograrían buenos avances en la lucha contra el SP y la OB lo que contribuiría al bienestar social.

En la figura 7 se observa una imagen que esquematiza valores, principios y elementos de un sistema de salud basado en la estrategia de la atención primaria de la salud.

Valores, Principios y Elementos de un Sistema de Salud

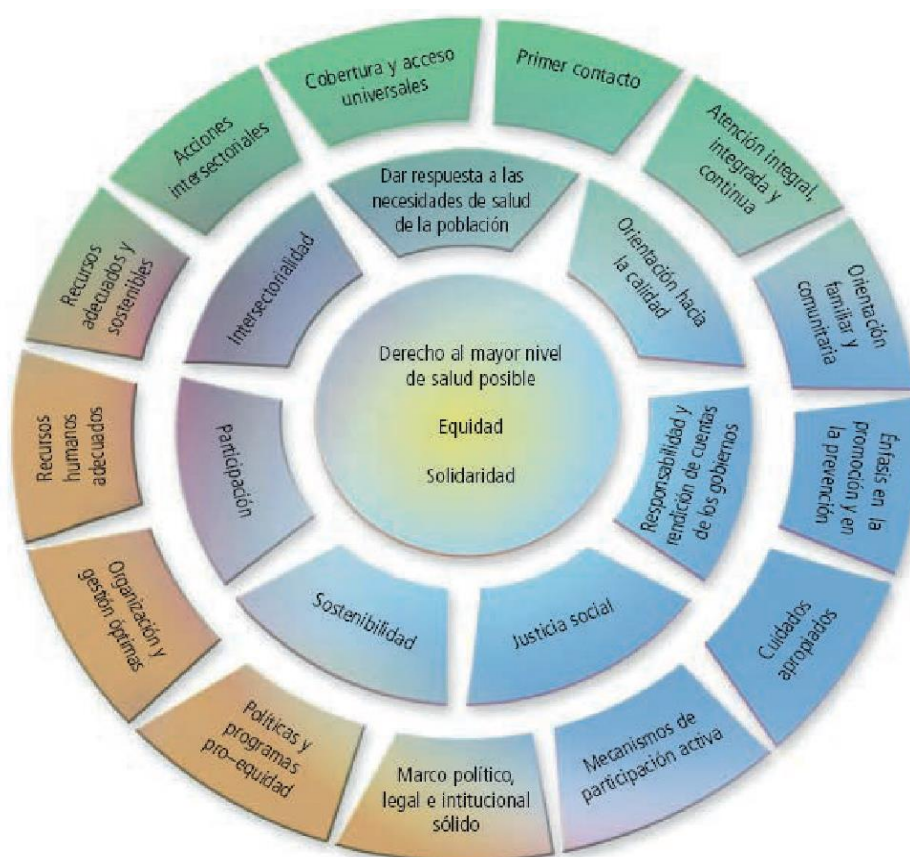


Figura 7. Fuente: Ministerio de Salud del Chubut (2018)

El subsector público de salud de la ciudad de Puerto Madryn asume una configuración organizacional de tipo *máquina burocrática*, siendo esta un ejemplo típico de la estructura que adoptan los efectores. Se caracteriza por sectores altamente especializados en los que se realizan tareas operativas rutinarias, los procedimientos están muy formalizados en el núcleo del proceso de producción, los servicios y departamentos se manejan con gran cantidad de reglas, regulaciones y los medios de comunicación están formalizados y los niveles operativos son grandes (CAPS y departamentos del hospital cabecera). En la toma de decisiones, la relevancia la tienen los sectores centralizados y los procesos de producción tienden a la estandarización. Se trata de una organización grande, que, si bien tiene esas características, se maneja en un ambiente complejo y cambiante, ya que está influenciado por las fluctuaciones del mercado, la política, del ambiente, etc. (Kosciuk, 2006).

A continuación, se observa un esquema de la configuración de la estructura organizacional, representada en un diagrama en el que pueden verse las partes (factor humano) y los mecanismos de coordinación de actividades.

Las partes y sistemas de la organización

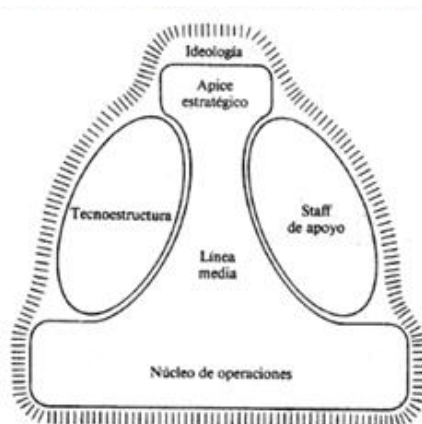


Figura 8. Configuración esquemática de la estructura organizacional.

Fuente: Mintzberg H. op. Cit. P. 114

La parte superior del diagrama representa a la cumbre estratégica, allí se ubican el Ministro de Salud, los/las directores/as de áreas programáticas y los directores/as de hospitales. Las obligaciones son supervisión, administración y mediación. La línea media, está compuesta por los/las jefes de departamento y de servicios de los hospitales y los/las coordinadores/as de los CAPS; el núcleo operativo está dado por los equipos de salud del PNA y del SNA (servicios hospitalarios/consultorios externos).

Los equipos de salud, suelen recibir asesoramiento y capacitación desde nación, a través de sus institutos, o desde el nivel Provincial, a través de sus departamentos. Las personas que operativizan las capacitaciones forman parte de la tecnoestructura. Por último, el staff de apoyo, está dado por los administrativos/as, choferes, personal de maestranza y técnicos de mantenimiento.

Mintzberg refiere que, a medida que las organizaciones se van complejizando, la coordinación pasa de darse por ajustes mutuos a supervisión directa o estandarización, y eso es justamente como se fueron dando los mecanismos de coordinación en las instituciones de salud del sub sector público de salud en Puerto Madryn. En muchos servicios, las acciones se arreglan por ajuste mutuo y se observa que, en la medida que los equipos se van complejizando, se arman protocolos de intervención (Kosciuk, 2006).

En el caso de la problemática del SP y la OB, los equipos de salud vienen trabajando regulándose por ajustes mutuos, no existiendo un servicio especializado ni protocolo de estandarización de intervenciones que coordine los servicios prestados al respecto.

Seguidamente se presenta el organigrama del Ministerio de Salud, y sus dependencias de las que depende el sistema público de salud de la ciudad de Puerto Madryn (Figura 9). En azul se resaltan las dependencias que poseen potencialidad para ser

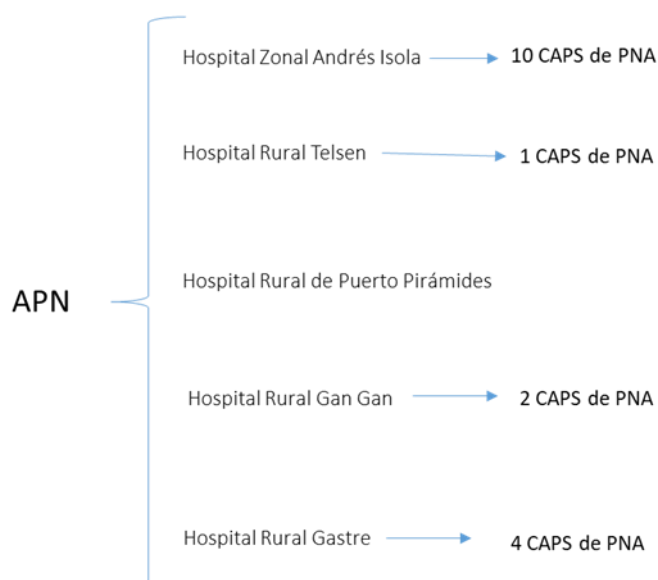
integradas al presente Plan estratégico de intervención comunitaria para el abordaje del SP y la OB y se presenta el diagrama la estructura organizacional del APN (Figura 10).

Estructura Orgánica y Funcional del Ministerio de salud del Chubut 2018



Figura 9. Organigrama del Ministerio de Salud, gestión 2018

Estructura Orgánica y Funcional del APN 2018



Fuente: Elaboración propia. Información tomada de <http://www.hospitalpuertomadryn.chubut.gov.ar/>

Figura 10. Diagrama la estructura organizacional del APN

Los diagramas presentados permiten ver que la organización del sub sector de salud responde a la configuración organizacional de tipo máquina burocrática con aspectos de una organización tradicional. Esta estructura organizacional genera una oferta de los servicios de salud poco sensible a las necesidades concretas de las personas, que limitan el abordaje de usuarios que padecen SP u OB.

4. Marco Normativo

En este apartado, se realiza una mención sintética del marco normativo nacional y provincial, relacionado a la promoción de los hábitos de vida saludables encaminados a la prevención del SP y la OB:

- La Ley 25.724 en el año 2003 estableció la creación del Programa Nacional de Nutrición y Alimentación, destinado a cubrir los requisitos nutricionales de niños hasta los 14 años, embarazadas, discapacitados y adultos mayores desde los 70 años en situación de pobreza. El programa se enfocó en garantizar el derecho a la alimentación de toda la ciudadanía, priorizando a esta población considerada vulnerable. Se estableció concomitantemente la Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación, así como comisiones provinciales y municipales, con funciones específicas para la implementación y coordinación del programa. Además, se creó un Fondo Especial de Nutrición y Alimentación Nacional para financiar la implementación del programa.
- La Ley 26.396 sancionada en 2008, declaró de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, incluyendo la OB. Estableció la creación del Programa Nacional de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud, considera la implementación de acciones para monitorear las tasas de SP y OB en Argentina, de manera de dimensionar la magnitud del problema y diseñar estrategias de prevención y control, incluye la investigación de sus causas, el diagnóstico y tratamiento, la asistencia integral y rehabilitación, y las medidas para evitar su propagación.

- En noviembre del año 2009, a través de la Resolución Ministerial N° 719 se creó la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles [ENT], actual Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles [DNAIENT], quien tiene a su cargo las acciones de promoción, vigilancia, prevención y control de ENT y sus FR. Fue en ese marco que, se abrieron líneas de acción, a través de la Resolución 1083/2009, creándose la “...Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable...” que implementa programas y proyectos de “...Escuelas Saludables, Universidades Saludables y Organizaciones o Lugares de Trabajo Saludables...” (Res. 1083/2009). En esta Resolución se menciona que la obesidad, al igual que otras enfermedades no trasmisibles, originan más del 60% de las muertes del mundo.
- Posteriormente, con la Resolución del Ministerio de Salud N° 742 emitida el 21 de mayo de 2009 aprobó e incorporó al Programa Médico Obligatorio [PMO] el conjunto de prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes, detalladas en el ANEXO I de la citada norma.
- La Resolución N° 801/2011 creó el Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares.
- La Resolución 578/2013, que creó el Programa Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo.
- La Resolución 732/2016 crea el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, con el objetivo de abordar de manera integral esta problemática de salud pública. Los considerandos mencionan que más de la mitad de la población presenta exceso de peso, y estas condiciones constituyen factores de riesgo para enfermedades crónicas. El programa se crea en el marco de la Ley 26.396, que declara de interés nacional la prevención y control de trastornos

alimentarios como la obesidad. Se establece la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, integrada por representantes de diversos organismos públicos y privados. Su objetivo será contribuir en la planificación, seguimiento y evaluación del programa. La resolución demuestra la preocupación de las autoridades sanitarias por abordar de manera intersectorial esta problemática, a través de una política nacional integral que promueva hábitos alimentarios y de actividad física saludables en la población.

- La Resolución 564/2019 aprobó la "Guía de Entornos Escolares Saludables", con el objetivo de promover políticas de prevención del SP y la OB en niños, niñas y adolescentes en las instituciones educativas. Al analizar los considerandos, se evidencia la preocupación de las autoridades sanitarias por el crecimiento exponencial de estas patologías en las infancias en Argentina. La guía busca regular los entornos escolares, dado que la escuela desempeña un rol fundamental en la vida de los niños, niñas y adolescentes. Se considera necesario transformar los ambientes escolares "obesogénicos" en entornos saludables, a través de una normativa integral que promueva hábitos alimentarios y de actividad física saludables. La resolución refleja el enfoque de proteger el derecho a la salud y el interés superior de la infancia. Al mismo tiempo, busca incidir en los determinantes ambientales de la problemática, a través de la implementación de políticas basadas en evidencia científica.
- La Resolución 693/2019 emitida por la Secretaría de Gobierno de Salud aprobó las Guías Alimentarias para la Población Argentina [GAPA] y el Manual para su Aplicación, con el objetivo de establecer un estándar de referencia nacional para el diseño de políticas públicas de alimentación saludable. Al analizar los considerandos de la resolución, se evidencia la preocupación de las autoridades sanitarias por la malnutrición en todas sus formas en Argentina. Datos de encuestas nacionales

muestran patrones alimentarios no saludables como bajo consumo de frutas y verduras y exceso en azúcares, sal y grasas, lo que explicaría, en parte, el aumento del SP y la OB en el país. Las GAPA buscan promover una alimentación variada y equilibrada, acorde a las recomendaciones internacionales. Se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica para ser aplicadas en políticas públicas vinculadas a la asistencia alimentaria. Las GAPA constituyen una herramienta pedagógica para promover hábitos alimentarios saludables que prevengan problemas nutricionales y enfermedades crónicas.

- La Resolución 996/2019 creó el Plan Nacional de Alimentación Saludable en la infancia y adolescencia para la prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes (Plan ASI y en el mismo año, se publicó la Ley 27.521 que establece un sistema normalizado de identificación de tallas en la indumentaria, con el objetivo de garantizar la disponibilidad de talles adecuados para personas con sobrepeso y obesidad y diversidad de tamaños corporales. En el mismo año, se publicó la Resolución 51/2019 la que establece la creación de la Mesa Intersectorial para la Promoción de Entornos Saludables y Prevención de la Obesidad.
- Con la Resolución N°1064 del Ministerio de Salud en el año 2020 se aprobó el Proceso Asistencial en Cirugía Bariátrica y Metabólica y los requisitos mínimos para el registro nacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica, incorporándolos al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
- La Resolución 2198/2021 aprueba la Estrategia Nacional de Entornos Saludables (ENES) con el objetivo de abordar integralmente la salud en todos los entornos para prevenir las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Esta estrategia busca influir en las políticas públicas de diferentes sectores para contribuir a la coherencia de las políticas en ámbitos que afectan la gobernanza, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles. La ENES tendrá

como competencias promover el fortalecimiento continuo y progresivo de los entornos saludables, articular con distintas áreas y programas del Ministerio de Salud, promover hábitos saludables a través de campañas y mensajes dirigidos a la sociedad, entre otras. Además, crea el Consejo Asesor, integrado por representantes de la sociedad civil, la comunidad académica y los organismos gubernamentales, con el fin de asistir a la DNAIENT mediante recomendaciones para la ejecución y fortalecimiento de los objetivos de la ENES. La resolución también delega en la Subsecretaría de Estrategias Sanitarias la suscripción de instrumentos legales para articular con otros ministerios y organismos del Estado Nacional, Provincial o Municipal, organizaciones académicas y de la sociedad civil, que sean competentes para optimizar la consecución de los objetivos de la ENES.

