



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



## **Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud**

**Centro de Estudios Interdisciplinarios**

**Universidad Nacional de Rosario**

**Cohorte: Chubut – Valle 2018**

**Título del Proyecto: Propuesta intersectorial de promoción de la actividad física en el primer nivel de atención para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta de la ciudad de Trelew durante el año 2022.**

**Autor: Lic. Karen Bender**

**Director: Mg. Eduardo Zaffaroni**

**Trelew 20/12/2021**



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



## **Agradecimientos**

Este trabajo está dedicado a mis hijos y mi familia quienes fueron y son mi sostén en todo lo que emprendo. Gracias por su apoyo incondicional y permanente en todo lo que hago.

Agradezco a la vida por cada oportunidad que me da de nutrirme de herramientas y conocimientos con los que puedo aportar mi granito de arena para construir y desencadenar procesos.

Un especial agradecimiento a mi director de tesis por su compromiso y acompañamiento permanente para llegar a la meta.

## ÍNDICE

I. RESUMEN.....	5
II. INTRODUCCIÓN.....	6
III. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO .....	9
Descripción institucional y organizacional.....	9
Marco político-sociosanitario.....	17
Descripción epidemiológica.....	22
IV. FORMULACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	27
V. MARCO CONCEPTUAL.....	32
La carga de las ECNT .....	32
Prevención y modelos de atención de las ECNT.....	36
Modelos de determinación social de la salud.....	39
Estilos de Vida .....	43
Promoción de la salud y estrategia de APS.....	46
Intersectorialidad.....	49
AF definición y recomendaciones.....	51
Otros enfoques y perspectivas de la AF.....	55
Antecedentes en materia de promoción de la AF.....	57
VI. OBJETIVOS DEL TRABAJO .....	60
VII. PROPUESTA DE LA INTERVENCIÓN .....	61
VIII. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN .....	63
Definición de resultados esperados e indicadores de logro.....	63
Diseño de estrategias de intervención y resultados esperados .....	65
Estimación de Recursos .....	67
Plan de actividades.....	70
Presupuesto .....	84
Planeamiento de la evaluación .....	86
IX. CONCLUSIONES Y APORTES PARA LA GESTIÓN.....	89



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud

CENTRO DE ESTUDIOS  
INTERDISCIPLINARIOS

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	91
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	92
XII. ANEXOS .....	104
Anexo 1. Organigrama Subsecretaria de Programas /DPPYPS .....	104
Anexo 2. Organigrama del Hospital zonal de Trelew (desarrollado hasta 3° línea jerárquica).....	105
Anexo 3. Imágenes de espacios públicos para realizar AF .....	106

## I. RESUMEN

Las Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan la principal causa de morbimortalidad en la provincia de Chubut. Estas comparten factores de riesgo (FR), como el consumo de tabaco, una dieta insana, el uso nocivo del alcohol y la falta de actividad física (AF), todos ellos comportamentales y modificables.

En Chubut la prevalencia de inactividad física representa el 34,3% siendo uno de los FR más prevalentes, después del sobrepeso, según la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR).

El objetivo del trabajo es elaborar una propuesta intersectorial de promoción de actividad física (AF) en el primer nivel de atención (PNA) para la reducción de la morbi-mortalidad por ECNT en población adulta de la ciudad de Trelew durante el año 2022.

La propuesta está orientada a promover la cogestión, la difusión de los beneficios de la AF, capacitación de los equipos de salud y referentes comunitarios, la ampliación de la oferta de AF y utilización de estos servicios en el ámbito comunitario.

Se espera que este trabajo sirva de insumo para establecer pautas que sistematicen las intervenciones de promoción de la AF en el PNA e incrementar las posibilidades de la población de realizar AF.

**Palabras clave: actividad motora, promoción de la salud, atención primaria de salud, colaboración intersectorial, prevención de enfermedades, enfermedades no transmisibles (fuente: DeCS)**

## II. INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son patologías de larga duración y constituyen un grave problema para la salud pública, pues se consideran las mayores causantes de morbilidad y discapacidad mundial (Muñoz-Rodríguez, Arango-Alzate, Segura-Cardona, 2018). Las ECNT comparten Factores de Riesgo (FR) como el consumo de tabaco, una dieta insana, el uso nocivo del alcohol y la falta de Actividad Física (AF), todos ellos comportamentales y modificables.

La elevada prevalencia de inactividad física que se observa en las distintas ediciones de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), pone en evidencia la dimensión de esta situación problemática al afectar a un alto porcentaje de la población adulta tanto a nivel nacional como en la provincia de Chubut. Frente a este contexto se estableció como prioridad esta problemática, no sólo por el diagnóstico epidemiológico, sino por ser un factor de riesgo en el que es factible incidir y modificar.

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación (MSN), a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, lleva a cabo diferentes estrategias para estimular la realización de AF. Los programas nacionales que promueven la AF, tales como el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables (PNMCS), el Plan Argentina Saludable, el Programa Nacional de Lucha contra el sedentarismo y el Programa Proteger, se han implementado en la provincia con el fin de revertir la inactividad física y promover la salud.

También se desarrollaron iniciativas locales como el programa “Salud en Marcha”, con actividades masivas de promoción de la AF, promoción de hábitos saludables y detección de riesgo cardiovascular; y otras iniciativas municipales que conforman un conjunto de estrategias y acciones que se enmarcan en las políticas sanitarias nacionales y las recomendaciones de organismos internacionales en relación con el problema planteado.

En consonancia con lo expuesto, en la ciudad de Trelew se ha implementado la oferta de AF en el Primer Nivel de Atención (PNA) como respuesta del subsistema público de salud a la problemática planteada, pero esta implementación se ha realizado de manera informal, con insuficiente articulación entre los niveles provincial, municipal y los distintos sectores, escasa cobertura, programación, evaluación y sistematización.

La propuesta de intervención surge desde la Dirección Provincial de Prevención y Promoción de la Salud (DPPYPS), área donde se desempeña la maestranda. Esta dirección es un área con una voluminosa tecnoestructura (Mintzberg, 2006) que delinea las estrategias de prevención y promoción de la salud hacia la comunidad, coordinando muchas de las acciones con el PNA.

Sin embargo, estas estrategias de promoción de la salud, y más específicamente de promoción la AF, parecieran ser insuficientes y demuestran tener escasa participación comunitaria. La desvalorización de la importancia que tiene la promoción de la AF como herramienta de protección de la salud y prevención de ECNT representa un problema de gestión.

Motiva este trabajo la necesidad de contar con propuestas sistematizadas de promoción de la salud en materia de AF, que permitan evaluar el impacto de las intervenciones, adecuarlas y/o poder replicarlas en distintas jurisdicciones. Con la propuesta se espera que se jerarquicen las acciones de prevención de ECNT y la promoción de la salud como estrategia poblacional costo-efectiva (específicamente las referidas a la AF), se establezcan procesos de gestión en el PNA, se promueva el compromiso de los equipos de salud en torno a la promoción de la AF, se fortalezca la interdisciplina y el trabajo intersectorial, y se involucre en estos procesos a la comunidad de manera participativa.

Por cuestiones de gobernabilidad y viabilidad, se decidió dirigir la intervención a la población adulta en el PNA del subsistema público de salud de la localidad de Trelew. El proyecto será presentado a las autoridades del



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut, y las autoridades Municipales de la ciudad de Trelew para su formalización. En caso de resultar exitosa su implementación, se buscará replicarla en otros municipios de la provincia.

### III. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO

En este apartado se desarrollará la descripción del contexto y se realizará la formulación y construcción del problema desde diferentes perspectivas. Comenzando por la descripción institucional y organizacional, continuando con el marco político-socio-sanitario y por último una descripción epidemiológica de la problemática.

#### Descripción institucional y organizacional

A continuación, se describirá la provincia y su organización en materia de salud pública, continuando con la descripción del área desde la cual se propone la intervención, siguiendo con una descripción de la ciudad de Trelew y un análisis de las características sociodemográficas, del subsistema de salud pública y de la organización del PNA en la ciudad.

La provincia de Chubut está ubicada en la región Patagonia, entre los paralelos 42° y 46°, con una superficie 224.686 km<sup>2</sup>. Tiene 566.922 habitantes y una densidad poblacional de 2,3 hab/km<sup>2</sup> (Dirección General de Estadísticas y Censos Chubut, 2016).

El gobierno de la provincia delega sus responsabilidades específicas en materia de salud en el Ministerio de Salud, con sede central ubicada en la ciudad de Rawson. Operativamente la provincia se divide en 4 áreas programáticas: Norte, Sur, Esquel y Trelew (Figura 1), las cuales están a cargo de un director provincial. Las organizaciones de salud pública que se encuentran en cada jurisdicción tienen como autoridad máxima a este director.

## Provincia del Chubut. Año 2018

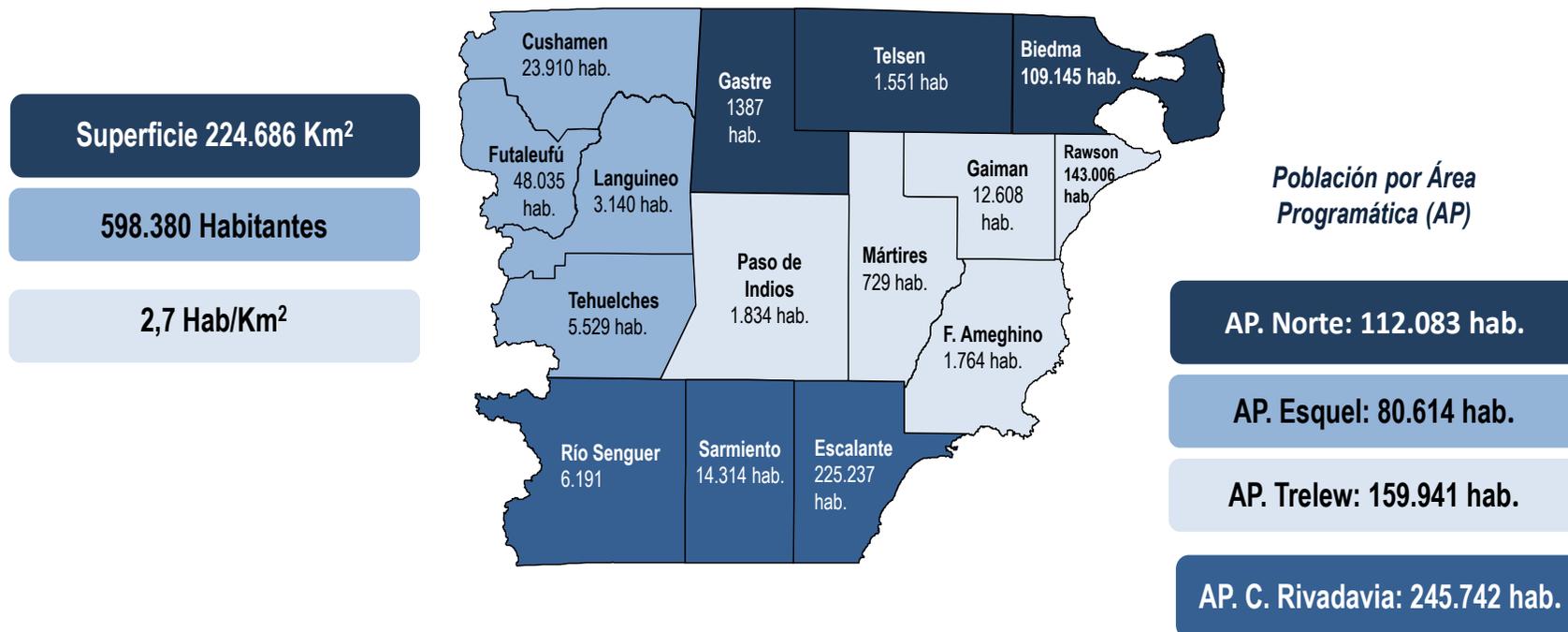


Figura 1. Mapa de Chubut y sus áreas programáticas.

Fuente: Dirección Gral. de Censos y Estadísticas de la provincia de Chubut. Proyección 2018. Censo 2010



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



El Ministerio se organiza en cuatro subsecretarías: Planificación de Recursos Humanos y Capacitación, Gestión Institucional, Gestión Económica y Programas de Salud; de esta última dependen varias direcciones, incluyendo la DPPYPS, desde la cual se propondrá la intervención (Anexo 1).

La configuración de la organización se condice con una burocracia mecánica. El ápice estratégico lo componen el ministro, las subsecretarías y la dirección general, la línea media corresponde a las direcciones provinciales, y el núcleo operativo está representado por los diferentes departamentos que las componen.

En el caso de la DPPYPS su núcleo operativo se compone por el Dpto. de Salud Bucal, el Dpto. de Trabajadores Comunitarios de Salud en Terreno, el Dpto. de Promoción y Políticas Saludables y el Dpto. Provincial de Nutrición. Dado que los jefes de los departamentos no tienen personal a cargo (allí termina la línea jerárquica), disponen de escasas posibilidades para intervenir directamente sobre el personal afín a cada área, pero con capacidad para articular y coordinar los recursos.

La tecnoestructura está determinada por los diferentes programas nacionales que estandarizan los procesos, ordenan e influyen en la priorización de acciones. La DPPYPS tiene a cargo 14 programas, mayoritariamente orientados a la prevención de ECNT; algunos de ellos incluyen específicamente la promoción de AF. Por su parte, el staff de apoyo está determinado por los sectores que asisten en cuestiones logísticas o de gestión, principalmente se encuentran entre estas unidades la administrativa (propia de la dirección), las áreas contables, compras, rendiciones, tesorería, choferes y un aporte muy importante del área de comunicaciones y prensa.

Si bien existe un flujo de autoridad vertical establecido por el organigrama desde el ápice estratégico hasta el núcleo operativo, los mecanismos de coordinación son fundamentalmente de estandarización de procesos determinados por la tecnoestructura, de ajuste mutuo con supervisión directa escasa (mayormente a modo de consenso, acuerdo y autorizaciones por

parte de las autoridades), con autonomía desde lo técnico para proponer estrategias y acciones inherentes al área (Mintzberg, 2006).

La configuración de la organización determina que la tecnoestructura traccione fuertemente las estrategias. En el caso la problemática de inactividad física, los programas han instalado la importancia de incluir la promoción de la AF como parte del cuidado de la salud y respuesta a la situación de la elevada de prevalencia de ECNT.

La DPPYPS tiene como misión aplicar los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud (APS) coordinando y supervisando las acciones de prevención y promoción de la salud en las áreas de su dependencia fortaleciendo el PNA, teniendo como objetivos producir cambios que promuevan mejores oportunidades de vida sana para la población en su conjunto, mejorar el acceso a los servicios de salud para la detección temprana y el tratamiento oportuno de la enfermedades o las situaciones conflictivas de salud prevalentes, teniendo como eje el trabajo en equipo e intersectorial y promoviendo la participación social (Ministerio de Salud de Chubut, 2010). Los usuarios a los que se brinda servicio son todos los habitantes de la provincia de Chubut, ya que el subsistema público es de cobertura universal.

Desde su núcleo operativo se producen estrategias y acciones para todo el territorio provincial en concordancia con ejes de trabajo enunciados y con los valores que sustentan el sistema de salud como la equidad, universalidad, calidad, integralidad y eficiencia. No obstante, aunque se promueven dichos valores y objetivos, aún se encuentran déficits y dificultades en la implementación.