- La Resolución 1420/2022 del Ministerio de Salud propone aprueba el conjunto de prestaciones básicas esenciales basadas en evidencia para la cobertura del abordaje de personas con obesidad, modificando el acceso a la cobertura de salud, ampliándola a población no incluida anteriormente ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$) y extendiendo la cobertura al período postoperatorio en el caso de tratamientos quirúrgicos bariátricos para la obesidad mórbida. En su Anexo I explicita que se debe cubrir las consultas ambulatorias con equipos interdisciplinarios, tratamiento farmacológico (70%) de descuento de ORLISTAT Inhibidor de la absorción de grasas), procedimientos quirúrgicos (Manga Gástrica o Gastrectomía en Manga, Bypass Gástrico, en sus dos modalidades clásico en Y de Roux y Anastomosis BAGUA).
- En noviembre del 2021, se reglamentó la Ley 27.642 de Promoción de la alimentación saludable. Esta Ley tiene por objeto promover la prevención de la malnutrición, haciendo especial énfasis en las patologías por exceso (ej. SP y OB). La Ley establece definiciones clave, como "alimentación saludable", "derecho a la alimentación adecuada", "nutrientes", "nutrientes críticos", "rotulado nutricional",

entre otros. Además, establece que todas las personas, humanas o jurídicas, que estén involucradas en la fabricación, producción, distribución, comercialización, importación, entre otras actividades, de alimentos y bebidas analcohólicas envasados en Argentina están sujetas a las obligaciones establecidas en la Ley. Esta normativa refiere que la alimentación saludable es un derecho, así como el derecho a la salud, por lo que promueve la toma de decisiones asertivas y activas para resguardar los derechos de los consumidores. Obliga a quienes producen alimentos a informar en forma simple y comprensible, lo que contienen los productos alimentarios, de manera de promover la toma de decisiones asertivas. Esta Ley, por primera vez, obliga a los y las productores/as a que los envases de alimentos adviertan sobre la presencia excesiva de los llamados *nutrientes críticos*, esto es azúcares, sodio, grasas saturadas y grasas totales, con sellos de advertencia en la cara principal del envase en caso de exceder los valores establecidos. Estos sellos deben adoptar la forma de octógonos de color negro con borde y letras de color blanco en mayúsculas, y su tamaño no puede ser inferior al cinco por ciento de la superficie de la cara principal del envase. Es sabido que, la industria alimentaria, hasta el momento, ha implementado estrategias de marketing para posicionar sus productos, induciendo a la adquisición de alimentos, no siempre saludables. Para regular esta situación, esta Ley prohíbe que, aquellos alimentos y bebidas que tengan sellos de advertencia, no pueden incluir logos o frases de patrocinadores y/o sociedades científicas, incluyendo los productos dirigidos a las infancias. La normativa prohíbe la combinación de productos alimentarios con personajes infantiles, animaciones, o juguetes, entre otros tipos de incentivo, que lleven a consumir el producto de forma impulsiva o coercitiva. Ya se ha referido más arriba que, los medios masivos de comunicación, actúan como determinantes en la toma de decisiones sobre lo que se elige para comer. Hasta esta Ley, las publicidades de

alimentos y bebidas analcohólicas, no tenían regulación. Se promocionaban libremente alimentos no saludables, muchos de los cuales se dirigían a la población joven e infantil generando adherencia y aceptación a dichos alimentos no saludables. La actual Ley 27.642 prohíbe toda forma de publicidad de los alimentos que lleven sellos de advertencia. En cuanto a los alimentos envasados con contenido de calorías, azúcares, grasas saturadas, grasas totales y sodio, la ley establece la obligatoriedad de incluir un sello. En el capítulo IV, esta Ley insta a promover la alimentación saludable, en el ámbito educativo, en todos los niveles, además, prohíbe la venta de alimentos con sellos de advertencia dentro de los establecimientos.

A nivel provincial, la Ley VIII-75 de la Provincia de Chubut estableció la obligatoriedad de que los kioscos instalados en los establecimientos escolares públicos y privados de todos los niveles de enseñanza ofrezcan productos de alto valor nutricional, como frutas, yogures, cereales y otros alimentos recomendados por especialistas en nutrición. Además, promueve la organización de charlas informativas sobre nutrición y la concientización sobre los beneficios de una alimentación sana. La ley invita a los municipios de la provincia a adherirse a la misma y a dictar normativas relacionadas con actividades deportivas y sociales.

Asimismo, en junio del 2022, Chubut ha adherido a la Ley 27.642 de Promoción de la Alimentación Saludable a través de la Ley I-727.

Tal puede apreciarse, Argentina posee un **marco normativo amplio y ambicioso, que, de cumplirse, podría contribuir significativamente a una mejoría en el perfil epidemiológico del país y a una modificación positiva en los patrones alimentarios.**

5. Situación problema

5.1. Evidencias del problema y descripción epidemiológica

Desde 1980, el SP y la OB se han duplicado a nivel mundial, lo que coincide con el posicionamiento del sistema capitalista neoliberal a nivel global. En 2005, la OMS advertía que, según sus cálculos, en el mundo habían más de 1000 millones de personas con SP y OB y que esta cifra aumentaría de mantenerse la tendencia (OMS, 2018).

Según el informe de la Situación Mundial de las ECNT de la OPS, la prevalencia de SP y OB en la Región de las Américas es la más alta entre las regiones de la OMS. Así, la OB afectó a 139 millones de personas en 2005 y se estimaba que para el 2015 la cifra llegaría a 290 millones (OPS, 2014).

En Argentina se realiza regularmente la ENFR para recopilar información sobre diversos factores de riesgo para la salud de la población, los cuales son importantes para comprender la prevalencia de diferentes enfermedades y condiciones de salud en el país. La encuesta es una herramienta importante para la planificación, aplicación y evaluación de políticas de salud a nivel local, regional y nacional. Proporciona información confiable y oportuna para la vigilancia epidemiológica y ayuda a comprender los factores de riesgo que afectan la salud de la población argentina (MSN, 2005).

La cuarta y última ENFR es una de las encuestas más recientes realizadas en Argentina, la misma se realizó en hogares de localidades urbanas de 5000 habitantes o más en todo el país. La muestra fue representativa a nivel nacional y provincial e incluyó a la población de 18 años en adelante.

El informe completo fue publicado por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación [SGSN] en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC]. El informe proporcionó datos a nivel nacional y provincial, desglosados por sexo, edad, nivel educativo e ingresos del hogar. Por primera vez, también incluyó mediciones en los domicilios bioquímicas y antropométricas, ya que se propuso estimar con mayor precisión el nivel de riesgo de la población argentina, además del relevamiento por auto-reporte, se relevó presión arterial, peso, altura y cintura, glucemia y colesterolemia (MSN, 2019).

Los resultados por región y provincia exponen que la epidemia de SP y OB en Argentina, continúa con tendencia sostenida en aumento. Las mediciones objetivas (por antropometría), han evidenciado que esta problemática es más marcada que la que se registró por auto-reporte, de manera que se ha venido subestimando la prevalencia de OB en el país. Se observa una diferencia estadísticamente significativa con respecto a los resultados obtenidos en la Tercera ENFR (2013), con un aumento del indicador de obesidad, del 22% y un 74% respecto a la primera edición (MSN, 2005).

Seguidamente se detallan algunos de los resultados arrojados por la Cuarta ENFR que resultan de interés para el presente trabajo: la prevalencia de actividad física baja aumentó significativamente respecto de la ENFR 2013, alcanzando a 6 de cada 10 individuos; respecto a la alimentación, se observó que solo el 6% de la población cumplió con la recomendación de consumo diario de frutas y verduras (al menos 5 porciones/día) y el peso corporal, según el autor-reporte, se evidenció un aumento sostenido del exceso de peso (SP + OB) desde la primera edición de la encuesta en 2005 y un aumento estadísticamente significativo respecto de la ENFR 2013. Si bien el indicador de SP no evidenció cambios estadísticamente significativos respecto de la 3ra ENFR, Se registró OB en un cuarto de la población, con un indicador que evidencia un aumento del 22% respecto de la edición 2013 y 74% respecto a la primera edición (2005). La prevalencia del SP y OB

actual, según auto-reporte es, en promedio del 61,6% (64,8 - 67,3%), mientras que las mediciones objetivas revelan que la prevalencia real es del 66,1% (MSN, 2019). Estos resultados no resultan novedosos, aunque sí alarmantes, ya que como ya se mencionó, el incremento se dio por aumento en la fracción de personas con padecimiento de OB, esto es, un número significativo de personas que tenían SP, pasaron a la categoría de OB y una proporción de personas que tenían peso normal ($18,5 \leq \text{IMC} < 24,9 \text{ Kg m}^2$), pasaron a la categoría de SP, empeorando consecuentemente el estado de salud en general y aumentando el riesgo cardiovascular y de padecer ECNT (MSN, 2019).

Ya en 2005, la Primera ENNyS mostraba que mujeres entre 10 y 49 años presentaban un 52,9 % de exceso de peso (SP y OB) (MSN, 2007). La ENNyS "...es una encuesta nacional que proporciona información sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones, entre ellas la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, los hábitos alimentarios de la población argentina, la ingesta de alimentos y nutrientes a través de un recordatorio de 24 hs (R24H), y la lactancia materna" (MSN, 2019).

La última ENNyS 2, mostró que, en la población adulta, la prevalencia de exceso de peso fue de 67,9%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al nivel educativo: entre aquellos con nivel educativo "hasta secundario incompleto" (73,8%) el indicador fue mayor respecto de aquellos con secundario completo y más (62,3%).

"...La prevalencia de sobrepeso en la población adulta fue de 34,0%. Se evidenció mayor prevalencia de sobrepeso en los varones (37,5%) con respecto a las mujeres (31,1%). La prevalencia total de obesidad de la población adulta fue de 33,9%. Se observó mayor prevalencia en la región Patagónica (39,0%), siendo esta significativamente mayor al total nacional. Asimismo, en esta región la prevalencia de obesidad resultó ser mayor que la de sobrepeso. Se evidenció que el grupo de

menor nivel educativo alcanzado tuvo una prevalencia de obesidad 1,4 veces mayor que el segmento educativo más alto (39,8% vs 28,3%). En cuanto al quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora, se observó un gradiente descendente en la prevalencia de obesidad, siendo el valor del quintil más bajo 1,3 veces mayor con respecto al último quintil (36,9% vs 29,0%)..." (MSN, 2019).

Los datos arriba mencionados son alarmantes a lo largo y a lo ancho del país, en todos los grupos de edad y para todos los quintiles de ingresos. Sin embargo, y en concordancia con lo que muestra la tendencia en el país y en el mundo, los grupos sociales de menores ingresos evidenciaron mayores índices de exceso de peso a expensas de mayor prevalencia de obesidad, que fue un 21% mayor en el quintil de ingresos más bajos respecto del más alto. Sabemos que el SP y la OB se asocian a más de 200 problemas de salud tales como: diabetes [DBT], hipertensión arterial [HTA], enfermedades respiratorias crónicas, enfermedad de los riñones, del hígado, algunos tipos de cáncer y además ejerce efectos metabólicos adversos sobre las concentraciones plasmáticas de colesterol y triglicéridos produciendo dislipemias [DLP], aumentando las probabilidades de padecer coronariopatías y accidentes cerebrovasculares. El SP y la OB, explican el 44% de la carga de DBT, el 23% de las cardiopatías isquémicas y hasta el 41% de ciertos cánceres (MSN, 2018).

En términos de mortalidad, cada año fallecen 3,4 millones de personas adultas en el mundo, como consecuencia de la OB (MSN, 2014).

Estudios epidemiológicos llevados a cabo en Argentina, han demostrado que la OB de grado mórbido sin tratamiento trae un costo por muerte prematura estimada en 190 millones de pesos. Además, los costos de la atención de los eventos responsables de las

mueres generan una carga extra en el sistema de salud (Elgart, Pfirter, Gonzalez y Gagliardino, 2010).

A continuación se presentan tablas comparativas (Tabla 1 y 2). En la Tabla 1 se pueden visualizar los resultados comparados de las cuatro ENFR según país, región patagónica y provincia del Chubut (MSN e INDEC, 2015). Se incluyen los resultados arrojados por la Cuarta ENFR (2018), relevados por auto-reporte, con el fin de permitir una comparación a nivel país. En la Tabla 2. Se observa la prevalencia de SP, OB y exceso de peso en población de 18 años y más según características sociodemográficas (MSN, 2019).

Tabla 1: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 18 años y más, para la Provincia del Chubut y la región Patagónica. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005-2009-2013 -2018.

Región		ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
País	% SP	34,4	35,5	37,1	36,2
	% OB	14,6	18	20,8	25,3
	% SP y OB	49	53,5	57,9	61,6
Patagonia	% SP	35,4	36,5	38,3	38,4
	% OB	17,4	19,9	22,8	29
	% SP y OB	52,8	56,4	61,1	67,4
Chubut	% SP	36,1	34,6	36,6	38,1
	% OB	16,3	21,9	24,8	26,7
	% SP y OB	52,4	56,5	61,4	64,8

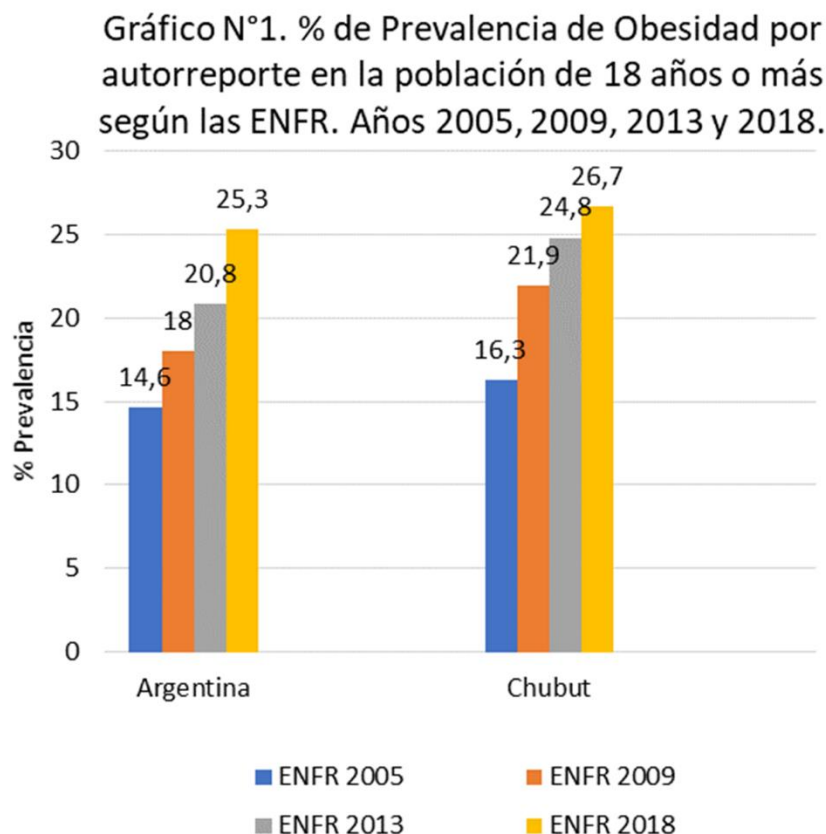
Tabla 1. Elaboración propia. Fuente ENFR 2013 y 2018.MSN.

Tabla 2. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y exceso de peso en población de 18 años y más según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019

VARIABLES Y CATEGORÍAS		EXCESO DE PESO			SOBREPESO			OBESIDAD		
		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
			LI	LS		LI	LS		LI	LS
Total		67,9	66,4	69,4	34,0	32,4	35,6	33,9	32,3	35,5
Región	GBA	67,4	64,3	70,4	35,3	32,2	38,6	32,1	28,8	35,6
	Centro	67,5	64,5	70,3	33,4	30,4	36,5	34,1	31,3	37,0
	NEA	67,5	64,1	70,8	31,9	29,4	34,4	35,6	32,3	39,1
	NOA	68,4	65,9	70,8	33,2	30,4	36,1	35,2	32,4	38,1
	Cuyo	70,0	66,9	72,8	36,9	33,9	40,1	33,0	29,7	36,6
	Patagonia	69,9	66,5	73,1	30,9	28,3	33,5	39,0	35,7	42,5
Sexo	Mujer	66,0	63,9	68,1	31,1	29,2	33,0	34,9	32,8	37,1
	Varón	70,1	68,0	72,2	37,5	35,1	40,1	32,6	30,2	35,1
Nivel educativo	Hasta secundario incompleto	73,8	71,6	75,8	34,0	31,8	36,3	39,8	37,8	41,8
	Secundario completo o más	62,3	60,0	64,5	34,0	31,9	36,2	28,3	26,2	30,4
Cobertura de salud	Solo pública	66,2	63,7	68,6	32,2	29,6	34,9	34,0	31,7	36,3
	OS o prepaga	69,0	66,9	71,1	35,2	33,0	37,4	33,8	31,5	36,3
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	67,6	64,0	70,9	30,6	27,1	34,3	36,9	33,0	41,0
	Q2 (Medio-bajo)	69,7	65,8	73,4	33,2	29,5	37,3	36,5	32,8	40,3
	Q3 (Medio)	69,7	65,7	73,4	35,4	31,9	39,1	34,3	30,7	38,0
	Q4 (Medio-alto)	69,9	66,5	73,0	35,7	32,5	39,1	34,2	31,0	37,4
	Q5 (Alto)	63,1	59,5	66,6	34,1	31,0	37,4	29,0	25,9	32,4

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: quintilo

Como ya se mencionó, la Provincia del Chubut, el porcentaje de prevalencia de OB, desde la Primera ENFR, viene superando la media nacional, con valores progresivamente en aumento. En el siguiente gráfico se observa la prevalencia de OB por auto-reporte en la población de 18 años o más según las ENFR realizadas.



La problemática de la alta prevalencia del SP y OB en la Provincia del Chubut no se da solamente en áreas urbanas, afecta seriamente también a las áreas rurales. En un estudio que se realizó en el año 2012, en una localidad de la meseta, Paso de Indios, se observó una prevalencia de SP y OB del 83,4 % en mayores de 18 años (Finocchietto, P., Del Bosco, H.E. y Villaverde, 2012).

La falta de acceso a alimentos frescos como frutas y vegetales, sumada la oferta de alimentos ultra procesados que abunda a bajo costo en esta zona, condiciona la dieta de la población, resultando el exceso de peso, lo normal.

El Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut, si bien reconoce la problemática del SP y OB y se alinea a los programas nacionales para la prevención de esta patología, no cuenta, hasta el momento, con una política que se ocupe de esta problemática específica (MS del Chubut, 2018).

En la mayoría de los casos, estos programas *bajados* del nivel nacional, no se pueden modificar, ya que de hacerlo se alterarían los indicadores de resultados, lo que dificultaría la posterior evaluación, etapa que siempre tarda en alcanzarse o nunca llega (Spinelli, 2016).

Aisladamente se han realizado acciones a nivel local, como campañas incentivando a la reducción del consumo de sodio y de grasas trans, logrando comprometer a productores locales (Ministerio de Salud del Chubut, 2018). Al momento, no se ha realizado un monitoreo de campo que confirme la real disminución del sodio en el pan y el reemplazo de grasas aterogénicas por grasas mono y poliinsaturadas.

En la Ciudad de Puerto Madryn, la iniciativa de *Kioscos Saludables*, tuvo un auge en el año 2010 gracias a una financiación local que obtuvo el municipio, pero lamentablemente, no pudo sostenerse luego de retirarse dicha financiación, observándose un debilitamiento de dicha política. Desde el sector Chubut Deportes, se realizan frecuentemente a nivel Municipal y Provincial, actividades tendientes a combatir el sedentarismo, pero sin continuidad y aisladas del sector Salud (Chubut Deportes, 2018; Municipalidad de Puerto Madryn, 2018).

Con lo anterior se observa que existe una brecha entre una situación actual y la situación deseada (Matus, 2007). La problemática del SP y la OB produce inequidades sociales, limita a un grupo social en la posibilidad de gozar la vida y gran parte de sus condicionantes son evitables, por lo que es necesario formular proyectos de intervención comunitarios para modificar esta situación de salud (Laplacette, 2007).

Con el objetivo de reducir la brecha que existe entre esta situación actual y la situación deseada, el presente trabajo se propone plan estratégico de intervención comunitaria a una escala de meso gestión, esto es, de nivel municipal. Se elige la localidad de Puerto Madryn, dada la accesibilidad y experiencia laboral de quien suscribe.

5.2. Los determinantes sociales de la salud y el desarrollo del sobrepeso y la obesidad

Whitehead y Dahlgren en 1991, propusieron un modelo explicativo de los problemas de salud de una comunidad, que permite un análisis más integral de los problemas complejos. Se trata del modelo de los DSS que considera las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Son el conjunto de condiciones que dan forma a la vida de un individuo desde el nacimiento hasta la vejez, incluida la amplia gama de sistemas y fuerzas más amplios que influyen en sus experiencias cotidianas (OPS/OMS, 2019).

La OMS creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud [CDSS] la que emitió un informe en el año 2008, en el que reconoce a los determinantes estructurales como aquellas estructuras fundamentales que generan la estratificación social, como los sistemas económicos, políticos y de bienestar social nacionales y mundiales, junto con los sistemas educativos. Los determinantes intermediarios, son las circunstancias de la vida diaria, desde la calidad del entorno familiar y las relaciones entre pares, pasando por la disponibilidad de alimentación, vivienda y recreación, hasta el acceso a la educación y los determinantes proximales son generados por la estratificación social que resulta de los determinantes estructurales, pero también por factores culturales, religiosos y comunitarios. Estos determinantes proximales establecen diferencias individuales en la exposición y vulnerabilidad a factores que comprometen la salud y generan salud o mala salud; incluyen circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, factores conductuales y biológicos, y sistema de salud (Frenk, 2000 y OMS, 2009).

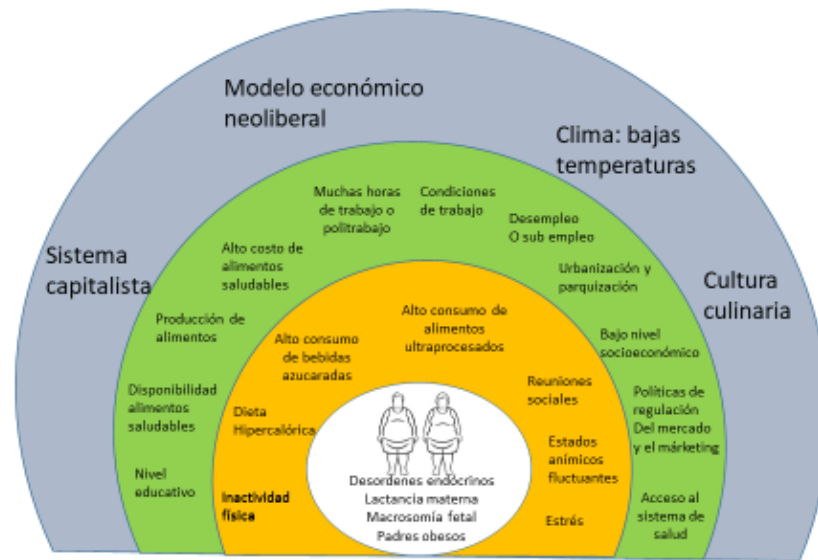
El modelo de los DSS ordena a las circunstancias en tres categorías, según

influyen y condicionen la aparición del problema, estos son: distales o estructurales, intermedios y proximales. Los determinantes más fuertes de la salud son los factores estructurales como la riqueza nacional, la desigualdad de ingresos y el acceso a la educación. Los determinantes intermedios y proximales se encuentran en la vida diaria, como la calidad del ambiente familiar, las relaciones entre pares, la disponibilidad de alimentación, vivienda y recreación, y el acceso a la educación.

Los comportamientos saludables son también determinantes de la salud; su promoción a una edad temprana es esencial para mejorar la salud desde edades tempranas. Para esto se requiere involucrar todos los aspectos de su vida cotidiana, incluyendo sus esferas familiar y social, abordando también los factores de riesgo y de protección en el entorno social a nivel de la población. Por ello, es necesario conocer cuáles son los DSS que se asocian con el desarrollo de SP y OB, para luego avanzar en el diseño de un plan estratégico integral que ayude, no sólo a disminuir la prevalencia de estas patologías, sino que procuren el sano desarrollo de los niños/as, adolescentes y jóvenes, de manera que se puede comenzar a revertir la tendencia del incremento sostenido del SP y OB.

A continuación, se observa una adaptación del modelo de Whitehead y Dahlgren con el fin de visualizar los determinantes sociales del SP y la OB, para desde allí, derivar explicaciones al problema en estudio y mejorar la comprensión del mismo.

Determinantes sociales del Sobrepeso y la Obesidad en la ciudad de Puerto Madryn



Elaboración propia, adaptado de Whitehead y Dahlgren .

Figura 11. Modelo de los DSS adaptado de Whitehead y Dahlgren a los determinantes del SP y la OB. Puerto Madryn

La imagen 11 detalla los determinantes que se reconocen, a saber:

Determinantes estructurales

- Sistema capitalista
- Modelo económico neoliberal
- El clima
- La cultura alimentaria

Los determinantes intermedios:

- El nivel educativo
- La disponibilidad de alimentos saludables
- La producción de alimentos
- Alto costo de alimentos saludables
- Muchas horas de trabajo
- Desempleo/subempleo

Urbanización y parquización

Bajo nivel socioeconómico

Políticas públicas de regulación (o no) del mercado y del marketing

Acceso al sistema de salud

Determinantes proximales:

Sedentarismo/inactividad física

Dieta hipercalórica

Alto contenido de bebidas azucaradas

Alto consumo de alimentos ultraprocesados

Reuniones sociales

Estados anímicos fluctuantes

Estrés

Desde este enfoque, es necesario analizar la injerencia que tiene el contexto socio-político-económico como determinantes estructural del SP y la OB.

El sistema capitalista y el modelo económico neoliberal se caracterizan por la tendencia a maximizar la productividad laboral individual y colectiva, esto ha repercutido en los modos de vida, cada vez más urbanos, con tendencia al sedentarismo, muchas horas laborales (politrabajo) y a la mala alimentación, en la que abundan los alimentos preelaborados, las comidas rápidas de alta densidad calórica y bajo valor nutricional. A su vez, las prácticas alimentarias están fuertemente determinadas por la plusvalía del sector industrial alimentario, combinado con una insuficiencia de políticas públicas destinadas a la promoción de una alimentación saludable.

En la Argentina, los cambios en las prácticas alimentarias siguen la tendencia mundial, atraviesan todo el entramado social y afectan especialmente a los grupos en mayor situación de

vulnerabilidad. [30] En particular, el consumo de frutas disminuyó un 41% y el de hortalizas, un 21% en los últimos 20 años; mientras que el consumo de gaseosas y jugos en polvo se duplicó en el mismo período. [49]

La población de 18 a 24 años de Argentina se caracteriza por ser el grupo etario con mayor prevalencia de hábitos de consumo alimentarios poco saludables (*Figura 12*) (MSN, 2019).

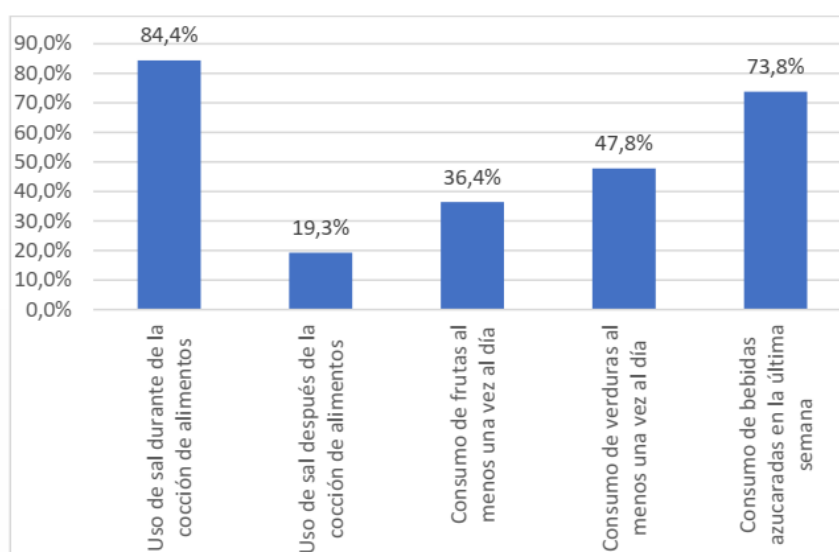


Figura 12, Perfil alimentario de Argentina. MSN, 2019.

Se destaca también que sólo el 37.3% de los jóvenes argentinos consume la cantidad adecuada de frutas o verduras; los factores individuales (determinantes proximales) serían las principales barreras para el consumo de estos alimentos (MSN, 2019).

La combinación de factores sociopolíticos y socioeconómicos tiene un impacto epidemiológico llevando a un mayor desarrollo de enfermedades metabólicas, como el SP y la OB, que se dan junto a enfermedades por carencia de nutrientes esenciales y desórdenes alimentarios.

En relación a la plusvalía del sector alimentario mencionada arriba, ésta se logra empleando el desarrollo tecnológico para la producción de alimentos más prácticos, de mayor durabilidad, más atractivos, estimulantes y con mayor “flavor”. A estas tecnologías de carácter físico-químicas, se le suman aspectos sociales relacionados con el consumo de alimentos: las comidas untra-procesadas son el objeto de las nuevas tecnologías en materia de comunicación, instalación mediática y del marketing, que tienden a una mayor aceptación del producto. En ausencia de un Estado intervencionista en materia de producción y mercadeo de alimentos, se desencadena un ciclo pernicioso, desde el punto de vista epidemiológico, en que la población tiende a consumir alimentos más baratos, de menor calidad nutricional, socialmente aceptados y mediáticamente promocionados, como el caso de las bebidas azucaradas.

Los constructos sociales, se han erigido históricamente en función de los intereses y las necesidades de las elites y de los grupos dominantes. Una de sus funciones es lograr la legitimación de prácticas moralmente cuestionables. En materia alimentaria, el sistema se vale de diversos recursos para instalar lo que es *bueno para comer* a pesar de que la ciencia indique lo contrario. Cuando las prácticas sociales se hacen hábito, han conseguido la fuerza necesaria para hacerse cultura alimentaria en ese momento histórico, a la vez que nace un fuerte y rentable mercado alimentario (Aguirre, 2017).

El desarrollo de la industria de alimentos, favoreció la segmentación del mercado de acuerdo con el nivel de ingresos, ofreciendo productos masivos, de baja calidad nutricional (alto contenido en grasas saturadas y carbohidratos refinados y simples) a menor costo, a la vez que siguió ofreciendo alimentos artesanales, orgánicos, de mejor calidad nutricional para los sectores de ingresos más altos (MSN, 2016).

El carácter socio-político y socio-económico de la alimentación, condiciona el acceso a la comida según nivel social de ingresos, sectores o grupos, ya sea a través de mecanismos de mercado o de políticas asistenciales (Aguirre, 2004).

Respecto al nivel educativo, las tablas 3 y 4, muestran que observa que, tanto las personas con “hasta primario incompleto” como para aquellas con “hasta secundario incompleto” tienen más las chances de padecer OB que las personas con “secundario completo y más” (OR: 1,58 y 1,49 respectivamente con $p < 0,001$).

Asimismo, fue mayor la chance de tener OB en personas con pareja que en aquellas sin pareja y entre aquellos que declararon trabajar más de 45 horas semanales con respecto a los que refirieron no tener trabajo (tabla 3).

Se observa que, para ambos sexos, las personas que se encuentran en el quintil más bajo de ingreso tienen más chance de padecer OB que aquellas de los quintiles más altos de ingreso. Esto evidencia claramente una desigualdad en salud, ya que enferman más quienes menos ganan.

Tabla 3. Determinantes socioeconómicos de obesidad en varones. Población de 18 y más en localidades de 5000 habitantes y más. Argentina. ENFR 2013.

Modelo obesidad	Odds Ratio	(IC 95%) lim inf	(IC 95%) lim sup	p>t
Edad	1,02	1,01	1,02	<0,001
<i>Ingreso en quintiles</i>				
1	0,85	0,64	1,12	0,24
2	1,06	0,84	1,34	0,63
3	0,85	0,66	1,09	0,19
4	1,04	0,83	1,30	0,76
5	1,00			
<i>Nivel de instrucción</i>				
Hasta primario incompleto	1,30	0,96	1,77	0,09
Primario completo y secundario incompleto	1,29	1,09	1,53	<0,001
Secundario completo y más	1,00			
<i>Situación conyugal</i>				
Unido o casado	1,76	1,45	2,13	<0,001
Sin cónyuge	1,00			
<i>Horas de trabajo semanales</i>				
Menos de 35	1,17	0,89	1,54	0,26
Entre 35 y 45	1,08	0,86	1,36	0,50
Más de 45	1,41	1,10	1,82	0,01
No trabaja	1,00			

Tabla 4. Determinantes demográficos de obesidad en mujeres. Población de 18 y más en localidades de 5000 habitantes y más. Argentina. ENFR 2013.

Modelo obesidad	Odds Ratio	(IC 95%) lim inf	(IC 95%) lim sup	p>t
Edad	1,02	1,01	1,02	<0,001
<i>Ingreso en quintiles</i>				
1	1,68	1,31	2,16	<0,001
2	1,44	1,13	1,85	<0,001
3	1,41	1,09	1,81	0,01
4	1,14	0,88	1,48	0,31
5	1,00			
<i>Nivel de instrucción</i>				
Hasta primario incompleto	1,58	1,23	2,04	<0,001
Primario completo y secundario incompleto	1,49	1,26	1,77	<0,001
Secundario completo y más	1,00			
<i>Situación conyugal</i>				
Unido o casado	1,69	1,45	1,97	<0,001
Sin cónyuge	1,00			

Por su parte, en la Provincia del Chubut como en la ciudad de Puerto Madryn, es necesario considerar que el factor climático actúa como un determinante estructural para el desarrollo del SP y la OB en la región. Las bajas temperaturas y los fuertes vientos desfavorecen las actividades al aire libre recreativas y las prácticas deportivas.

A lo anterior, se le suma que, la creciente urbanización, no se acompaña de una adecuada planificación de los espacios públicos destinados al entrenamiento y la recreación deportiva, lo que influye en el desarrollo del SP y la OB.

Se ha determinado que la actividad física produce efectos beneficiosos en la salud presente y futura de las personas en todas las etapas de la vida, sin embargo, la prevalencia de baja actividad física en los jóvenes argentinos se incrementa en forma sostenida y continúa siendo muy elevada con relación a otros países de Latinoamérica (2019: 33.5%, 2021:40,5%) (Guthold, Stevens, Riley y Bull, 2018 y MNS, 2021).

Esta problemática se acentúa en las clases sociales menos favorecidas cuando se trata del acceso a asesoría y tratamientos del SP y la OB en los establecimientos de salud. Como ya se ha descrito, las personas que no cuentan con seguro social, se ven en

desventaja a la hora de acceder a turnos con especialistas y al querer realizarse estudios complementarios. Al ser la OB una enfermedad crónica, corresponden tratamientos de largo plazo. Desde el sub sector público, viene resultando difícil sostener la continuidad de los tratamientos, dados los paros permanentes por reclamos salariales, y la propia alta demanda del sector, lo que lleva a que la distancia entre turnos para consultar de seguimiento, en el sub sector público son más espaciadas que en el sub-sector de obra social o privado, actuando esto en detrimento de la adherencia a los tratamientos de la población con menos ingresos, dándose así una clara inequidad en salud.