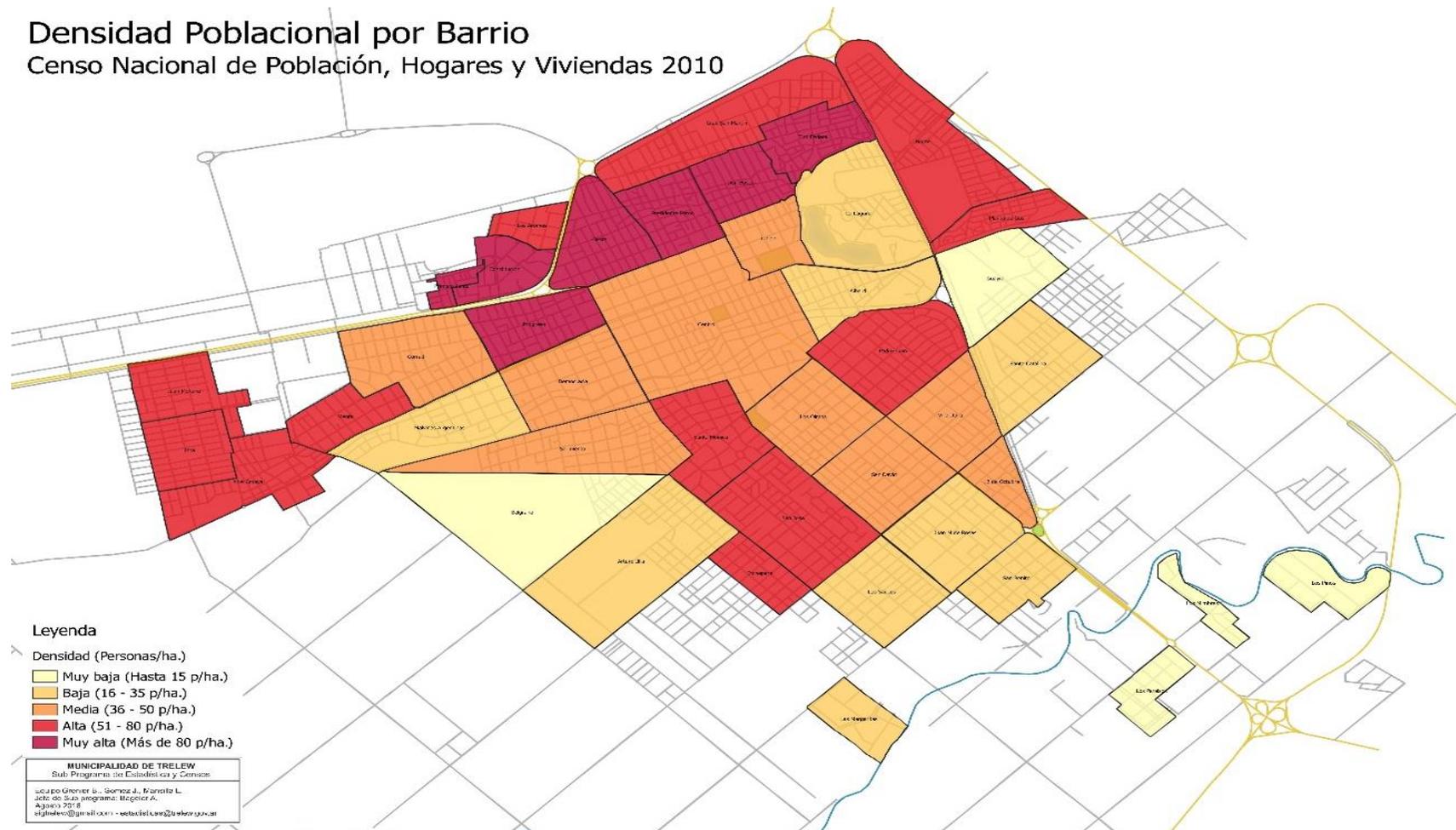
Los intereses de la DPPYPS propician el trabajo intersectorial; algunos actores con los que se articula son: funcionarios y decisores políticos; las áreas programáticas y efectores de salud, instituciones municipales, otros ministerios u otras áreas dentro del mismo ministerio de salud, profesionales de salud, organismos privados, la sociedad (representada por organizaciones civiles) y la propia comunidad; con grados de colaboración

intersectorial basados mayormente en intercambio de información y cooperación (OPS, 2015). Desde la DPPYPS se articula formalmente con el municipio de Trelew a través de programas nacionales o provinciales, mediante convenios con el ejecutivo municipal, y también otros dispositivos informales.

La localidad de Trelew se encuentra al noreste de la provincia de Chubut, la ciudad está localizada en el Departamento Rawson en la zona denominada "Valle Inferior del Río Chubut" (VIRCH) y con una superficie total de 249 km<sup>2</sup> de ejido y 16 km<sup>2</sup> urbanizados. La ciudad de Trelew es la segunda más grande de la provincia luego de Comodoro Rivadavia. Ubicada a 20 km de la costa Atlántica (Patagonia, 2020).

Según el Censo 2010, tiene un total de 99.520 habitantes, y una población estimada para 2020 (según proyección) de 108.231 habitantes (DGEyC, 2020), con una densidad poblacional de 375,7 hab./km<sup>2</sup>, mayor en los barrios periféricos (Figura 2). Las principales fuentes de empleo son en un 54,3% actividades profesionales, científicas, independientes, administración pública, salud y recreación; 15,7 % comercio, hotelería, turismo y servicios; y 9,5 % elaboración de productos, industria y manufactura. La tasa de desempleo es de 8,2 % y la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es del 6,5 % (Figura 3) (Municipalidad de Trelew, 2017).

## Densidad Poblacional por Barrio Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010



**Figura 2: Mapa densidad poblacional por barrio en la ciudad de Trelew**

**Fuente: PMCS. Sala de situación Municipio de Trelew 2017**

## Localidad de TRELEW

Hogares NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas)

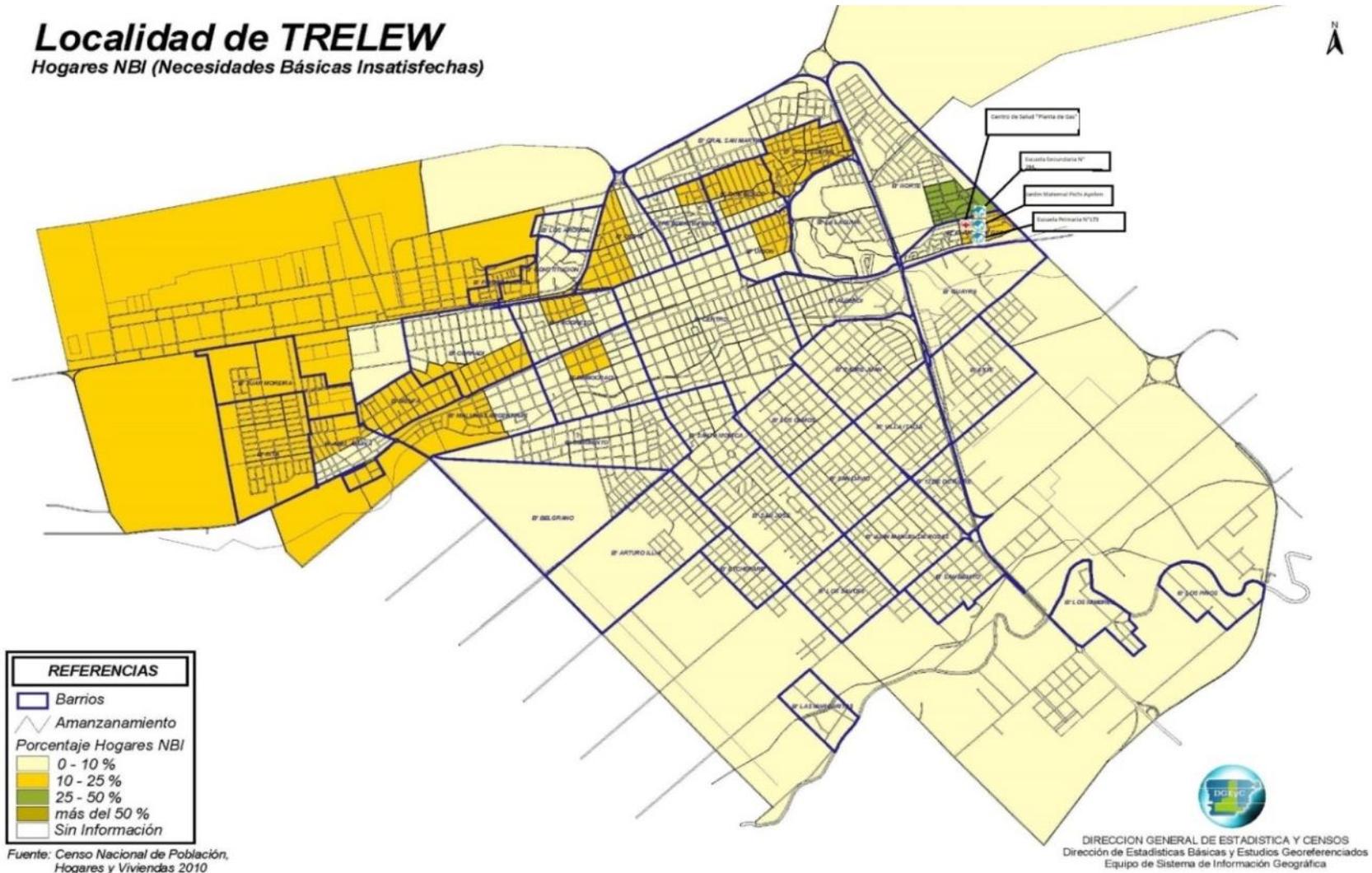
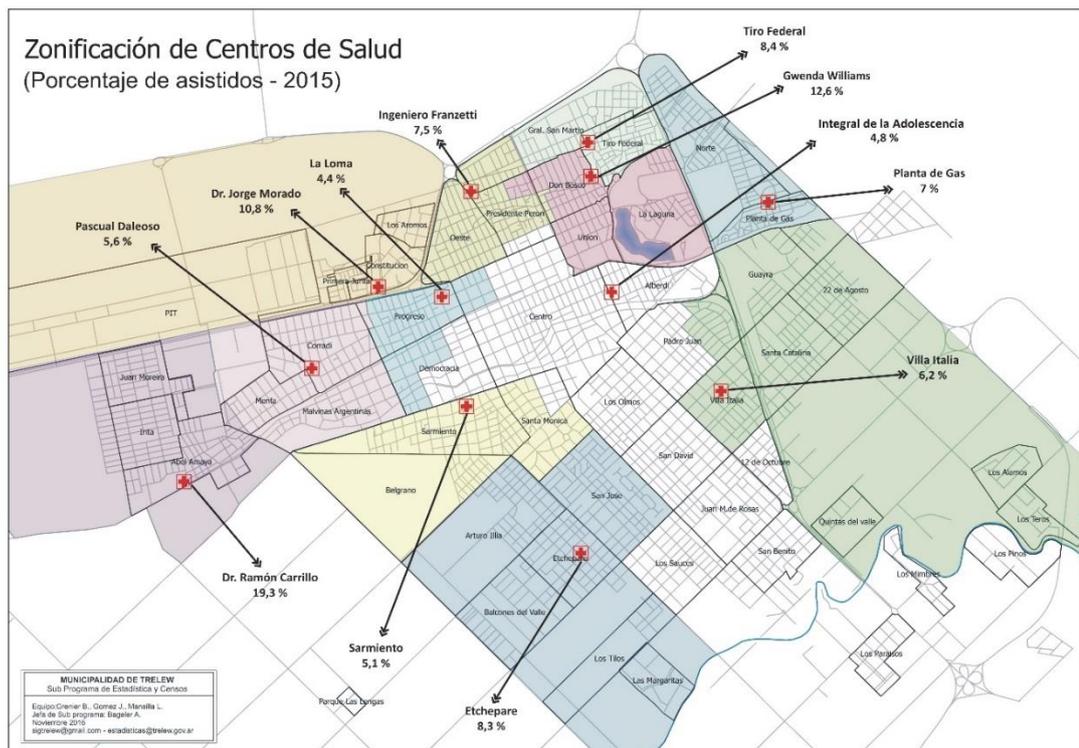