6 - Objetivos

6.1- Objetivo general

Diseñar un plan estratégico de intervención comunitaria para prevención y abordaje integral del sobrepeso y obesidad en la ciudad de Puerto Madryn.

6.2- Objetivos específicos

- Describir y precisar el problema, reconociendo y describiendo las causas y consecuencias correspondientes.
- Delimitar el área de intervención.
- Diseñar la situación objetivo deseable.
- Identificar los causales críticos del problema.
- Diseñar operaciones de intervención para cada nudo crítico.
- Definir los responsables de las operaciones.
- Elaborar el presupuesto del Plan.
- Analizar la viabilidad del plan, reconociendo el interés de cada actor clave, el valor que le asigna cada actor a cada operación, la motivación para la concreción del plan y la secuencia en que se realizarán las operaciones de manera de trazar la mejor trayectoria temporal posible.
- Analizar la vulnerabilidad del plan, reconociendo los condicionantes letales, estimando el impacto de cada uno, identificando de quien depende y proponer acciones alternas.
- Evaluar y monitorear del desarrollo y desempeño del plan.

7. Consideraciones éticas

7.1. Generalidades éticas

De acuerdo a la Guía para Investigaciones en salud Humana (Res. 1480/11), se considera *investigación en salud humana* "... a cualquier actividad de las ciencias de la salud que involucre la recolección sistemática o el análisis de datos con la intención de generar nuevo conocimiento, en la que se expone a seres humanos a observación, intervención u otro tipo de interacción con los investigadores, sea de manera directa o a través de la alteración de su ambiente o por medio de la recolección o el uso de material biológico o datos personales u otro tipo de registros", incluyendo a "... aquellas actividades diseñadas para desarrollar o contribuir al conocimiento generalizable" (Res. 1480/11, MNS).

De acuerdo al marco ético vigente, "...Considerando las probabilidades de riesgo de la investigación en salud, es posible establecer, en primer lugar, que las investigaciones que no se realizan sobre seres humanos, o que utilizan datos ya disponibles y de dominio público, o que se realizan con datos o muestras biológicas almacenados en servicios de salud de manera tal que no se pueda determinar la identidad de los titulares, no representan ningún riesgo y no requieren de ningún mecanismo de control" (Res. 1480/11, MNS).

De acuerdo al apartado A2. (Evaluación ética y científica), "...El requisito de que los proyectos de investigación en salud humana se sometan a una revisión ética se aplica de manera independiente al origen del proyecto: académico-científico, gubernamental, de atención de salud, comercial u otros. Los investigadores deben reconocer la necesidad de esta evaluación". Asimismo, se plantean excepciones:

(a) cuando en la investigación no participan seres humanos o cuando se utiliza información de tipo pública, siempre que no se identifique a los individuos de ningún modo.

(b) cuando la intervención se limita al estudio de los sistemas de salud, programas oficiales de salud pública o la vigilancia de la salud pública, siempre que no exista ninguna posibilidad de identificar a los individuos. La vigilancia de la salud pública incluye los registros oficiales o realizados en conformidad con la autoridad sanitaria de enfermedades y de efectos adversos de medicamentos ya registrados por la autoridad reguladora competente.

Los principios éticos, comunes a cualquier investigación son:

- *Principio de respeto por la autonomía de las personas:* tratar a toda persona participante de una investigación como agente autónomo. Toda persona con autonomía disminuida debe ser protegida.
- *Principio de no maleficencia:* no dañar intencionalmente a las personas participantes o a las comunidades participantes y minimizar la probabilidad de daño.
- *Principio de beneficencia:* asegurar el bienestar de las personas y comunidades participantes, respetando sus intereses y derechos.
- *Principio de justicia:* realizar una selección de personas y grupos de acuerdo con la equidad, evitando seleccionar grupos o personas en situación de vulnerabilidad por la facilidad para acceder a ellos.
- *Respeto a los derechos humanos y dignidad de las personas:* respetar la dignidad, libertades fundamentales y derechos humanos de las personas participantes.
- *Principio de no discriminación:* resguardar a las personas participantes de cualquier tipo de discriminación basada en cualquier característica como la identidad o expresión de género, la orientación sexual, el origen étnico, la nacionalidad, la edad,

la religión, el estatus socioeconómico, las ideas políticas, el estado civil o las condiciones de salud, entre otras.

- *Principio de respeto por la diversidad cultural:*
- reconocer y valorar la singularidad y diferencias de las personas, así como la pluralidad de identidades de las comunidades o grupos participantes.
- *Integridad científica:* planificar, realizar y difundir los resultados de la investigación de acuerdo con valores como la honestidad, la apertura, la imparcialidad, la rendición de cuentas y la administración responsable, evitando la mala conducta (fabricación y falsificación de datos, plagio).

7.2. Valor social y científico como pauta ética

Toda investigación social en salud debe sustentarse en el conocimiento científico vigente y fundamentarse con una revisión comprehensiva de la literatura especializada. Por ello, los/as investigadores/as y CEI deben asegurarse de que los estudios propuestos tengan solidez científica, se basen en un conocimiento previo adecuado y puedan generar información valiosa (DIS/MSN, 2023).

La justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos radica en su valor social y científico, esto es, la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas. Sin embargo, el valor social y científico no puede legitimar que los participantes en el estudio o las comunidades anfitrionas sean sometidos a maltratos o injusticias.

Las investigaciones sociales en salud deben ser conducidas por investigadores/as que posean una apropiada formación y capacitación para la tarea (DIS/MSN, 2023).

Para ser éticamente aceptable, una investigación social en salud debe tener un valor social. El valor social y científico de una investigación puede ser difícil de cuantificar. Sin embargo, suele basarse en tres factores: la calidad de la información que se va a producir, su pertinencia para abordar problemas de salud importantes y su contribución a la formulación o evaluación de intervenciones, políticas o prácticas que promuevan la salud de la persona o la salud pública. Para que una investigación en salud tenga valor social, es esencial que su diseño sea científicamente sólido y que ofrezca un medio para generar información que de otra manera no podría obtenerse (DIS/MSN, 2023).

- *Valor social.* Se refiere a la importancia de la información que un estudio probablemente va a producir. La información puede ser importante por su relevancia directa para comprender o intervenir en un problema de salud importante o por la contribución esperada a la investigación que probablemente va a promover la salud de las personas o la salud pública.
- *Valor científico.* El valor científico se refiere a la capacidad de un estudio de generar información confiable y válida que permita alcanzar los objetivos enunciados de la investigación. Una investigación se considera válida desde el punto de vista científico cuando los métodos propuestos se adecuan a los objetivos de la investigación y al campo de estudio.

Este requisito se aplica a toda investigación con seres humanos relacionada con la salud, independientemente de la fuente de financiamiento o el grado de riesgo para las personas participantes. En tal sentido, cualquier investigación social en salud que involucre seres humanos deberá incluir una revisión del valor científico y social que posee. Esto se debe fundamentalmente a que la información que se genera a partir de las investigaciones sirve de base para la toma de decisiones (formulación de políticas públicas sociales y de

salud, por ejemplo), para avanzar en nuevas investigaciones o para la asignación de recursos (en función de los datos, se decide dónde poner más recursos).

Es fundamental asegurar que los estudios preserven un nivel científico alto a fin de mantener la integridad del esfuerzo de investigación y su capacidad para cumplir con su función social. Cualquier deficiencia metodológica puede desviar el curso de opciones prometedoras de investigación y malgastar recursos valiosos (DIS/MSN, 2023).

En síntesis, sin valor científico, las investigaciones no pueden generar conocimiento válido, producir ningún beneficio ni justificar la exposición de las personas participantes a los riesgos asociados a ellas. Los estudios no válidos ocasionan, además, un desperdicio de recursos.

Pero es necesario explicitar que el valor científico por sí solo no hace a un estudio socialmente valioso. Aun cuando un estudio tenga un diseño riguroso, puede todavía carecer de valor social si la pregunta de investigación ya se ha respondido satisfactoriamente en una investigación anterior. Sin embargo, un estudio no puede ser socialmente valioso sin métodos de investigación apropiados y rigurosos para abordar la pregunta que se busca responder. En otras palabras, el valor científico es una condición necesaria, aunque no suficiente, del valor social de una investigación relacionada con la salud (DIS/MSN, 2023).

7.3. Consentimiento informado

De acuerdo a la Guía para el diseño, desarrollo y evaluación ética de investigaciones sociales en Salud, toda investigación que involucre seres humanos debe basarse en el consentimiento informado [CI], el cual debe ser otorgado libremente por las personas participantes. El CI debe ser entendido como un proceso, no como un documento

que se debe firmar o cualquier otro tipo de evento puntual. Es un proceso abierto que se inicia cuando se toma por primera vez contacto con las potenciales personas participantes y continúa durante toda la investigación (DIS/MSN, 2023).

El CI comprende tres aspectos: la *información*, su *comprensión* y la *voluntariedad* de la participación. Deberá ser brindado por las personas participantes de *forma escrita*. Sin embargo, podrá ser dado de forma oral cuando el nivel de riesgo de la investigación sea bajo y la persona participante así lo solicite, siempre y cuando no contradiga la normativa aplicable a la jurisdicción en que se desarrolla la investigación. En estos casos deberá quedar registrado en los documentos de la investigación que el consentimiento fue oral.

De acuerdo al apartado A3. (Consentimiento Informado) de la Guía para Investigaciones en Salud Humana (Res. 1480/11), el CI presenta excepciones, entre ellas, cuando en la investigación se utilizan sólo datos o muestras no vinculables, o información de conocimiento público. Es decir, no es posible establecer la identidad de las personas y, por lo tanto, los investigadores no pueden contactarlas para solicitar su consentimiento y cuando el estudio utiliza registros sanitarios establecidos u oficialmente reconocidos por las autoridades sanitarias, siempre que los datos registrados no se encuentren vinculados a las personas.

El presente trabajo se encuadra dentro de la elaboración de un Trabajo Final Integrador en el que se emplean registros sanitarios disponibles, por lo que no se requirió de una evaluación por un Comité de Bioética.

Para una de las prácticas realizadas en el marco de la formación, fue necesario realizar una observación de carácter etnográfica, en la que tomé registros fotográficos. En necesario aclara que, antes de tomar las fotografías, solicité la autorización pertinente a las personas que allí se presentaban y, luego de haber obtenido si permiso de forma verbal,

procedí a tomar los registros. A este respecto la *Guía para el diseño, desarrollo y evaluación ética de investigaciones sociales en Salud* refiere que “...Cuando la investigación requiera tomar fotografías, audios o videos de las personas participantes, se deberá solicitar a cada persona involucrada una *autorización para grabar o tomar fotografías*, informándole fehacientemente los usos que van a darse a esos materiales, y las formas en que va a ser resguardada dicha información” (DIS/MSN, 2023).

8. Propuesta de intervención

Este trabajo final se realiza bajo la modalidad de **proyecto de intervención**, según la propuesta de la Resolución 114/2018 de la Maestría de GSySS, desde un **enfoque cuantitativo**.

El presente plan de intervención comunitaria contribuirá a abordar el problema de forma integral, ya que parte de una descripción pormenorizada de la situación, para precisar y delimitar el problema. Se busca identificar las causas y las consecuencias correspondientes para avanzar en la visualización de la situación objetivo deseable.

Se busca reconocer los nudos críticos del problema para diseñar operaciones y demanda de operación para cada nudo crítico, con la definición de responsables.

Si bien se reconoce la necesidad de la elaboración del presupuesto del Plan, éste quedará enunciado, pero sin definir montos, dada la coyuntura económica actual.

Se realizará un análisis de la viabilidad del plan, reconociendo el interés de cada actor clave, identificando el valor que le asigna cada actor a cada operación, ponderando la motivación para la concreción del plan y se propondrá una secuencia en que se realizarán las operaciones de manera de trazar la mejor trayectoria temporal posible.

Finalmente se estudiará la vulnerabilidad del plan, reconociendo los condicionantes letales, estimando el impacto de cada uno, identificando de quien depende para proponer acciones alternas posibles.

9. Metodología

Para este trabajo de planificación, se utilizó el *método altadir de planificación popular* (MAPP) creado por Carlos Matus, ya que esta matriz ofrece una lógica conceptual y una metodología estratégica que ayuda a pensar los problemas sistemáticamente, identificando soluciones de manera que lleva a integrar conocimientos y vivencias de la realidad (Matus, 2015). Se plantea desde una lógica de abordaje intersectorial, ya que ningún actor tiene por sí solo, toda la información y los recursos para abordar problemas complejos, dinámicos y diversificados que se presentan en las sociedades de hoy (Cigob, 2019).

A continuación, se proponen la siguiente secuencia de pasos: primeramente, se realizará una descripción y precisión del problema, recortando el área de intervención; luego se avanzará con el árbol de problemas el cual servirá para identificar causas, consecuencias y la situación objetivo deseable. Se procederá, posteriormente a la identificación de los nudos críticos y al diseño de operaciones y demanda de operación con la definición de responsables. Se avanzará con la realización del presupuesto y con el análisis de la viabilidad del plan, que implica la identificación de los actores diseñaré, análisis del grado de motivación frente al plan y a cada operación; luego se avanzará a trazar la mejor trayectoria temporal posible y por último, se realizara un análisis de la vulnerabilidad del plan. Esta secuencia se ilustra en la siguiente imagen y gráfica de pasos del MAPP.

Secuencias del MAPP

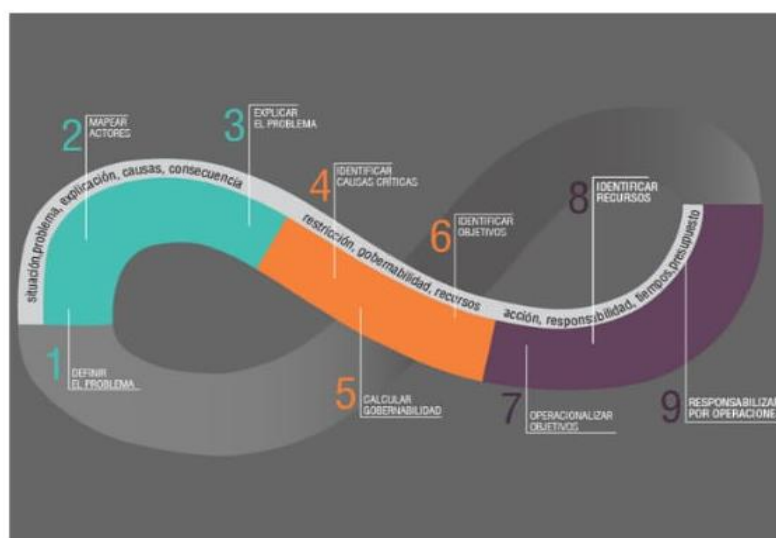


Figura 15. Secuencia del MAP. Matus, 2015

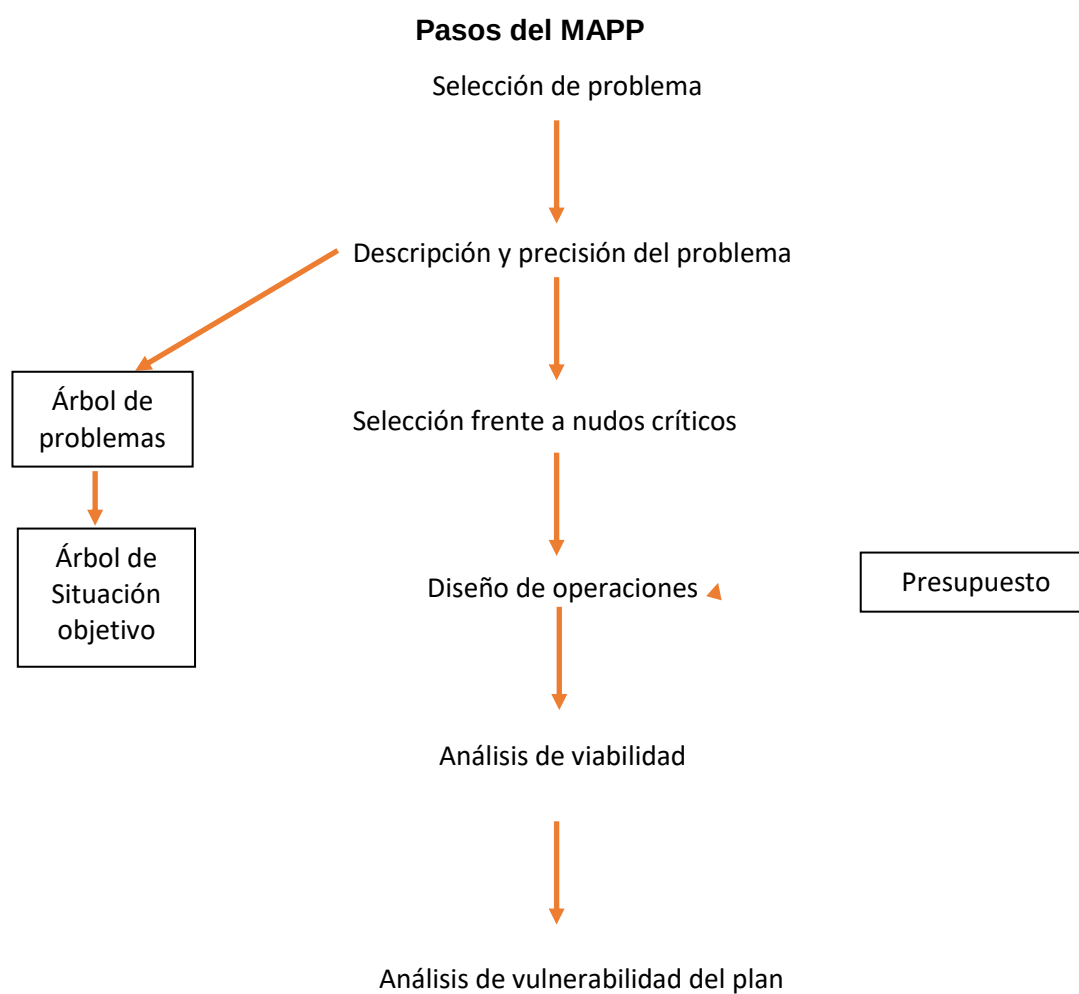


Figura 16. Pasos del MAPP. Matus, 2015.