Figura 3. Mapa de la distribución de población con NBI en localidad de Trelew

Fuente: PMCS. Sala de situación Municipio de Trelew 2017

Los sistemas y servicios de salud públicos de la ciudad de Trelew se organizan en 2 niveles: PNA con 11 Centros de Salud (CAPS) (Figura 4), un Centro de salud para adolescentes (CESIA), un Centro integral de tratamiento a las adicciones (CIT) y un centro de salud mental; y un segundo nivel compuesto por un hospital zonal y una maternidad. Tanto el PNA como segundo nivel son efectores provinciales; el municipio no cuenta con servicios de salud propios (Municipalidad de Trelew, 2017).



**Figura 4. Mapa de la distribución de los Centros de Salud en Trelew.**

**Fuente: PMCS. Sala de situación Municipio de Trelew 2017**

Los efectores del PNA de Trelew cuentan con 36 profesionales médicos, 96 no médicos y 40 Trabajadores Comunitarios de Salud en Terreno (TCST). En lo que respecta específicamente a recurso humano (RRHH) formado para prescripción de AF, cuenta con dos profesores de Educación física que trabajan en los dispositivos de salud mental y un kinesiólogo para toda el área externa. Cada CAPS tiene un coordinador, y depende del jefe de área externa del hospital. A su vez el área externa depende de la dirección del

hospital y este del director del Área Programática (Anexo 2) (Municipalidad de Trelew, 2017).

### Marco político-sociosanitario

En esta sección se mencionarán los antecedentes de políticas públicas en materia de promoción de AF a nivel global, nacional, provincial y municipal, citando los planes, programas, legislación e intervenciones formales e informales consideradas más relevantes.

En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud lanzó en la asamblea mundial de la salud el plan de acción para poner en marcha la Estrategia Global para la Prevención y control de Enfermedades No transmisibles, que tiene como objetivo enfrentar el vertiginoso incremento de la carga de las ECNT y su impacto en la pobreza y el desarrollo económico de los países de bajos y medianos ingresos (MSN, 2013).

Asimismo, el “Plan de Acción Global sobre Actividad Física” (GAPPA, por sus siglas en inglés) tiene como objetivo lograr para 2030 una reducción relativa del 15% en la prevalencia mundial de inactividad física en adultos y adolescentes, con respecto a los valores de referencia de 2016.

Este objetivo encuadrado dentro la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible adoptada en 2015, establece el compromiso de los Estados miembros de Naciones Unidas a través del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3, que hace referencia a la buena salud y bienestar), incluyendo como una de sus metas la de reducir, para 2030, en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, como también promover la salud mental y el bienestar (OPS, 2018).

En línea con esta estrategia, a nivel nacional, desde el año 2009 la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT) del MSN, implementa la “Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles”

aprobada por la Resolución 1083/2009 tendiente a reducir los FR y las muertes y discapacidad por ECNT, así como mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud de las personas en riesgo y afectadas por las ECNT que incluye estrategias para estimular la realización de AF (MSN, 2018).

En el marco de esta estrategia, en el año 2013, como parte del Plan Argentina Saludable, se creó el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo (PNLCS), mediante Resolución 578/2013, cuyo propósito fue disminuir la prevalencia de inactividad física llevando a cabo estrategias a nivel nacional y jurisdiccional a partir del trabajo conjunto con el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables (PNMCS).

El PNLCS promueve la AF en los lugares de trabajo, estudio y espacios al aire libre (Estrategia de Entornos Saludables); también brinda asesoramiento técnico para la instalación de gimnasios al aire libre y se realizan actividades de promoción para la utilización de transporte no motorizado y ciclovías. Como parte de este programa se publicó el Primer Manual Director de Actividad Física y Salud de la República Argentina, el cual contiene propuestas para la implementación de intervenciones del equipo de salud en el PNA, y se creó un DVD interactivo con un programa que brinda indicaciones a la medida del usuario para la realización de pausas activas durante la jornada de trabajo.

En octubre del año 2015 se sancionó la Ley Nacional de Lucha contra el sedentarismo N.º 27.197, que tiene como objeto promover la salud mediante la AF, con una mirada holística, en el marco de las políticas públicas sobre prevención y control de las ECNT y de todas aquellas otras que ayuden al bienestar total de la persona (Ley 27197, 2015).

Otra estrategia nacional que abordó esta problemática es el Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles (operativamente llamado Programa Proteger), que tiene particular importancia por contar con financiamiento internacional (préstamo BIRF n°8508) con transferencia de fondos condicionada al cumplimiento de

objetivos. Articulando con los gobiernos provinciales y, a través de este, con los municipales y/o comunales (MSN, 2017c).

También se conformó en 2018 el Consejo Nacional de Promoción de la Actividad Física que brinda asistencia técnica y funciona como espacio para abordar temas afines, compartir experiencias y consensuar estrategias a través de la participación de un referente de cada provincia.

Como parte del Plan Nacional ASÍ, presentado en 2019 para la prevención del sobrepeso y la obesidad, el PNLCS, participa de iniciativas que atraviesan transversalmente todos los componentes del Plan. En este marco, se incluyeron recomendaciones sobre AF en la Guía de Entornos Escolares Saludables y se elaboró un documento de consenso para desincentivar el apto físico como un requisito para que los niños, niñas y adolescentes realicen educación física en la escuela, dado que este no cuenta con evidencia de respaldo, ninguna institución científica internacional lo recomienda y en la práctica opera como una barrera para que realicen AF (MSyDSN, 2019c).