10. Causas del problema

En la siguiente tabla se enumeran las posibles causas y consecuencias correspondientes. Éstas se esquematizan luego en un árbol de problemas para su visualización.

10.1. Causas y consecuencias

Tabla 2. Causas y consecuencias

Causas		Consecuencias
C N° 1	Falta de políticas de incentivo a la producción local de frutas y verduras.	Co.1. Dietas hipercalóricas, monótonas, bajas en fibras e deficientes en nutrientes esenciales. Co.2. Acceso a alimentos saludables limitado.
C N° 2	Falta de políticas de regulación al precio del pescado a nivel local.	
C N° 3	Falta de articulación entre productores/vendedores de alimentos frescos a nivel local.	
C N° 4	Insuficientes actividades de concientización y promoción del consumo de frutas y verduras para la salud.	
C N° 5	Baja disponibilidad de alimentos saludables en barrios alejados del centro.	
C N° 6	Falta de políticas rectoras en la producción y marketing de productos alimentarios.	Co.3. Alto consumo de: bebidas azucaradas, bebidas alcohólicas, alimentos ricos en carbo-grasas, alimentos ultraprocesados. Co. 4. Alimentos saludables con alto costo.
C N° 7	Insuficientes actividades de concientización sobre las consecuencias dañinas para la salud del excesivo consumo de alcohol.	
C N° 8	Falta de políticas de regulación de los precios de los alimentos.	
C N° 9	Estados anímicos fluctuantes y estrés.	Co.5. Desórdenes alimentarios
C N° 10	Ausencia de programas en educación emocional en todos los niveles.	
C N° 11	Falta de una política que garantice óptimas condiciones para comer en ambientes laborales (tiempo/espacio).	Co. 6. Alto consumo de comidas rápidas, fiambres, panificados y de rotisería. Co. 7. Pérdida de la comensalidad.
C N° 12	Falta de senderos para caminar por los barrios.	Co. 8. Insuficiente actividad física y
C N° 13	Insuficientes espacios para la recreación y actividad al aire libre.	
C N° 14	Falta de bici sendas.	

C N° 15	Clubes barriales insuficientemente integrados a la comunidad. Las familias desconocen la oferta de actividades.	sedentarismo.
C N° 16	Cuotas altas de los gimnasios.	
C N° 17	Clima de bajas temperaturas y fuertes vientos.	
C N° 18	Poca capacitación al equipo de salud sobre el SP y la OB como patología.	Co.9. No se sostienen los tratamientos para el SP y la OB en el largo plazo. Co.10. Farmacoterapias obesigénicas.
C N° 19	Débil enfoque de prevención del SP y la OB en la población desde el sub-sector salud.	Co.11. Personas con antecedentes familiares de SP y/u OB a las que no se les realiza intervención preventiva. Co.12. Personas con SP y OB sin intervención desde el sub-sector salud.
C N° 20	Subregistros en el área de salud de casos con obesidad y obesidad mórbida	Co.13. Estadísticas incompletas
C N° 21	Fiestas populares con oferta de platos de alta densidad calórica sin opciones saludables.	Co.14. Fortalecimiento de una cultura alimentaria no saludable.
C N° 22	Falta de educación alimentaria nutricional con enfoque saludable en las escuelas.	
C N° 23	Incongruencia entre la alta prevalencia de SP y OB en la infancia y lo que comen los niños/as en la escuela.	
C N° 24	Incongruencia entre la realidad epidemiológica de alta prevalencia del SP y la OB con los alimentos que se ofrecen desde servicio social para ayuda alimentaria a personas con estos padecimientos.	
C N° 25	No hay espacios amigos de la lactancia materna (EALM) en la ciudad.	Co.15. Abandono de la lactancia materna exclusiva, factor protector del SP y la OB.
C N° 26	Desarticulación intersectorial gubernamental.	Co.16. Acciones aisladas y de débil impacto.
C N° 27	Falta de un plan estratégico a nivel provincial.	
C N° 28	Falta de trabajo intersectorial de vinculación público-privado.	

11. El árbol de problemas

El árbol de problemas es una herramienta esquemática que propone partir desde un enfoque participativo, con una lluvia de ideas sobre las causas que llevan a la problemática, para luego analizar los efectos que producen las consecuencias de las causas mencionadas. Además, esta estrategia permite presentar propuestas concretas a cada causa (Matus, 2015). La presente propuesta si bien no es por lo pronto participativa, de llevarse a cabo, esta dimensión sería fundamental.

A continuación, presento un esquema de árbol de problemas de causas (C) y consecuencias (Co) para visualizar la multicausalidad de la alta prevalencia del SP y la OB.

9 motivos

Árbol del problema



Figura 17. Árbol de problemas

12.Descriptores

Seguidamente se han seleccionado nueve causas que se consideran relevantes y que presentan más probabilidad de abordaje:

C N° 4. Insuficientes actividades de concientización y promoción del consumo de frutas y verduras para la salud.

C N° 15. Clubes barriales insuficientemente integrados a la comunidad. Las familias desconocen la oferta de actividades.

C N°18. Insuficientes actividades de capacitación al equipo de salud sobre el SP y la OB como patología.

C N° 19. Débil enfoque de prevención del SP y la OB en la población desde le sub-sector salud.

C N° 20. Sub registros en el área de salud de los casos con obesidad y obesidad mórbida.

C N° 22. Falta de educación alimentaria nutricional con enfoque saludable en las escuelas.

C N° 23. Incongruencias entre la alta prevalencia de SP y OB en la infancia y las viandas escolares.

C N° 25. Falta de espacios amigos de la lactancia materna en la ciudad.

C N° 26. Desarticulación intersectorial gubernamental.

A continuación, se enumeran en una tabla, el conjunto de descriptores que se desprenden de cada causal. Los descriptores, de acuerdo con Matus, son enunciados con dimensión, que hacen referencia a situaciones cotejables que manifiestan y corroboran la existencia del problema.

Tabla 3. Descriptores

Causas	Descriptores	Indicadores	Consecuencias	Propuesta operativa
C 4= Insuficientes actividades de concientización y promoción del consumo de frutas y verduras para la salud.	d1= Se realizan pocas actividades comunitarias tendientes a promocionar el consumo de frutas y verduras.	i 1= Se realizaron 5 actividades de promoción en 6 meses	Co.1= Dietas hipercalóricas, monótonas, bajas en fibras de deficientes en nutrientes esenciales.	O 1= realizar más actividades comunitarias de promoción de consumo de verduras y frutas.
C 15= Clubes barriales insuficientemente integrados a la comunidad.	d2= Las familias no realizan actividad física en el barrio porque desconocen que actividades se ofrecen desde los clubes.	i2= En los alrededores del club Alumni , solo 3 familias de 20 pudieron referir las actividades que ofrecía el club acertadamente.	Co.8= Insuficiente actividad física y sedentarismo.	O 2= Informar a las familias las actividades deportivas de los clubes de barrio.
	d3= Los clubes de barrio no realizan actividades para promocionar su oferta (campana de difusión, publicidad).	i3= De los 12 Clubes de barrio que hay en la ciudad, solo 1 realizo una intervención de publicidad de la oferta de actividades.		O 3= Contactar a los clubes de barrio con las radios locales, para que puedan difundir allí sus actividades. O 4= Comprometer a que los clubes en que realicen más actividades de promoción de sus ofertas deportivas.
C18= Insuficientes actividades de capacitación al equipo de salud sobre el SP y la OB como patología.	d4= Los y las profesionales que trabajan en el primer nivel de atención, no se suelen capacitan ni se actualizan con frecuencia en SP y OB.	i4= de 30 médicos/as del PNA, solo 2 se habían capacitado en los últimos 3 años en SP y OB. i5= de 3 kinesiólogas que se desempeñan en el PNA, ninguna se capacito en SP y OB en los últimos 5 años. i6= de las 8 pediatras que trabajan en el PNA, solo 1 se formó en SP y OB infantil. i7= de las 7 psicólogas que trabajan en el PNA, ninguna se formo en SP y OB.	Co.9= No se sostienen los tratamientos para el SP y la OB en el largo plazo. Co.10= Farmacoterapias obesigénicas.	O 5= Realizar actividades de capacitación y de actualización a los y las profesionales que se desempeñan en el PNA.
C 19= Débil enfoque de prevención del SP y la OB en la población desde le sub-sector salud.	d5= Los y las profesionales que se desempeñan en el PNA, no indagan en los antecedentes familiares de SP y OB de las personas que atienden.	i8= de 30 historias clínicas auditadas, no se encontró registro de indagación de antecedentes familiares de SP y/u OB.	Co.11= Personas con antecedentes familiares de SP y/u OB a las que no se les realiza intervención preventiva.	
	d6= Los y las profesionales que se desempeñan en el PNA , no realizan la evaluación antropométrica acorde para detectar el SP o la OB.	i9= de 30 historias clínicas auditadas, ninguna tenía completa la evaluación antropométrica (peso, talla, circunferencia de cintura) y el cálculo de	Co.12= Personas con SP y OB sin intervención desde le sub-sector salud.	

		IMC para detectar SP u OB.		
C 20= Sub registros en el área de salud de los casos con obesidad y obesidad mórbida	d7= Los y las profesionales que trabajan en el PNA registran pocos casos de obesidad. d8= Los y las profesionales que trabajan en el PNA no registran los casos de obesidad mórbida.	i10= de 30 historias clínicas auditadas, solo se encontraron 5 registros de obesidad. i11= de 30 HC auditadas, ninguna tenía registro de obesidad mórbida, cuando si había.	Co.13= las estadísticas están incompletas, ya que hay sub registros de la cantidad de casos con OB y OB mórbida.	
C22= Falta de EAN con enfoque saludable en las escuelas.	d9= la EAN no forma parte de los programas de estudio en la primaria. d10= las y los docentes del nivel primario no se capacitan en alimentación saludable.	i12= de 30 programas de educación, no se encontró el tema "alimentación saludable". i13= de 15 docentes que se consulto, ninguna había realizado capacitación sobre alimentación saludable.	Co.14. Fortalecimiento de una cultura alimentaria no saludable.	O6= Implementar programas de formación docente sobre alimentación saludable.
C 23= Incongruencias entre la alta prevalencia de SP y OB en la infancia y lo que comen los niños/as en la escuela.	d11= los y las niños/as que concurren a las escuelas públicas, reciben viandas hipercalóricas, baja en nutrientes esenciales. d12= los quioscos de las escuelas no ofrecen u ofrecen pocas opciones saludables.	i14= de14 viandas ofrecidas en una escuela al azar, solo 1 incluyo fruta. i15= de 10 escuelas públicas que tienen quioscos, solo 1 ofrecía frutas.		O7= gestionar con el municipio para incluir alimentos saludables en las viandas que se ofrecen en las escuelas. O8= gestionar con el municipio para incluir alimentos saludables en los quioscos de las escuelas.
C 25= Falta de EALM en la ciudad.	d13= las instituciones gubernamentales de la ciudad de PM no cuenta con EALM. d14= las instituciones privadas más destacadas de la ciudad de PM, no cuentan con EALM.	i16= ni un establecimiento gubernamental de la ciudad de PM, cuenta con EALM. i17= ni un establecimiento privado de la ciudad de PM, cuenta con EALM	Co.15= Abandono de la lactancia materna exclusiva, factor protector del SP y la OB.	O9= fomentar la creación de EALM en los establecimientos gubernamentales de la ciudad de PM. O10= fomentar la creación de EALM en los establecimientos privados de la ciudad de PM.
C 26= Desarticulación intersectorial gubernamental.	d15= el sub-sector salud no trabaja en red con otras instituciones. d16= las instituciones gubernamentales de la ciudad de PM, no trabajan en forma sostenida y conjuntamente con el sub sector salud.	i18= de los 9 CAPS de la ciudad de PM, solo uno sostiene acciones en red con otras instituciones. i19= de 20 establecimientos gubernamentales	Co.16= acciones aisladas y débil impacto.	O11= fortalecer el trabajo en red del sub sector salud para con las otras instituciones gubernamentales. O12= fortalecer el trabajo en red de las instituciones

13. Diseño de la situación objetivo

Seguidamente, se avanza al diseño de la situación objetivo, para ello fue necesario pensar en objetivos alcanzables y la situación que es capaz de producirlos. Las operaciones se pensaron como aquellas capaces de producir el cambio, considerando la factibilidad del contexto.

Este árbol de situación-objetivo gráfica, ordena y resume la situación que persigue al actor. En la siguiente tabla, las metas aparecen bajo la columna VDR, que significa *vector de resultados*, aludiendo a los resultados del plan. El contraste entre el VDP y el VDR indica la magnitud del cambio perseguido en relación a la situación actual. El plazo estimado para esta primera etapa de intervención es de 2 años.

Tabla 4. Árbol de situación-objetivo

VDP	VDR	Operaciones	Consecuencia buscada Situación objetivo
d1= Se realizan pocas actividades comunitarias tendientes a promocionar el consumo de frutas y verduras.	r1= desde el PNA se realiza como mínimo, 10 actividades de promoción de consumo de frutas y verduras cada 6 meses.	O 1= Realizar más actividades comunitarias de promoción de consumo de verduras y frutas.	So.1= Comunidad informada respecto de los beneficios del consumo de frutas y verduras.
d2= Las familias no realizan actividad física en el barrio porque desconocen que actividades se ofrecen desde los clubes.	r2= el 50% de las familias que residen en los alrededores de los clubes informan acertadamente sobre las actividades que se realizan en el club de su barrio.	O 2= Informar a las familias las actividades deportivas de los clubes de barrio.	So.2= Familias adecuadamente informadas sobre la oferta de actividades en los clubes de barrio.
d3= Los clubes de barrio no realizan actividades para promocionar su oferta (campaña de difusión, publicidad).	r3= los clubes de barrio informan activamente a la comunidad sobre la oferta deportiva, concretando 2 acciones informativas como mínimo por mes cada club.	O 3= Contactar a los clubes de barrio con las radios locales, para que puedan difundir allí sus actividades. O 4= Comprometer a que los clubes en que realicen más	

		actividades de promoción de sus ofertas deportivas.	
d4= Los y las profesionales que trabajan en el PNA, no se suelen capacitan ni actualizarse con frecuencia sobre la problemática del SP y OB.	r4= el 70% de los y las profesionales de la salud que se desempeñan en el PNA se encuentran adecuadamente capacitados/a y actualizados sobre la problemática del SP y la OB.	O 5= Realizar actividades de capacitación y de actualización sobre el SP y la OB a los y las profesionales que se desempeñan en el PNA.	So.3= los y las profesionales de la salud que se desempeñan en el PNA se encuentran adecuadamente capacitados/a y actualizados sobre la problemática del SP y la OB.
d5= Los y las profesionales que se desempeñan en el PNA, no indagan en los antecedentes familiares de SP y OB de las personas que atienden.	r5= el 70% de las HC auditadas contienen registros de indagación de antecedentes familiares de SP y/u OB.		So.4= los y las profesionales de la salud que se desempeñan en el PNA indagan y registran en la HC los antecedentes familiares de SP y OB de las personas que atienden.
d6= Los y las profesionales que se desempeñan en el PNA, no realizan la evaluación antropométrica acorde para detectar el SP o la OB.	r6= el 70% de las HC auditadas, tienen completa la evaluación antropométrica (peso, talla, circunferencia de cintura) y el cálculo de IMC para detectar SP u OB.		So.5= los y las profesionales de la salud que se desempeñan en el PNA realizan una adecuada evaluación antropométrica a sus pacientes, lo que permite detectar tempranamente la presencia de SP u OB.
d7= Los y las profesionales que trabajan en el PNA registran pocos casos de obesidad.	r5= el 70% de las HC auditadas contienen registros diagnósticos de OB u OB mórbida.		So.6= La base de datos en la que se cargan las personas que padecen SP, OB u OB mórbida está completa y es fidedigna en el registro de la cantidad de personas que se atienden y padecen estas enfermedades.
d8= Los y las profesionales que trabajan en el PNA no registran los casos de obesidad mórbida.	r6= el 70% de las HC auditadas contienen registros diagnósticos de OB mórbida si corresponde al estado de la persona.		
d9= la EAN no forma parte de los programas de estudio en la primaria.	r7= en las escuelas primarias públicas, la EAN está incluida en el 80% de los programas de estudio de todos los grados y se trabaja en forma transversal la problemática del SP y la OB.	O6= Implementar programas de formación docente sobre alimentación saludable y problematizar el tema del SP y la OB.	So.7= en las escuelas primarias públicas, la EAN está incluida en los programas de estudio de todos los grados y se trabaja en forma transversal la problemática del SP y la OB.
d10= las y los docentes del nivel primario no se capacitan en alimentación saludable.	r8= el 70% de los y las docentes de las escuelas públicas del nivel primario realizaron una capacitación sobre alimentación saludable por año.		So.8= las y los docentes las escuelas primarias públicas, conocen las bases de la alimentación saludable.
d11= los y las niños/as que concurren a las escuelas públicas, reciben viandas hipercalóricas, baja en nutrientes esenciales.	r 9= el 80% de las viandas ofrecidas en una escuela incluyen alimentos saludables.	O7= gestionar con el municipio para incluir alimentos saludables en las viandas que se ofrecen en las escuelas primarias públicas.	So 9= los y las niños/as que concurren a las escuelas públicas, reciben viandas saludables, que incluyen nutrientes esenciales.

d12= los quioscos de las escuelas no ofrecen u ofrecen pocas opciones saludables.	r10= el 90% de los quiscos de las escuelas primarias públicas ofrecen alimentos saludables.	08= gestionar con el municipio para incluir alimentos saludables en los quiscos de las escuelas primarias públicas.	So 10= los quioscos de las escuelas ofrecen opciones saludables.
d13= las instituciones gubernamentales de la ciudad de PM no cuentan con EALM.	r11= las instituciones gubernamentales de PM en las que trabajan y permanecen gran cantidad de mujeres, cuentan con EALM.	09= fomentar la creación de EALM en los establecimientos gubernamentales de la ciudad de PM.	So 11= las instituciones gubernamentales de la ciudad de PM cuentan con EALM.
d14= las instituciones privadas más destacadas de la ciudad de PM, no cuentan con EALM.	r12= las instituciones privadas de PM en las que trabajan y permanecen gran cantidad de mujeres, cuentan con EALM.	010= fomentar la creación de EALM en los establecimientos privados de la ciudad de PM.	So 12= las instituciones privadas más destacadas de la ciudad de PM, cuentan con EALM.
d15= el sub-sector salud no trabaja en red con otras instituciones.	r13= los efectores del PNA trabajan en red con otras instituciones, concretando reuniones al menos 1 reunión interinstitucional cada 6 meses y actividades en conjunto.	011= fortalecer el trabajo en red del sub sector salud para con las otras instituciones gubernamentales.	So 13= el sub-sector salud trabaja en red con otras instituciones.
d16= las instituciones gubernamentales de la ciudad de PM, no trabajan en forma sostenida y conjuntamente con el sub sector salud.	r14= las instituciones gubernamentales reconocen el trabajo que se hace desde el sub sector público de salud y declaran tenerlo en consideración para su trabajo cotidiano.	012= fortalecer el trabajo en red de las instituciones gubernamentales para con el sub sector salud.	So 14= las instituciones gubernamentales de la ciudad de PM, trabajan en forma sostenida y conjuntamente con el sub sector salud.

VDR: vector de resultados. Son las metas que el actor persigue.

VDP: vector del problema.

d: descriptor

r: resultado, meta.

O: operación, acción.

So.: Situación objetivo

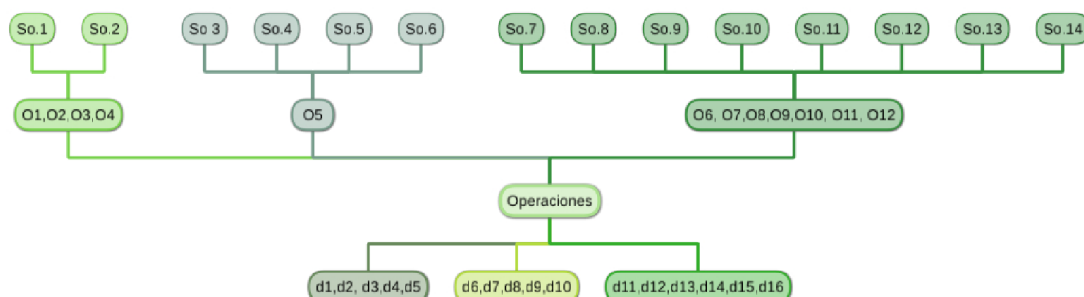


Figura 19. Árbol de situación-objetivo

14. Selección frente a nudos críticos

Este modelo explicativo demuestra un carácter multicausal, en tanto problema social. Las causas de los problemas no tienen todas el mismo peso respecto a su incidencia en la problemática que se pretende resolver, en consecuencia, es necesario identificar lo que Matus denomina *frente de ataque del problema*, que serían causales decisivos, *causales críticos* por su incidencia en los marcadores (descriptores) del problema (Matus, 2015).

Una causa se considera *crítica*, siempre que cualquier alteración positiva en ella impacte de manera efectiva en un número importante de variables relacionadas y esto contribuya directa o indirectamente, a revertir los descriptores del problema (Matus, 2015).

Si una causa tiene a) impacto significativo, b) es práctico actuar sobre ella y c) y debemos hacer el cambio porque es políticamente oportuno, la declaramos *frente de ataque del problema* (Matus, 2015).

Estas causas actuarán como centro o eje de acción para revertir el problema (Cigob, 2019).

Algunos frentes de ataque pertenecen a *cadena causal* y no es necesario actuar sobre todas las causas, porque basta con alterar un eslabón de la cadena para que toda ella sea afectada por el cambio (Matus, 2015).

Tabla 5. Identificación de causas críticas

Causa N°	Impacto			¿Se puede ejecutar alguna acción para mejorarla?	Es un nudo crítico	¿Debe actuar?
	A	M	B			
				SI/NO	SI/NO	SI/NO
C 4= Insuficientes actividades de concientización y promoción del consumo de frutas y verduras para la salud.	X			Si	Si	Si
C 15= Clubes barriales insuficientemente integrados a la comunidad.		X		Si	No	No
C18= Insuficientes actividades de capacitación al equipo de salud sobre el SP y la OB como patología.	X			Si	Si	Si
C 19= Débil enfoque de prevención del SP y la OB en la población desde le sub-sector salud.	X			Si	Si	Si
C 20= Sub registros en el área de salud de los casos con obesidad y obesidad mórbida		X		Si	No	Si
C22= Falta de EAN con enfoque saludable en las escuelas.	X			Si	Si	Si
C 23= Incongruencias entre la alta prevalencia de SP y OB en la infancia y lo que comen los niños/as en la escuela.	X			Si	Si	Si
C 25= Falta de EALM en la ciudad.		X		Si	Si	Si
C 26= Desarticulación intersectorial gubernamental.	X			Si	Si	Si

15. Diseño de operaciones y demanda de operación

Una vez identificados los nudos críticos, debemos pensar en el modo de “atacarlos”. Matus, llama *operaciones* a los actos de intervención realizados con la intención de cambiar la realidad contenida en una causa declarada nudo critico (Matus, 2015).

De acuerdo a este autor, una operación comprende un conjunto coherente de acciones destinadas a alterar uno o varios nudos críticos del problema, y se caracteriza por:

- Utilizar y combinar variables, *bajo el control* o alguna *influencia* del actor. Cuando el acto de intervención del actor combina variables bajo el control del actor, se denomina *operación*. Cuando debe actuar sobre variables fuera de la *governabilidad* del actor, pero en el espacio donde este tiene alguna influencia, se denomina *demanda de operaciones* (DOP).
- Generar un *producto* que provoca un *resultado*. Ese resultado se precisa como impacto sobre el nudo crítico, y a su vez, el conjunto de los nudos críticos alterado por un conjunto de operaciones produce, en última instancia, un cambio del VDP del problema.
- Emplear una *variable de recursos* escasos (poder, recursos económicos, conocimientos, capacidades organizativas, etc.), gestar una variable de productos (políticos, económicos, cognitivos, etc.) e impactar con una multiplicidad de resultados.

Asimismo, una operación es una relación recursos-productos-resultado, de manera que:

- la relación recursos-productos precisa la *eficiencia* de la operación;
- la relación producto-resultados, muestra su *eficacia*.

A cada operación es necesario asignar un responsable de su ejecución, y para cada *demanda de las operaciones* (DOP) se debe nombrar un encargado de solicitar la cooperación pertinente y denunciar si ella no se materializa (Matus, 2015).

La siguiente tabla explica la manera en que el grupo de trabajo identifica las operaciones y las posibles DOP.

Tabla 6. Operaciones

Nudos críticos	¿Qué hacer?	¿Quién hace?	¿Quién coopera?
C 4= Insuficientes actividades de concientización y promoción del consumo de frutas y verduras para la salud.	O 1= Realizar más actividades comunitarias de promoción de consumo de verduras y frutas.	PNA	APN Municipio
C18= Insuficientes actividades de capacitación al equipo de salud sobre el SP y la OB como patología.	O 5= Realizar actividades de capacitación y de actualización a los y las profesionales de la salud que se desempeñan en el PNA	APN	Ministerio de Salud Municipio
C 19= Débil enfoque de prevención del SP y la OB en la población desde el sub-sector salud.			
C22= Falta de EAN con enfoque saludable en las escuelas.	O6= Implementar programas de formación docente sobre alimentación saludable y problematizar en este ámbito el tema del SP y la OB.	APN	Ministerio de Salud Ministerio de educación Municipio
C 23= Incongruencias entre la alta prevalencia de SP y OB en la infancia y lo que comen los niños/as en la escuela.	O7= gestionar con el municipio para incluir alimentos saludables en las viandas que se ofrecen en las escuelas primarias públicas.	APN	Ministerio de educación Municipio
	O8= gestionar con el municipio para incluir alimentos saludables en los quiscos de las escuelas primarias públicas.	APN	Ministerio de educación Municipio
	O9= fomentar la creación de EALM en los establecimientos gubernamentales de la ciudad de PM.	APN	Ministerio de Salud Comité de LM del Hospital Isola Municipio

C 25= Falta de EALM en la ciudad.	O10= fomentar la creación de EALM en los establecimientos privados de la ciudad de PM.	APN	Ministerio de Salud Comité de LM del Hospital Isola Municipio
C 26= Desarticulación intersectorial gubernamental.	O11= fortalecer el trabajo en red del sub sector salud para con las otras instituciones gubernamentales.	APN Ministerio de Salud Ministerio de educación Municipio	APN Ministerio de Salud Ministerio de educación Municipio

APN: Área Programática Norte

PNA: Primer Nivel de Atención

EALM: Espacio amigo de la lactancia materna

LM: Lactancia Materna

En base a la tabla anterior, se distinguen operaciones y demanda de operaciones:

Tabla 7. Operaciones y Demanda de Operaciones

Operaciones (O)	O 1= Realizar más actividades comunitarias de promoción de consumo de verduras y frutas.
Demanda de Operaciones(DOP)	O 5= DOP5= Realizar actividades de capacitación y de actualización a los y las profesionales de la salud que se desempeñan en el PNA
	O6= DOP6= Implementar programas de formación docente sobre alimentación saludable y problematizar en este ámbito el tema del SP y la OB.
	O7= DOP7= gestionar con el municipio para incluir alimentos saludables en las viandas que se ofrecen en las escuelas primarias públicas.
	O8= DOP8= gestionar con el municipio para incluir alimentos saludables en los quiscos de las escuelas primarias públicas.
	O9= DOP9= fomentar la creación de EALM en los establecimientos gubernamentales de la ciudad de PM.
	O10= DOP10= fomentar la creación de EALM en los establecimientos privados de la ciudad de PM.
	O11= DOP11= fortalecer el trabajo en red del sub sector salud para con las otras instituciones gubernamentales.

16. Definición de responsables

Tal se mencionó arriba, es importante que cada operación y DOP tenga un responsable bien definido de su ejecución o de monitoreo su ejecución. El responsable responde por los resultados ante el actor que lidera el plan (Matus, 2015).

En la siguiente tabla se especifican los actores:

Tabla 8. Especificación de actores

Operaciones/ Demanda de Operaciones	Responsables
O 1= Realizar más actividades comunitarias de promoción de consumo de verduras y frutas.	Coordinador del PNA
DOP5= Realizar actividades de capacitación y de actualización a los y las profesionales de la salud que se desempeñan en el PNA	Referente de nutrición del APN
DOP6= Implementar programas de formación docente sobre alimentación saludable y problematizar en este ámbito el tema del SP y la OB.	Referente de nutrición del APN
DOP7= gestionar con el Municipio para incluir alimentos saludables en las viandas que se ofrecen en las escuelas primarias públicas.	Referente de nutrición del APN
DOP8= gestionar con el Municipio para incluir alimentos saludables en los quiscos de las escuelas primarias públicas.	Referente de nutrición del APN
DOP9= fomentar la creación de EALM en los establecimientos gubernamentales de la ciudad de PM.	Coordinadora del Comité de LM del Hospital A. Isola
DOP10= fomentar la creación de EALM en los establecimientos privados de la ciudad de PM.	Coordinadora del Comité de LM del Hospital A. Isola
DOP11= fortalecer el trabajo en red del sub sector salud para con las otras instituciones gubernamentales.	Director del APN

--	--

17. Presupuesto del plan

El plan debe ser presupuestado para saber su costo y determinar las contribuciones que cada actor debe hacer para materializarlo. Este presupuesto se hace por operaciones (Matus, 2015).

Tabla 9. Presupuesto

Operación	Costo en trabajo/horas	Aporte del Municipio	Aporte del Ministerio	Costo total
O 1= Realizar más actividades comunitarias de promoción de consumo de verduras y frutas.				
DOP5= Realizar actividades de capacitación y de actualización a los y las profesionales de la salud que se desempeñan en el PNA				
DOP6= Implementar programas de formación docente sobre alimentación saludable y problematizar en este ámbito el tema del SP y la OB.				
DOP7= gestionar con el Municipio para incluir alimentos saludables en las viandas que se ofrecen en las escuelas primarias públicas.				
DOP8= gestionar con el Municipio para incluir alimentos saludables en los quiscos de las escuelas primarias públicas.				
DOP9= fomentar la creación de EALM en los establecimientos gubernamentales de la ciudad de PM.				
DOP10= fomentar la creación de EALM en los establecimientos privados de la ciudad de PM.				

DOP11= fortalecer el trabajo en red del sub sector salud para con las otras instituciones gubernamentales.				
--	--	--	--	--

18. Análisis de viabilidad de plan

18.1. Identificación de los actores sociales relevantes y grado de motivación frente al plan

En cualquier proceso de lucha entre el cambio y la conservación hay actores que encabezan posiciones sobre el plan en su conjunto y sobre cada operación en particular. En la gestación de esas posiciones pesan la inercia, la desconfianza, las rivalidades, los prejuicios, la ceguera para ver posibilidades, los intereses encontrados y las pequeñas parcelas de poder (Matus, 2015).

De acuerdo a Matus, el interés es la posición de un actor por una operación. El interés puede ser de:

- apoyo(+),
- rechazo (-),
- indiferencia real (0),
- indiferencia táctica (00), e
- indiferencia por desatención (0)

La indiferencia táctica indica que se disimula una posición real positiva o negativa bajo la máscara de la indiferencia hasta un momento que se estima oportuno.

La indiferencia por desatención precisa el caso en que un actor o grupo no tiene posición sobre una operación porque ella no ha entrado hasta ese momento en su foco de atención (Matus, 2015).

Cada grupo o actor asigna un valor a cada operación, y ese valor indica la importancia que la operación representa según sea la magnitud del impacto que ella tiene sobre el afectado. Es importante no confundir el valor con el interés. El valor indica “me importa mucho, poco, o nada”. El interés, en cambio, expresa apoyo, rechazo o indiferencia, como ya he mencionada arriba. El valor puede ser:

A= alto

M= medio, y

B=bajo.