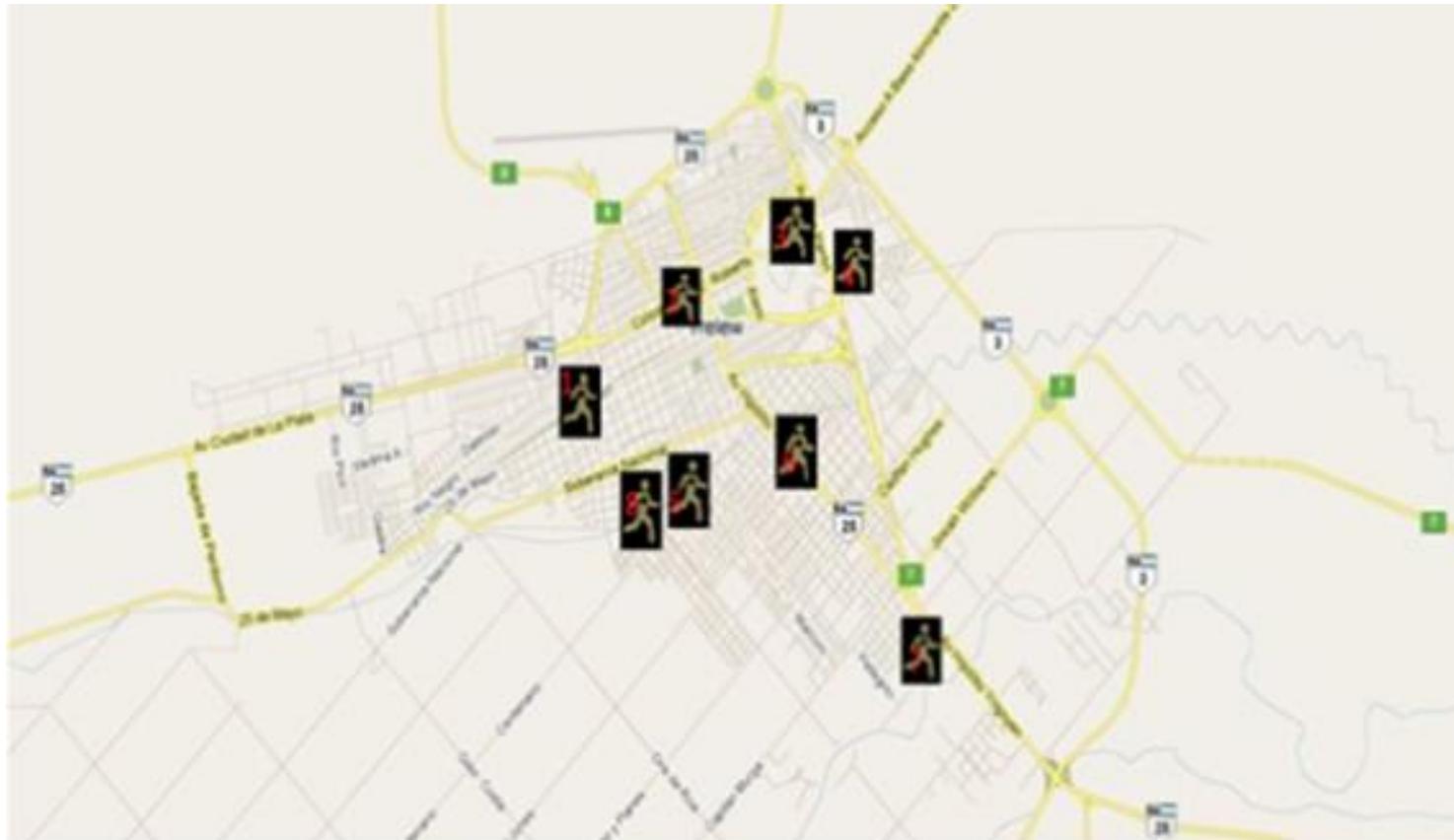
A nivel provincial, Chubut adhirió a la Ley nacional 27.197 en el año 2019 a través de la Ley provincial I N° 624; dando un marco normativo e instalando el tema en la agenda pública de la provincia (Ley I-624, 2019). Se implementaron los programas nacionales (PNLCS, PNMCS y Proteger) y también hubo iniciativas propias para abordar la problemática, como el programa “Salud en Marcha”, con foco en la promoción de hábitos saludables, detección de riesgo cardiovascular, y acciones masivas de promoción de la AF como principal actividad.

En el ámbito municipal, la ciudad de Trelew adhirió e implementó el programa Proteger durante el 2018, realizando acciones para cumplir el indicador que mide el porcentaje de población vulnerable que ve incrementada sus posibilidades de realizar actividad física en un municipio (MSN, 2017d).

Por otro lado, avanzó en el PNMCS con posibilidad de categorizar como Municipio Responsable, dada la realización de un Análisis de Situación de Salud (ASIS), la inauguraron de la Sala de Situación y la formulación de un proyecto de intervención en función de una priorización de problemas. Esto le daría a la ciudad de Trelew la posibilidad de acceder al financiamiento de una pista de salud, además del financiamiento del proyecto formulado (MSN, 2017b).

Al mismo tiempo, desde hace algunos años se vienen implementando iniciativas locales informales que tienen como objetivo la incorporación de AF para adultos y niños en algunos CAPS de la ciudad de Trelew. La propuesta consiste en desarrollar actividades físicas regulares, principalmente con población afectada por ECNT. Esta iniciativa consiste en un acuerdo informal de articulación de PNA con el municipio, mediante el cual este último provee profesores de educación física (EF) para desarrollar actividades en los CAPS. Desde el área externa del Hospital de Trelew, se negocia con el municipio año a año la concesión de dos profesores de EF que son remunerados a través de horas cátedra municipales para desarrollar una oferta de AF dentro de los CAPS que tienen capacidad edilicia para realizarlo (generalmente 2 o 3 de los 12 que existen en Trelew). La oferta consiste en clases de gimnasia gratuita, un mínimo de dos a tres veces por semana, en un turno o más, según disponibilidad del profesor, de las horas cátedras destinadas a tal fin y/o del espacio físico en que estas se desarrollan. Cabe aclarar que, si bien Ministerio de Salud provincial cuenta con 2 profesores de educación física en Trelew, estos están abocados a tareas únicamente en los dispositivos de salud mental.

Dentro de las iniciativas municipales, Trelew promueve la AF a través de la oferta de actividades predominantemente deportivas y mediante la creación de espacios públicos para la realización de AF tales como gimnasios municipales, senderos, skateparks y plazas (Figura 5). No obstante, resta establecer si las actividades ofertadas y los espacios son accesibles y demandados, logrando promover la AF en la población (Anexo 3) (García, 2018).



- 1 Gimnasio Municipal N°2
- 2 Gimnasio Municipal N°1
- 3 Gimnasio Municipal N°3
- 4 Pista de Salud "Laguna Chiquichano"

- 5 Pista Municipal de Atletismo
- 6 Natatorio Municipal
- 7 Bicisenda "Capitán Murga"
- 8 Skatepark – plaza "Alfredo García"

Figura 5: Mapa de georeferenciación de espacios públicos para realizar AF

Fuente: PMCS sala de situación Trelew 2017

## Descripción epidemiológica

A continuación, se describe información epidemiológica a nivel global, nacional y provincial en materia de ECNT y FR en la población adulta (mayor de 18 años), profundizando en los datos que dan cuenta de los niveles de inactividad física, tomando como base las diferentes ediciones de la ENFR.

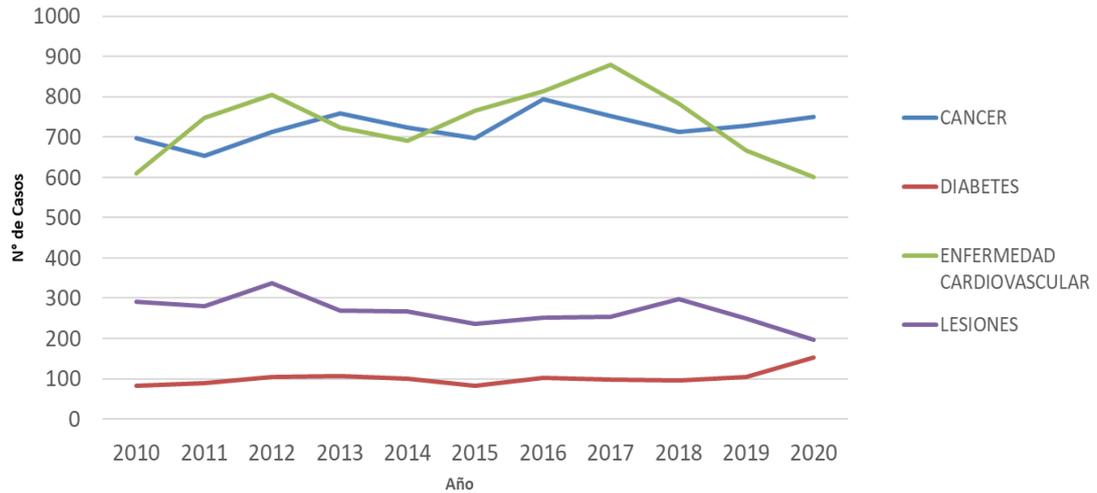
Las ECNT, incluyen las enfermedades cardio y cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, y las enfermedades respiratorias crónicas; estas junto a las lesiones de causa externa integran las denominadas Enfermedades No Transmisibles (ENT) que son una epidemia global y constituyen la principal amenaza para la salud humana siendo responsables del 71 % de las muertes que se producen en el mundo (OMS, 2018).

Las ECNT afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75 % (aproximadamente 32 millones) de las muertes por estas enfermedades, que perturban más fuertemente a los sectores en situación de mayor vulnerabilidad social y económica (OMS, 2018).

En Argentina, estas enfermedades son la principal causa de morbimortalidad, de años perdidos por muerte prematura y de años de vida ajustados por discapacidad, acompañando la tendencia mundial (MSyDSN, 2019b). Según datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, en 2015 la principal causa de muerte fueron las enfermedades del corazón (39,3 %), seguidas por los tumores (25,6 %) (MSN, 2017a).

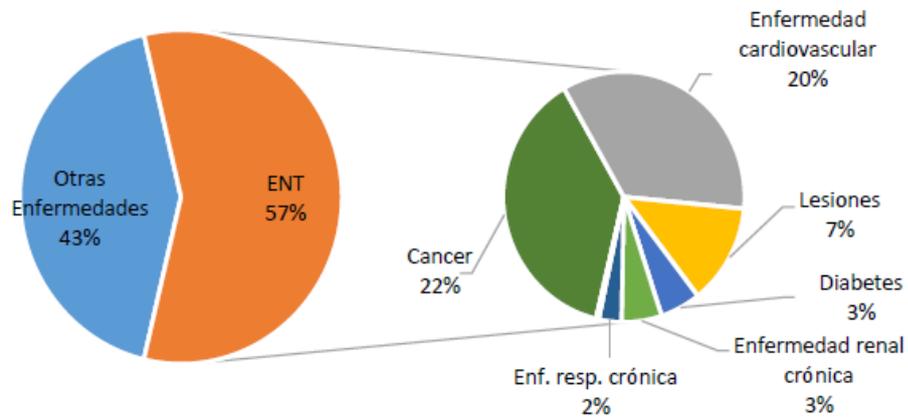
En Chubut, las causas de mortalidad no escapan a la tendencia mundial y nacional. Las enfermedades que causan la defunción con mayor frecuencia son cáncer y enfermedad cardiovascular, siendo esta última la primera causa entre el 2015 y el 2018 (figura 6). Según datos del año 2019 el 50% de las defunciones de la provincia corresponden a ECNT, ocupando el

primer lugar en frecuencia cáncer y enfermedad cardiovascular con el 22% y el 20% respectivamente (figura 7).



**Figura 6. Defunciones por ENT según causa y año. Chubut. Período 2010-2020**

Fuente: Estadísticas vitales. DEIS. Ministerio de Salud de Chubut



**Figura 7. Causas de muerte según tipo de enfermedad. Año 2019. Pcia. del Chubut.**

**N=3374.**

Fuente: DEIS. Ministerio de Salud de Chubut

Algunos FR para ECNT tienen que ver con estilos de vida como la alimentación inadecuada, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, y la inactividad física.

La inactividad física constituye uno de los FR más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial), sólo la superan la

hipertensión (13 %) y el consumo de tabaco (9 %), al mismo nivel que el exceso de glucosa en la sangre (6%), mientras que el sobrepeso y la obesidad representan el 5 % de la mortalidad mundial. Al menos un 60 % de la población mundial no realiza los niveles mínimos recomendados de AF (OMS, 2010a).

La prevalencia de estos y otros FR ha sido relevados en Argentina a través de las distintas ediciones de la ENFR, que forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH). Proporciona información válida, confiable y oportuna sobre FR, procesos de atención en el sistema de salud y las principales ECNT en la población argentina como hipertensión, diabetes, obesidad y otras (Tabla 1).

La cuarta edición se desarrolló entre septiembre y diciembre de 2018, en el marco de un plan de acción conjunto entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y las Direcciones Provinciales de Estadísticas (DPE). Fue realizada con anterioridad en los años 2005, 2009 y 2013. Todas las ediciones aportan información nacional y jurisdiccional (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [INDEC], 2019).

**Tabla 1. Tendencia según ENFR para Argentina y Chubut.**

**Prevalencias en porcentajes (%) de FR y patologías por Autorreporte**

ARGENTINA					CHUBUT				
Dimensión	2005	2009	2013	2018	Dimensión	2005	2009	2013	2018
Sobrepeso	34,4	35,4	37,1	36,3	Sobrepeso	36,1	34,6	36,6	38,1
Obesidad	14,6	18,0	20,8	25,4	Obesidad	16,3	21,9	24,8	26,7
Colesterol elevado	27,8	29,1	29,8	28,9	Colesterol elevado	27,5	27,6	28,1	21,2
Diabetes	8,4	9,6	9,8	12,7	Diabetes	9,4	11,9	9,9	12,4
Hipertensión Arterial	34,5	34,6	34,1	34,7	Hipertensión Arterial	29,9	34,4	32,4	30,4

Fuente: ENFR 2005-2009-2013-2018. Ministerio de Salud de la Nación

Según las distintas ediciones de la ENFR, en Argentina la **AF baja o inactividad física** representa uno de los FR más prevalentes para población mayor a 18 años (Tabla 2). En la última edición se evidenció que, a mayor edad, mayor AF baja; mientras los adultos jóvenes de 18 a 24 años tuvieron una prevalencia de AF baja de 33,5 %, los adultos de 65 años y más tuvieron una prevalencia de 56,7 % (MSyDSN, 2019a).

**Tabla 2. Tendencia según ENFR para Argentina y Chubut.**

**Prevalencias en porcentajes (%) de FR (conductuales) por Autorreporte**

ARGENTINA					CHUBUT				
Dimensión	2005	2009	2013	2018	Dimensión	2005	2009	2013	2018
Actividad física baja	46,2	54,9	55,1	44,2	Actividad física baja	47,2	62,5	50,2	34,3
Consumo de sal adicional	23,1	25,3	17,3	16,4	Consumo de sal adicional	29,8	24,6	17,7	13,4
Consumo de alcohol regular de riesgo	6,6	8,2	7,8	8,4	Consumo de alcohol regular de riesgo	10,2	6,3	6,4	8,7
Consumo de cigarrillos	29,7	27,1	25,1	22,2	Consumo de cigarrillos	35,4	29,4	26,1	23,4

Fuente: ENFR 2005-2009-2013-2018. Ministerio de Salud de la Nación

Las personas con primaria incompleta tuvieron una prevalencia de 58,3 % de AF baja, mientras que las personas con secundaria completa y más fue de 38,9 %. El gradiente descendente por nivel socioeconómico mostró que la prevalencia en el quintil 1° fue de 47,3 % mientras que en el quintil 5° fue de 37,8 %. No se observaron diferencias según cobertura de salud (MSyDSN, 2019a).

En cuanto a las barreras para la realización de AF, entre aquellos que presentaron bajo nivel de AF, se destacó como principal razón la falta de

tiempo (40,3 %), seguido de razones de salud (24,4 %) y falta de voluntad (14,5 %). Sólo el 6,4 % respondió que no realiza más AF porque ya realiza la cantidad que necesita (MSyDSN, 2019a).

En Chubut la AF baja también representa uno de los FR más prevalentes, aunque ha mostrado una tendencia descendente desde 2009 en adelante, y evidencia de una disminución importante en la última edición de la ENFR, menor que la media nacional y demás provincias de la Patagonia (Rio Negro 49,6 %, Santa Cruz 54,7 % y Tierra del Fuego 38,7 %), reviste importancia significativa el porcentaje de población afectada, superada sólo por el FR Sobrepeso (MSN/INDEC, 2015) (MSyDSN, 2019a).



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



#### IV. FORMULACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

A continuación, se fundamenta la situación problemática planteada y se analiza porqué es importante intervenir sobre ella, cómo operan los determinantes sociales vinculados al problema, porqué representa una desigualdad en salud, y cómo se constituye en un problema de gestión.

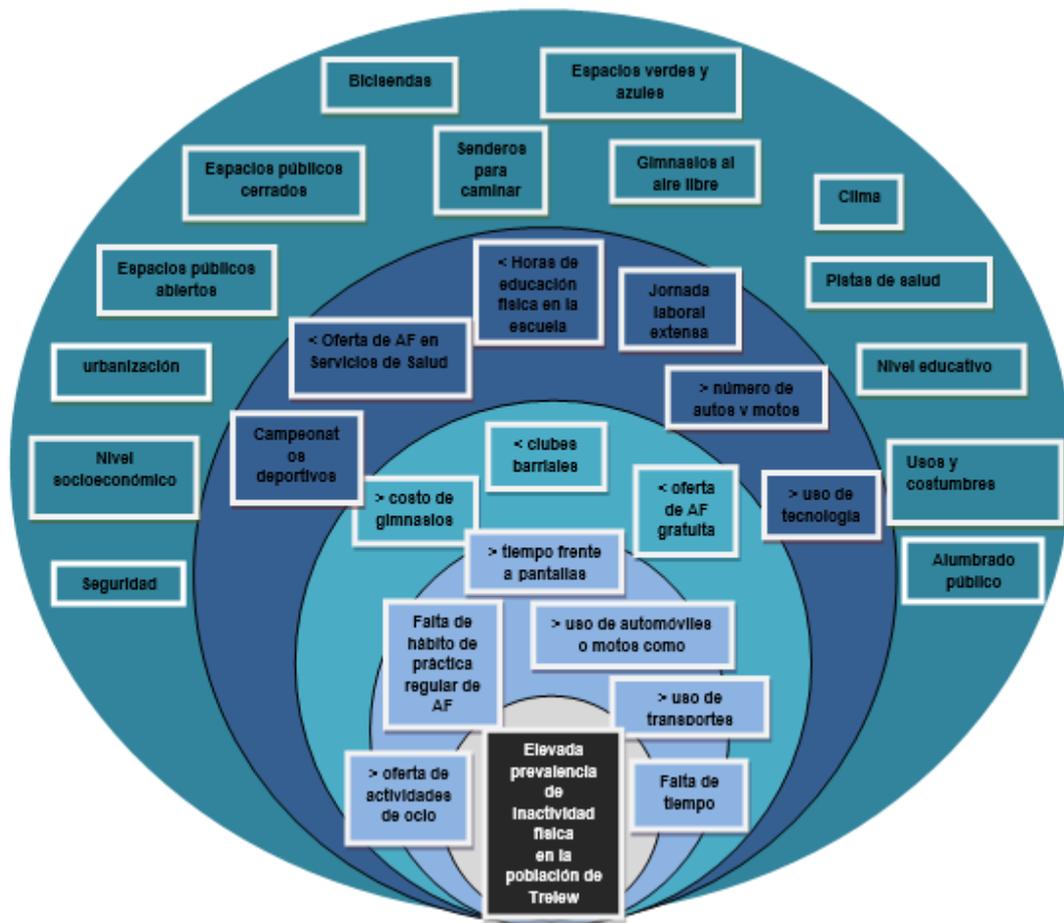
En función del análisis realizado hasta acá, queda en evidencia la necesidad de intervenir sobre las ECNT y sus FR, en consonancia y coherencia con los lineamientos de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles propuesta desde el MSN y la OMS/OPS, por ser las principales causas de morbi-mortalidad en la población adulta.