La motivación por la concreción del plan se expresará combinando el signo del interés con la calificación de la importancia o valor, de esta manera, la motivación expresa la fuerza del deseo de actuar, pero no puede representar la capacidad de fuerza para actuar según ese deseo (Matus, 2015).

Tabla 10. Grado de motivación

Interés	Valor	Motivación
+	A	+A (apoyo fuerte)
-	A	-A (rechazo fuerte)
+	B	+B (Apoyo débil)
-	B	-B (rechazo débil)

Los *actores* son líderes, personalidades o grupos que tienen peso y toma posición frente a la situación de conflicto o cooperación que se origina al seleccionar y enfrentar problemas.

Los actores, en este caso en particular, son:

Tabla 11. Actores

A1	Coordinador del PNA
A2	Director del APN
A3	Referente de nutrición del APN
A4	Coordinadora del Comité de LM del Hospital A. Isola
A5	Directora Provincial de Nutrición (Ministerio de Salud)
A6	Referente del Programa Municipios Saludables
A7	Ministerio de Educación

A= actor

El coordinador del PNA (A1), ha tomado recientemente el cargo y esta elaborando un plan con un enfoque social y basado en el respeto por los derechos humanos. Tiene una excelente relación con el Director del APN, con quien ha tomado cursos de formación en gestión desde hace varios años. Apoyaría el plan, pero dada su falta de conocimiento del campo, puede que necesite asesoramiento sobre cuestiones relacionadas al municipio y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales.

El Director del APN (A2), es un buen conocedor del campo en cuestión, lleva varios años coordinando el Área Programática Norte (¿más de 8?). A mi entender, muestra cierta indiferencia táctica ante la problemática en estudio, ya que creo que conoce bien la situación, dado que su esposa, la actual Directora Provincial del Departamento de Promoción y Prevención, ha mostrado cierta sorpresa ante los resultados de la última ENFR y ha comentado a los coordinadores expresando que habría que hacer algo. Aun así, creo que no le parece políticamente conveniente abordar una problemática tan compleja y de largo plazo.

La referente de nutrición del APN (A3), trabaja allí ocasionalmente, ya que gran parte de su carga horaria la realiza en el servicio de nutrición y alimentación del Hospital. Su mirada de los problemas de salud, suelen tener un enfoque biologicista y hospital

céntrico. Cumple con actividades puntuales que solicitan desde el Departamento Provincial de Nutrición, pero no ha mostrado interés en la problemática del SP y la OB.

La Coordinadora del Comité de LM del Hospital A. Isola (A4), una persona pro activa, muy comprometida con la causa de la LM. Desde que ha tomado la coordinación, se observan avances en la gestión de cambios a favor de la LM. No tiene un equipo que la apoye ni la acompañe, dado que el Comité de LM está conformado por coordinadores/as de los servicios y los departamentos, que no suelen estar disponibles para las reuniones. En un diálogo reciente, ella comento que está sola en el Comité.

La Directora Provincial de Nutrición del Ministerio de Salud (A5), en este momento se encuentra de licencia por maternidad. Tiene una personalidad pro activa en su cargo, aunque poca gobernabilidad para trabajar. Hace un año gestiono un encuentro con referentes de Nación para la presentaron las nuevas Guías Alimentarias para la Población Argentina. Allí se abordó la problemática del SP y la OB, desde un enfoque en general positivista y centrado en la responsabilidad individual.

Respecto al Municipio, la referente del Programa Municipios saludables (A6), se maneja con cierta indiferencia táctica. En las reuniones suele afirmar estar de acuerdo con las causas de salud y asume compromisos que luego no cumple o lo hace parcialmente. Tiene una imagen negativa en muchas instituciones educativas y de salud de la ciudad, ya que desde el Economato municipal, envía comida sin seguridad bromatológica a las dependencias, lo que ha generado mucho malestar.

El Ministerio de Educación (A7), es un gran aparato burocrático que funciona verticalmente. Acceder a conversar con los directivos del nivel local es sencillo, lo complejo es operativizar actividades en sus dependencias.

Atendiendo el panorama general anterior, se puede construir el siguiente cuadro de actores y ponderar el nivel de motivaciones sobre las operaciones del plan.

Tabla 12. Actores y grado de motivación

OP Actor	O1	DOP5	DOP6	DOP7	DOP8	DOP9	DOP10	DOP11
A1	+ A	+A	+A	+A	+A	+A	+A	+A
A2	00 M	+A	+A	+A	+A	+A	+A	+A
A3	- M	+ B	00 M	00 M	+ B	+M	+M	+A
A4	+ A	+B	+A	00 M	+ M	+A	+A	+A
A5	+A	+A	+A	+A	+A	+A	+A	+A
A6	00 B	00 M	00 B	00 B	+ B	00 M	00 M	+B
A7	+ M	0 B	+A	+ M	+ A	θ-M	θ-M	+A

Referencias:

+A: apoyo fuerte

00 M: indiferencia táctica y poca importancia

-M: rechazo y poca importancia

+ M: apoyo y poca importancia

00 B: indiferencia táctica y nada de importancia

00 M: indiferencia táctica y poca importancia

+B: apoyo y nada de importancia

+ M: apoyo y poca importancia

0 B: indiferencia real y nada de importancia

θ M : indiferencia por desatención y poca importancia

El cuadro anterior nos dice que hay consenso sobre las DOP 8 y 11, mientras que la O1 es conflictiva. Las DOP 9 y 10, se observa un consenso medio, mientras que en las

DOP 5,6 y 7, hay apoyo, pero es notable la indiferencia táctica de varios actores, aunque sin rechazo.

19. Selección de trayectorias

La secuencia en que se realizan las operaciones influye muy fuertemente en la viabilidad y calidad del plan (Matus, 2015). Es conveniente trazar la trayectoria posible.

Para trazar esta trayectoria, se consideró que conviene comenzar concretando la DOP 6, en el que se plantea implementar un programa para la formación de docentes, lo veo viable ya que cada dos meses, se realizan jornadas de formación y reflexión docente, en las que se reúnen un número importante, de varias escuelas. Comenzar por esta DOP permitirá a su vez, ganar confianza dentro del mismo equipo, conocernos mejor y lograr experiencias para avanzar con la DOP5, que implica actividades de capacitación con los equipos de salud. Este grupo se caracteriza por ser mucho más exigente en los contenidos, pero a la vez siempre están escasos de tiempo. No se suelen reunir todos en un solo espacio y al mismo tiempo, por lo que presenta una dificultad mayor que el grupo anterior. Avanzar con esta DOP aumenta el grado de complejidad para el grupo de trabajo, por lo que es necesario estar fortalecidos.

Luego de haber logrado sensibilizar a los equipos de salud, será oportuno avanzar con la O 1, que implica salir a terreno y ampliar la red de actores. Conviene que se concreten primero éstas acciones ya que las siguientes DOP presentan mayor dificultad y conflictos de intereses. En la DOP 8, entrarán nuevos actores que seguramente presentarán rechazo o resistencia a las propuestas. Los dueños de los quiscos de las escuelas se rigen por intereses de mercado y no de la salud, por lo que la negociación y el cambio, requerirá de más esfuerzos.

Con la DOP 7, también hay conflictos económicos en juego. Las empresas que proveen alimentos para la elaboración de la comida que se elabora a nivel central en el Economato Municipal, ostentan poder y tienen la capacidad de influenciar a quienes se

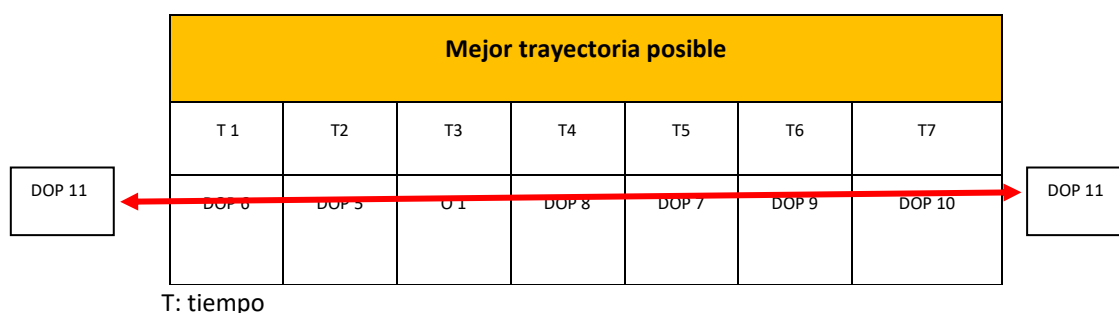
encargan de las compras. Al mismo tiempo que el Municipio, con el fin de economizar, tiende a bajar la calidad nutricional de las preparaciones que ofrece en las escuelas y dependencias.

Considero que, es conveniente que la DOP 9 y la DOP 10 se realicen al final de esta primera etapa ya que, habilitar EALM implica para las instituciones un mayor gasto, reorganización de los espacios físicos de las mismas instituciones, reorganización de las funciones, designando personal responsable de estos espacios, capacitación, etc.

Será necesario que, la DOP 11 sea transversal en todo el proyecto.

Seguidamente, se presenta en la siguiente tabla la planificación temporal mencionada arriba, en la que se visualiza la mejor trayectoria posible.

Tabla 13. Trayectoria



20. Análisis de vulnerabilidad del plan

Todo plan es vulnerable y constituye una apuesta con algún fundamento. Conviene analizar los fundamentos de las apuestas que representan los resultados alcanzables con las operaciones. Seguidamente, se propone una estrategia para los supuestos que condicionarían el plan y que se encuentran por fuera del control (Matus, 2015). De acuerdo a Matus, se entiende por condicionante letal a aquella situación que vulneraría el plan.

Tabla 14. Vulnerabilidad del plan

O/DO P	Condicionantes letales	Impacto	¿De quién depende?	Acción alterna
O1	Cooperación de los equipos de salud del APN. Cooperación del Serv. Nut del Hospital Cooperación del Coord. PNA.	Alto Medio Alto	Coordinadores/as de CAPS. Jefa del Serv. De Nutrición Hosp. Director del APN.	Empoderar a TCST y Bajar directiva del Ministerio de Salud Provincial.
DOP 5	Cooperación de los equipos de salud del APN. Cooperación del Coord. PNA.	Alto Alto	Director del PNA. Director del APN.	Bajar directiva del Ministerio de Salud Provincial y refrescar la Ley vigente.
DOP 6	Cooperación de coordinadores de educación. Cooperación de docentes. Cooperación de prof. de salud formados en SP y OB.	Alto Alto Alto	Ministerio Educación Provincial. Coord. de educación local. Director del APN.	Bajar directiva Provincial del sector de Salud y Educación y refrescar la Ley vigente.
DOP 7	Cooperación de coordinadores de educación. Cooperación de Ministerio de Educación Provincial.	Alto Alto	Ministerio Educación Provincial. Ministerio de Educación Nacional	Bajar directiva del Ministerio de Educación Nacional y marco legal vigente.
DOP 8	Cooperación de coordinadores de educación. Cooperación de Ministerio de Educación Provincial.	Alto Alto	Ministerio Educación Provincial. Ministerio de Educación Nacional	Bajar directiva del Ministerio de Educación Nacional y marco legal vigente.
DOP 9	Cooperación del Comité de LM local Cooperación de la Dirección de maternidad e Infancia Provincia	Alto Alto	Dirección de maternidad e Infancia Provincia y del Director del Hospital. Ministro de Salud.	Involucrar a otros actores por fuera del Comité de LM.
DOP10	Cooperación del Comité de LM local	Alto	Dirección de maternidad e Infancia Provincia y del Director del Hospital.	Involucrar a otros actores por fuera del Comité de LM.

	Cooperación de la Dirección de maternidad e Infancia Provincia	Alto	Ministro de Salud.	Bajar directiva del Ministerio de Salud y marco legal vigente.
DOP 11	Cooperación de referentes de las instituciones.	Alto	Responsable de comunicación, secretario/a.	Evaluar si el momento es oportuno o es necesario esperar algún cambio.

21. Discusión y conclusiones

En salud, cada vez más nos enfrentamos a los llamados “problemas complejos”, estas son situaciones que presentan una serie de elementos interconectados y que requieren soluciones que van más allá de abordar los desafíos individuales de cada elemento. Debido a su naturaleza interdependiente y a la cantidad de factores involucrados, estos problemas presentan grandes desafíos. En este sentido, necesariamente el proceso MAPP ha de ser conducido por un actor colectivo y no podría realizarse en forma individual ni un sectorialmente.

En el campo de la salud actual, la gestión del cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, como el SP y la OB, la planificación de sistemas de atención, la promoción de la salud en comunidades con diversidad cultural, implica considerar la forma en que estos elementos se conectan y encontrar caminos viables que aborden la complejidad del sistema en su conjunto. Esto requiere un enfoque reflexivo y una comprensión profunda de los determinantes sociales de la salud ya que influyen en la vida de las personas y de las comunidades constantemente.

Existe una interdependencia entre la salud y otros aspectos de la sociedad, por lo que promover la intersectorialidad coordinada y la sinergia entre los diferentes sectores parece ser el mejor camino para abordar problemáticas complejas en salud, entre ellas el sobrepeso y la obesidad.

La flexibilidad y la adaptabilidad en la planificación son claves para encaminar los esfuerzos hacia la visión ya que las condiciones y las circunstancias pueden cambiar

rápidamente. La persona que gestiona, en la actualidad, necesita contar con la capacidad de ajustar las estrategias y los planes de acción de acuerdo a las necesidades, esto implica, ser capaz de responder de manera ágil y adecuada a los cambios del entorno, permitiendo así una mayor eficacia en la gestión estratégica.

Los movimientos sociales de los últimos 10 años han llevado a visualizar no solo la problemática del SP y la OB como patologías prevalentes, sino también como estigma social llevando a que un sector reclame por el derecho al acceso a la salud, a los tratamientos interdisciplinarios e integrales, a la diversidad de talles y a la no discriminación.

Actualmente la aceptación de las diversidades corporales implica el respeto por la variabilidad de cuerpos no siempre patológicos y trato digno más allá de su IMC. Esto no implica ignorar el riesgo presente para la salud que trae aparejado el exceso de peso, sino una atención del cuidado de la salud acorde, que mire las particularidades en su contexto social.

Al comprender la diversidad de determinantes sociales de la salud que se ponen en juego y que pueden influenciar en el desarrollo del SP u OB, es posible alejarnos de la mirada biologicista que tiende a simplificar al tomarlo como una cuestión de voluntad individual y/o a una simple ecuación de ingresos y egresos calóricos.

Movimientos relacionados con la soberanía alimentaria vienen ganando lugar y atención en latinoamérica. Cada vez más personas comprenden la importancia del derecho al acceso a la tierra, a la información relacionada a lo que comen y la capacidad de tomar decisiones sobre su propia producción, distribución y consumo de alimentos de manera autónoma y sostenible, como base para la posibilidad de acceder a una alimentación que respete la diversidad cultural y las tradiciones, que realmente nos nutra sin causar enfermedades por comer y que a nivel comunitario promueva la justicia social y la equidad.

Desde el sub-sector salud tenemos el desafío de construir equipos interdisciplinarios formados para intervenir tanto en la prevención del SP y la OB, como en

la promoción de la salud y trabajar terapéuticamente en el momento de la rehabilitación, siempre desde la construcción respetuosa y comprensiva con el ánimo de formar un vínculo terapéutico que permita “hacer equipo” con el/la paciente en su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

La perspectiva de complejidad permitirá una mejor articulación intersectorial (entre equipos, entre niveles, entre sectores, entre entidades) para avanzar a que todos los sectores (públicos y privados) interactúen entre sí y que afecten positivamente la salud de las personas y de las comunidades. La comprensión de estas interconexiones da la posibilidad de ponerlas a jugar a beneficio de un plan de acción estratégico que lleve a promover intervenciones para enriquecer las oportunidades de consulta, la calidad de diagnósticos y el proceso de atención de las personas, esto es, lograr intervenciones más efectivas y sostenibles, que aborden los desafíos complejos en el campo de la salud, tal se ha presentado.

Este trabajo final integrador, se realizó bajo la modalidad de **proyecto de intervención**, según la propuesta de la Resolución 114/2018 de la Maestría de GSySS. Queda un gran desafío por delante. Llevar a cabo este proyecto requerirá sostener una mirada integral y estratégica, tal lo propone Matus.

Del presente trabajo se desprende la necesidad de fomentar la conformación de una red de cuidados, sensibilizar sobre el tema en todos los sectores, democratizar la información, haciéndola más accesible, acompañar los proyectos de agricultura familiar, diversificación de cultivos, promoviendo la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones relacionadas con la producción de alimentos.

Asimismo, generar las intervenciones en salud desde la ética del cuidado y atendiendo los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia, creer que, desde

en nivel local, se tiene la fuerza para lograr cambios a través de la promoción de la salud hacia la comunidad y la prevención de las ECNT.