Aunque el escenario es desalentador, estas enfermedades son en gran medida prevenibles, comparten los mismos FR, algunos de los cuales responden a comportamientos conductuales personales y sociales adquiridos e influenciados por los entornos de vida sobre los cuales es factible intervenir (OMS, 2018).

Estos comportamientos representan los determinantes de la salud proximales que influyen en el plano individual y estilos de vida. En otro nivel de jerarquía teniendo en cuenta la realidad donde operan, se encuentran los determinantes intermedios relacionados a los recursos comunitarios, recursos materiales, servicios de salud, empleo y educación; y los distales relacionados a cuestiones socioeconómicas, culturales, políticas de estado y ambiente.

Los cambios en los estilos de vida se ven afectados por otros determinantes de la salud que interoperan; factores tales como la urbanización, el progreso tecnológico, el desarrollo socioeconómico, el sostenido incremento del parque automotor y moto vehicular, la prolongación de la jornada laboral, la utilización de computadoras en el lugar de trabajo y la aparición de tecnologías que produjeron nuevas formas de recreación y entretenimiento. Estos cambios se traducen en entornos y comportamientos insalubres como la ausencia de AF durante el tiempo de ocio y la mayor tendencia a

comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. A esto se le suma las escasas políticas de estado de bienestar en pos de la promoción de la AF que configuran los determinantes distales o estructurales (OMS, 2010a) (Figura 8).



**Figura 8. Análisis de los determinantes sociales de la salud que influyen sobre la problemática de alta prevalencia de Inactividad Física.**

Fuente: elaboración propia.

En la actualidad, más de un tercio de la población de Chubut tiene niveles bajos de AF; del análisis de las cuatro ediciones de las ENFR, resulta notoria la elevada prevalencia de este FR y las brechas en los niveles de AF con relación a la edad, sexo, nivel educativo y nivel socioeconómico, evidenciándose mayor AF baja en las mujeres, los adultos mayores y los grupos en mayor situación de vulnerabilidad social, los grupos

desfavorecidos y las personas pobres, las personas con discapacidad o enfermedades crónicas, y las pertenecientes a comunidades rurales, tienen menos facilidades de acceso a espacios y lugares seguros, accesibles, asequibles y adecuados para realizar AF lo que constituye una importante desigualdad en salud (OMS, 2017).

La falta de tiempo para realizar AF y la falta de apoyo social de familiares o amigos, son factores que pueden favorecer el no inicio o abandono de esa práctica. La inseguridad es otro factor que coarta el ejercicio, principalmente en las mujeres, mientras que la percepción de instalaciones adecuadas seguras influye en la adopción y adherencia a la práctica de AF (Calaza Martínez, 2016).

Es importante remarcar que, si bien los datos obtenidos de las ENFR son datos provinciales y no representan datos específicamente de la ciudad de Trelew, se puede inferir una realidad similar a la provincial en esta localidad, ya que incluyeron muestras representativas de localidades urbanas de la provincia, de similares características, incluida la propia ciudad de Trelew.

En el análisis realizado en el ASIS y Sala de Situación de la ciudad de Trelew en el marco del PNMCS, se observa que los espacios públicos para realizar AF se encuentran ubicados mayormente en zonas semicéntricas y céntricas de la ciudad, por lo que ampliar la oferta de AF en los CAPS resulta estratégico por su ubicación geográfica ya que dará mayores posibilidades de acceso para realizar AF a la población de zonas periféricas y con mayor vulnerabilidad social en este municipio.

Teniendo en cuenta que los programas y lineamientos de la DPPYPS (área desde donde se propone la intervención) se articulan con los efectores del PNA, el grado de gobernabilidad será mayor. También, contar con recursos financieros de programas de transferencia de fondos y acotar la intervención a una localidad dará mayor viabilidad (Laplacette, 2007), sumado al hecho de que, desde hace algunos años, ya existe una experiencia implementada de manera informal y no sistematizada con oferta de AF en el PNA, sienta un antecedente que establece una base para comenzar. Si bien la intervención,

tal como se viene desarrollando, tiene limitaciones y obstáculos a la hora de su implementación.

La principal dificultad está dada por el hecho de que se realice mediante un acuerdo informal, lo cual pone en riesgo su continuidad año a año y depende del decisor del momento. Otra limitación son los recursos humanos (RRHH) que son escasos, dependen del municipio y están disponibles de marzo a diciembre, esto hace que las actividades sean discontinuas y que el cumplimiento o no de estas no sólo dependa de salud. Los espacios físicos cerrados adecuados, con dimensiones amplias y recursos materiales acordes en los CAPS también son limitados; debido al escaso RRHH y espacios físicos, la intervención puede implementarse sólo en un 15 a 20% de los CAPS de la ciudad. Es una actividad aislada, no sistematizada, de la que se desconoce el impacto, no cuenta con planificación, carece de una visión integral y difusión.

En cuanto a las estrategias vigentes, a pesar de contar con normativas e iniciativas progresistas, aún existe una brecha en la implementación. Las estrategias de promoción de la AF parecieran ser insuficientes y demuestran tener escasa articulación entre los niveles nacional, provincial y municipal como también con un débil nivel de intersectorialidad; un desconocimiento del impacto y efectividad de la implementación en territorio por falta de evaluación (los programas nacionales en ocasiones no responden a las realidades locales y requerirían de adaptaciones); además de insuficiente participación comunitaria; siendo un grave problema de gestión la desvalorización de la importancia que tiene la promoción de la AF como herramienta de promoción de la salud y prevención de ECNT.

Por otro lado, la oferta institucional se diseña sin tener en cuenta la demanda (la cantidad de personal no es suficiente para las demandas de la población y contexto epidemiológico ya expuesto), el recurso es escaso, sumado a la emergencia económica que vive la provincia hace más de tres años, lo que postula a la intersectorialidad como una solución lógica a este conflicto.

La respuesta que viene dando el sector salud a la problemática de la baja AF es escasa, de baja cobertura y de difícil acceso para la población, sin estrategias de comunicación, difusión y capacitación orientadas al tema.

Resulta de importancia contar con nuevas propuestas sistematizadas de promoción de la salud en materia de AF, que permitan evaluar el impacto de las intervenciones, conocer su eficacia y eficiencia para determinar su utilidad, y así convertirla en una estrategia de implementación provincial, ya que la promoción de AF, ha demostrado ser una de las intervenciones más costo-efectivas, por su muy bajo costo (en muchas ocasiones gratuita), equitativa, y con beneficios para la salud general (OMS, 2014a).

## V. MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se desarrolla el marco conceptual que sustenta la elaboración del presente trabajo. Para ello, se seleccionan conceptos en torno a la definición del problema y la propuesta de intervención.

En primer lugar, se conceptualizará el impacto de las ECNT en la sociedad que da sustento a la necesidad de intervenir. Luego el concepto de prevención y los modelos de atención de las ECNT en que se basará la intervención; continuando con modelos de determinación social de la salud, la conceptualización de estilos de vida, el análisis del concepto promoción de la salud, estrategia de APS e intersectorialidad.

Finalizando, se abordarán la definición de AF, las recomendaciones de organismos internacionales y los diferentes enfoques y perspectivas desde las cuales analizar las intervenciones de promoción de la AF. Por último, se presenta un recorrido sobre algunas experiencias exitosas en materia de promoción de la AF realizadas en grandes ciudades de Latinoamérica que permiten identificar aquellos elementos necesarios para proponer intervenciones.

### La carga de las ECNT

Las ECNT son la principal causa de muerte prematura en el mundo. Cada año, 41 millones de personas mueren por ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, cáncer, neumopatías crónicas, diabetes o trastornos mentales. Eso supone más del 70% de las muertes en todo el mundo, además de generar consecuencias devastadoras para la economía de los países (OMS, 2020).