Contar con una buena base de datos contribuirá a una sistematización de la información que permita la posterior evaluación de las intervenciones, por lo que sería necesario conformar un registro que diferencie entre SP, OB y OB mórbida, de manera de poder monitorear los cambios.

En el campo de la salud, la perspectiva de complejidad nos permite una mejor articulación intersectorial y la posibilidad de promover intervenciones más efectivas y sostenibles para abordar los problemas complejos desde un enfoque integral, estratégico y reflexivo, que promueva la equidad en el sistema de salud.

22. Referencias bibliográficas

- Aguirre, P. (2004). Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. (Capital Intelectual, Ed.) (1ra ed.). Buenos Aires.
- Aguirre, P. (2017). Una historia social de la comida. (Lugar Editorial, Ed.) (1ra ed.). Buenos Aires.
- Almeida-Filho, N. de. (1992). Epidemiología sin números, 125.
- Barona, de I. N. (1980). El proceso salud-enfermedad: un fenómeno social. Ed. Aguilar.
- Braguinsky, J. (2007). Obesidad: Saberes y conflictos, un tratado de obesidad. (Acindes, Ed.). Buenos Aires.
- Breilh, J (2015). Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. 1ª Ed. 4ta reimp. Lugar Editorial.
- Calcagno de Francione, N. (2009). La otra cara. Historia de recuperación de la obesidad. Dunken.
- Certeau, M (2000). La invención de lo cotidiano I. Artes de hacer. Nueva edición, establecida y presentada por Luce Giard. Traducción de Alejandro Pescador. Universidad Iberoamericana. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Neto, DC, Dendasck, C. y Oliveira, E. de. (2016). La evolución histórica de la Salud Pública. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 01(01), 52-67. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/a-evolucao-historica-da-saude-publica>
- Chubut Deportes. (2018). Chubut Deportes. <http://www.chubutdeportes.com/>
- Chubut HL de. Constitución de la Provincia del Chubut [Internet]. Argentina.gob.ar. [Consultado 10 abril 2023]. Disponible en: <http://www.legischubut.gov.ar/hl/index.php?view=article&id=15>
- Cigob. (2019). Guía metodológica para el diseño de una estrategia de intervención sobre problemas gubernamentales. Disponible en: <http://cigob.org.ar/cigob/wp-content/uploads/2015/06/Guia-metodologicaCiGob-Matus.pdf>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A. Y Stolkner, A. (2007) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacionar entre población y servicios. Anuario de investigaciones, 14, 201-209
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Contrera, Laura y Moreno Luz. (2022) Cuadernillo de diversidad corporal y gordofobia.
- Coronel Carbo, Jorge, & Marzo Páez, Nathaly. (2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. MEDISAN, 21(7), 926-932. Recuperado en 18 de enero de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700018&lng=es&tlng=es.
- Costa, J. S. D. da. (2006). O que é “ um problema de saúde pública ”? Rev. Bras. Epidemiol., 8(2), 2005–2007. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100018

- Dirección de Investigación en Salud (MSal). (2023). Guía para el diseño, desarrollo y evaluación ética de investigaciones sociales en Salud (1a ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring Michigan: Health Administrations, 1980.
- Donato, N.A (2017). Derecho a la salud. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- Elgart, J., Pflinter, G., Gonzalez, L., y Gagliardino, J. (2010). Obesidad en Argentina. Revista Argentina de Salud Pública, 1(5), 6–12. Disponible en: <http://msal.gov.ar/rasp/rasp/articulos/volumen5/obesidad-en-argentina.pdf>
- Eslava-Castañeda, J. C. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. Rev. Salud Pública, 19(3), 396–403. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>
- Finocchietto, P., Del Bosco, H.E. y Villaverde, N. (2012). Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en Paso de Indios. <http://biblioteca.cfi.org.ar/wp-content/uploads/sites/2/2012/01/50424.pdf>
- Frenk, J. (2000). La salud de la población: hacia una nueva salud pública (2da ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Galante, M. y col. (2015). Principales resultados de las Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en Argentina. Rev Argent Salud Pública, 6, 22–29. <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen24/22-29.pdf>
- Garrafa, G. (1997). Teoría de Sistemas. Sociedad Latinoamericana de Servicios de Salud.
- Guthold, R., Stevens, GA, Riley, LM y Bull, FC (2018). Tendencias mundiales en actividad física insuficiente de 2001 a 2016: un análisis conjunto de 358 encuestas poblacionales con 1,9 millones de participantes. Lancet Glob Health, 6(10), e1077-e1086.
- Hospital Andrés Bello. (2018). <http://www.hospitalpuertomadryn.chubut.gov.ar/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. (1a ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC; Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 resultados definitivos: indicadores demográficos por sexo y edad (1a ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC. [Libro digital, PDF]. Recuperado de: https://censo.gob.ar/wp-content/uploads/2023/11/censo2022_indicadores_demograficos-1.pdf
- Kosciuk, N. H. (2006). Diseño de Organizaciones Eficientes de Henry Mintzberg.
- Laplacette, G. (2007). Guías para el Primer Nivel de Atención de Salud: Programas y proyectos con Base Comunitaria. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Maestría en Salud Pública, Área de Cooperación Técnica.
- Longo Elsa, Navarrao Elizabeth. (2004). Técnica Dietoterápica. Ed. El Ateneo.
- Matus, C. (2007). La teoría del juego social. 1 ed. Universidad Nacional de Lanús. UNLa.
- Matus, C. (2015). MAPP Método Altabir de la Planificación Popular. 1 ed. Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc Saúde Coletiva, 8, 1, 185–207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

- Ministerio de Salud de la Nación. (2005). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005. Informe de Resultados Versión breve. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000553cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2005_informe-breve-final.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2007). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2009). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Buenos Aires. Retrieved from https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir_2012_486.pdf
- Ministerio de Salud del gobierno del Chubut (2014). Anuario estadístico de Salud. Volumen II. Estadísticas de Servicios de Salud y Sanitarias <http://www.chubut.gov.ar/portal/wp-organismos/estadisticas/anuarios-de-salud/>. Publicación 2014.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2014). Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en Adultos.
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo. Obesidad: Determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública. http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2016-2_boletin-de-vigilancia-8.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). Sobrepeso y Obesidad. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/alimentacion-saludable/obesidad>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). 2da Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Argentina. Indicadores priorizados. Secretaría de Gobierno de salud de la Nación.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Principales Resultados. Secretaría de Gobierno de salud de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf
- Ministerio de Salud del Chubut. (2018). <http://www.ministeriodesalud.chubut.gov.ar/archivonoticias/>
- Ministerio de Salud del Chubut. (2018). Plan Provincial de salud. Hacia una reforma integral del Modelo de salud. <http://www.ministeriodesalud.chubut.gov.ar>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Encuesta Nacional de Vigilancia Telefónica. Informe VIGITEL.
- Ministerio de Salud del Chubut. (2018). Ministerio de Salud Chubut | Ministerio de Salud Chubut - Información de salud en Chubut. Accedido en agosto del 2018. <http://www.ministeriodesalud.chubut.gov.ar/>
- Ministerio de Salud y Acción Social (1997). Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
- Montiel Morales G. (1988). Administración de los Servicios de Salud. Evaluación de la calidad de atención de los servicios.
- Municipalidad de Puerto Madryn. (2018). Disponible en: <https://www.madryn.gob.ar/>
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No

Transmisibles.http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=505BD52B546A444A35F75745720830B8?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud/OMS (2019). Informe de los determinantes sociales de la salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Panamericana de la Salud/OMS (2020). Salud en todas las políticas. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/salud-todas-politicas>

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud Ottawa. Recuperado de <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2009). Informe de la 62a Asamblea Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 62° Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=En%20el%20caso%20de%20los,igual%20o%20superior%20a%2030.>

Peña, M. y Bacallao, J. (2000). La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Organización Panamericana de Salud, 125. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/170604>

Provincia del Chubut [Internet]. Argentina.gob.ar. 2007 [Consultado 10 abril 2022]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/chubut>

Reboredo, J. Aspectos de la Teoría de Sistemas. Sociedad Latinoamericana de Servicios de Salud.

Reyes, M.R. (2001). Guías Prácticas de Administración de Servicios de Alimentación. Eudeba.

Salas – Salvadó, Jordi. (2000). Nutrición y Dietética Clínica. Masson.

Sánchez Blanco C, (2011). Planificación Estratégica. Editorial Universitas.

Servicio meteorológico Nacional (2022). Disponible en: <https://www.smn.gob.ar/>

Spinelli, Hugo. (2012). El proyecto político y las capacidades de gobierno. Salud colectiva, 8(2), 107-130. Recuperado en 18 de enero de 2024, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000200002&lng=es&tlng=es.

Spinelli, Hugo. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. Salud colectiva, 12(2), 149-171. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.976>

Skoropada J. (2007). Administración de Servicios de Alimentación, estructuras, procesos y resultados. 2da Ed. revisada y ampliada.

Tejada, B.D. (1992). Administración de Servicios de Alimentación. Ed. Universidad de Antioquía.

23. Piezas legales consultadas

23.1. Leyes Nacionales

- Ley N° 20.744.
- Ley 24.301
- Ley 25.724
- Ley 26.396
- Ley 27.642

23.2. Resoluciones Ministeriales Nacionales

- Resolución Ministerial N° 168/97
- Resolución Ministerial 587/97
- Resolución SENASA 233/98.
- Resolución Ministerial N° 719/2009
- Resolución 1083/2009
- la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 742/2009
- Resolución Ministerial N° 801/2011
- Resolución Ministerial 1480/11
- Resolución Ministerial 578/2013
- Resolución Ministerial 732/2016
- Resolución 51/2019
- Resolución Ministerial 564/2019
- Resolución Ministerial 693/2019

- Resolución Ministerial 996/2019
- Resolución Ministerial N°1064/2020
- Resolución Ministerial 2198/2021
- Resolución Ministerial 1420/2022

23.3. Leyes provinciales

- Ley VIII-75 de la Provincia de Chubut
- Ley I-727

Fuente: Info Leg. Disponibles en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=144033>

24. Anexo

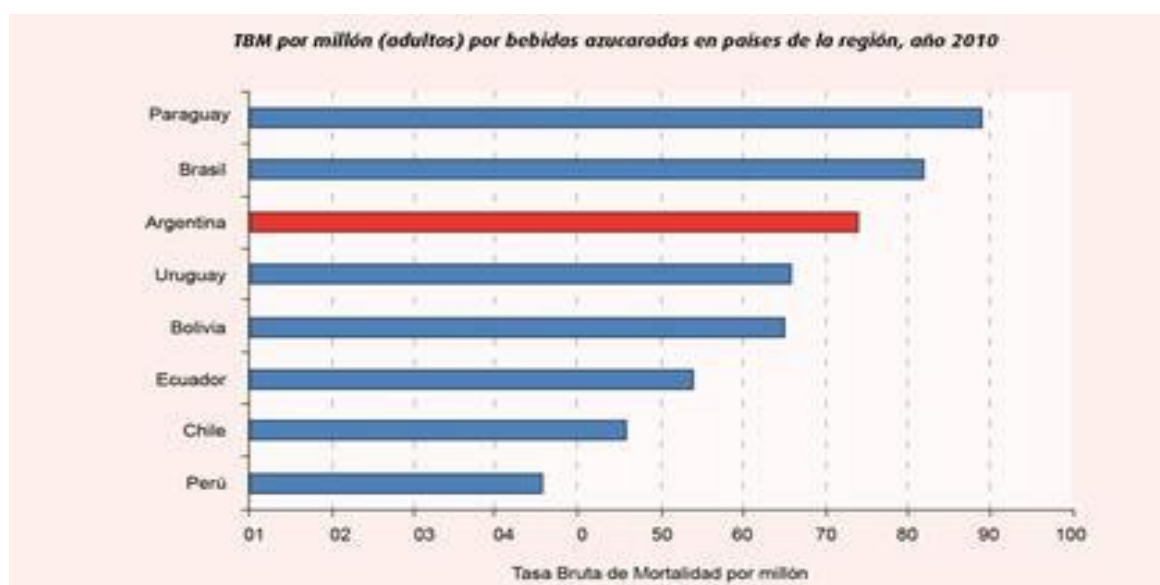
Ejemplos de comidas rápidas, su aporte calórico y el ejercicio físico necesario para su gasto.

Para gastar las calorías que aporta:	Es necesario:	%VD
1 combo grande de hamburguesa + papas fritas + bebida azucarada en marca líder de comida rápida (1320 kcal - 66% VD%)	andar bicicleta con intensidad moderada 4 horas y media	66%
1 botella de 600 ml de gaseosa azucarada (240 kcal - 12% VD%)	levantar pesas 1 hora y 5 minutos	12%
6 galletas con chispas de chocolate (266 kcal - 7% VD%)	hacer estiramiento durante 1 hora y 40 minutos	7%
2 porciones de pizza (480 kcal - 25% VD%)	hacer gimnasia aeróbica 1 hora	25%
1 café con leche y 2 medialunas (580 kcal - 29% VD%)	hacer natación intensiva 1 hora y 10 minutos	29%
7 patitas de pollo congeladas (380 kcal - 19% VD%)	escalar 1 hora	19%
1/4 kilo helado de crema granizada (950 kcal - 48% VD%)	correr intensamente 1 hora y 40 minutos	48%

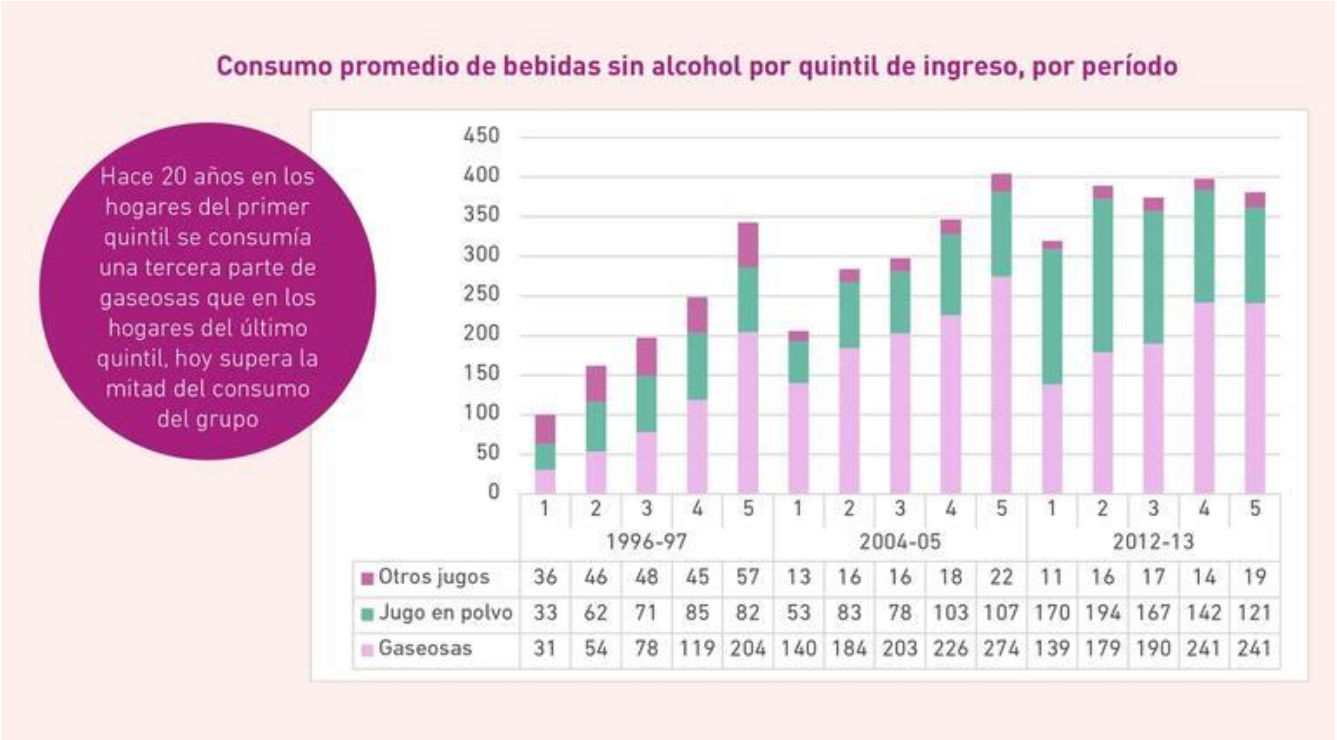
VD%: Porcentaje del valor diario de una dieta de 2000 Kcal.

Boletín de vigilancia 8 del MSN.2016

TBM por millón (adultos) por bebidas azucaradas en países de la región, 2010



Consumo de bebidas azucaradas y tasa bruta de mortalidad por millón. Latinoamérica. Fuente: Singh, et al, 2015.



Tendencia del consumo promedio de bebidas por quintil de ingresos en Argentina.