Las ECNT comparten importantes FR comportamentales modificables, como el consumo de tabaco, una dieta insana, la falta de AF y el uso nocivo del alcohol, que a su vez causan sobrepeso y obesidad, aumento de la tensión arterial y del colesterol y, finalmente, la enfermedad.

Estas enfermedades siguen planteando un importante desafío a la salud pública en todos los países, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, en los que se registran tres cuartas partes de las muertes por esas enfermedades (OMS, 2020).

Las causas de las ECNT y sus FR están determinadas, en gran medida, por el entorno social, físico y económico. El impacto que producen en la vida de las personas, su bienestar y en su capacidad para trabajar plantea importantes retos para la economía, los sistemas de salud y otros sectores de la sociedad.

Por esa razón, estas enfermedades requieren que todos los sectores, intervengan sobre los determinantes sociales. Sectores como educación, agricultura y ganadería, comercio, planificación urbana y transporte, entre otros, desempeñan una función muy importante en establecer entornos y alternativas saludables (OPS, 2011a).

Gobiernos, comunidades e industrias privadas entre otros, son afectados por los costos elevados producidos por la muerte o discapacidad prematura causada por las ECNT, así como también por los gastos derivados de sus tratamientos.

Según el informe anual sobre riesgos del Foro Económico Mundial, decisores y líderes empresariales de todo el mundo consideran que las ECNT representan un riesgo importante de pérdidas económicas, colocándolas junto a otros riesgos graves como la inversión insuficiente en infraestructura, las crisis fiscales y el desempleo (Foro Económico Mundial [FEM], 2010).

Se calculó que la pérdida acumulativa del PIB de cuatro países de la región (Argentina, Brasil, Colombia y México) causada por las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes fue, para el período 2006–2015, de 13.540 millones de dólares (Abegunde, Mathers, Adam, Ortegon y Strong; 2007).

En Brasil, cuya economía ocupa el segundo lugar en América después de los Estados Unidos, se calculó en 72.000 millones de dólares el costo del tratamiento y la pérdida de productividad causados por cinco ECNT (la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón) (Banco Mundial, 2005). En Estados Unidos de América, el 75% de los costos en salud están relacionados a las ECNT (Chapelet, y Torres Morales. s.f).

Un artículo elaborado por UNICEF para la Reunión anual del foro económico mundial 2020 menciona las importantes consecuencias a nivel financiero y social que tiene la obesidad (una de las ECNT más prevalentes), que afecta a millones de personas y desafía los sistemas y presupuestos de salud. Su impacto económico estimado es de 2 billones de dólares (2,8 por ciento del PIB mundial), lo que equivale aproximadamente a los costos económicos del tabaquismo o de los conflictos armados (FEM, 2020).

Aunque las ECNT tradicionalmente han sido denominadas “enfermedades de la abundancia”, afectan a todos los países de la Región de las Américas. En los países de bajos y medianos ingresos (PIMB), son responsables de aproximadamente el 70% de las defunciones. Las ECNT pueden causar el empobrecimiento de los hogares como consecuencia del costo de los tratamientos o de la pérdida de los salarios aportados por los miembros de la familia que sufren discapacidad o mueren prematuramente. Además, los más pobres son los que están más expuestos a los FR.

Las ECNT afectan a todos los grupos socioeconómicos, edades y sexos; una tercera parte de las muertes por ECNT en la Región se producen en personas menores de 70 años, lo cual podría representar una franja de población económicamente activa, con las consecuencias económicas negativas y la disminución de la productividad que esto constituye (OPS, 2011a).

En el caso de las mujeres, además de padecer estas enfermedades, a menudo acarrear la carga adicional de ser las principales proveedoras de

cuidados al enfermo (muchas veces sin recibir a cambio una compensación económica) constituyendo una desigualdad de género.

Las ECNT afectan también a los jóvenes. Cada vez más niños, niñas y adolescentes padecen sobrepeso u obesidad, viéndose afectada su salud y su capacidad de sociabilizar, aprender y prosperar en su entorno escolar al ser objeto de discriminación y aislamiento social que, a su vez, pueden conducir a la depresión y otros trastornos. (Schwartz y Puhl, 2003).

En cuanto a los costos asociados específicamente con la inactividad física como FR de ECNT, se estima que, a nivel mundial, la inactividad física costó INT\$ 54.000 millones<sup>1</sup> en atención directa de salud en el 2013, de los cuales el 57 % recae en el sector público y unos INT\$ 14.000 millones adicionales se atribuyen a la pérdida de productividad (OPS, 2019).

Las estimaciones tanto de los países de ingresos altos como de los PIMB indican que entre el 1 % y el 3 % del gasto nacional en atención de salud es atribuible a la inactividad física (OPS, 2019).

En tal sentido, en Brasil, entre los años 2001 y 2002, esos gastos fueron calculados en aproximadamente 37 millones de dólares (MSN, 2013a). Datos brindados por el Banco Mundial, sobre el impacto económico de un programa de promoción de la AF en dicho país (Agita São Paulo), indican que el programa significó un ahorro de 310 millones de dólares (Banco Mundial, 2005).

La OMS calcula que por cada dólar invertido en las mejores inversiones para prevenir las ECNT se obtendrá un rendimiento de, al menos, siete dólares. Si se aplican a nivel mundial, las mejores inversiones salvarán 10 millones de vidas para 2025 y evitarán 17 millones de accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos para 2030 (OMS, 2020).

---

<sup>1</sup> INT\$ refiere al dólar internacional. Es una unidad monetaria hipotética que tiene el mismo poder adquisitivo que el dólar estadounidense tiene en los Estados Unidos en un momento dado en el tiempo. Esta unidad muestra cuánto vale una unidad de una moneda local dentro de las fronteras del país. El dólar internacional se usa principalmente para realizar comparaciones tanto entre diferentes países como a lo largo del tiempo.

## Prevención y modelos de atención de las ECNT

Según la OMS (1998, p. 13), debe considerarse prevención a todas “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

La modalidad de uso más extendido para clasificar estas medidas consta según Vignolo, Vacarezza, Álvarez, y Sosa (2011) de tres niveles. Como primer nivel define a la *prevención primaria*; como las estrategias dirigidas a disminuir la incidencia de la enfermedad por medio del control de los factores que predisponen o causan la misma. En este nivel se busca la protección del individuo o la población antes de adquirir el problema de salud.

El segundo nivel, denominado *prevención secundaria*, tiene como objetivos el diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas) y el tratamiento oportuno; estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (pruebas de screening) (Vignolo et al., 2011).

Por último, el tercer nivel o *prevención terciaria*, refiere a prácticas frente a enfermedades crónicas o no reversibles cuyo objetivo es evitar recidivas y complicaciones para minimizar la morbilidad y prolongar la sobrevivencia del individuo enfermo. Se busca minimizar los sufrimientos causados al perder la salud, facilitar la adaptación de los pacientes a problemas crónicos y contribuir a prevenir o disminuir al máximo las recidivas de la enfermedad; así como también mejorar la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas (Vignolo et al., 2011).

Esta definición de prevención y sus diferentes niveles aplica para todo tipo de enfermedades incluidas las ECNT. Dada la alta prevalencia de las condiciones crónicas y el fracaso de los sistemas fragmentados para prevenirlas y atenderlas, se han desarrollado diversos modelos de atención a las mismas.

En el sector salud, la atención de las ECNT, han implicado un cambio de paradigma y de modelo de atención. De un modelo reactivo centrado en la enfermedad, médico hegemónico y enfocado en el problema agudo, hacia un modelo proactivo, centrado en las personas y su contexto. En virtud de esto, es que, como parte de la Estrategia Nacional de Prevención de las ECNT se ha promovido la reorientación de los servicios de salud hacia este último modelo de atención.

El modelo médico hegemónico (MMH), al que se hacía referencia en el párrafo anterior, se define como aquel que se concentra en el saber médico-científico, que se identifica como la única forma de atender la enfermedad y se enfoca en ella. Menéndez (1992, p.108) lo define como:

un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Menéndez (2003, p.194) también refiere que

las principales características del MMH son el biologismo, la a-sociabilidad, la a-historicidad, el a-culturalismo, el individualismo, la eficacia pragmática, la orientación curativa, una relación médico/paciente asimétrica y subordinada, la exclusión del saber del paciente, la profesionalización formalizada, la identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, una tendencia a la medicalización de los problemas, y una tendencia a la escisión entre teoría y práctica.

Por el contrario, el modelo de atención de procesos crónicos propone un enfoque centrado en las personas. Su implementación permite generar interacciones productivas entre un equipo de salud proactivo, adecuadamente capacitado, y pacientes activos, informados e involucrados

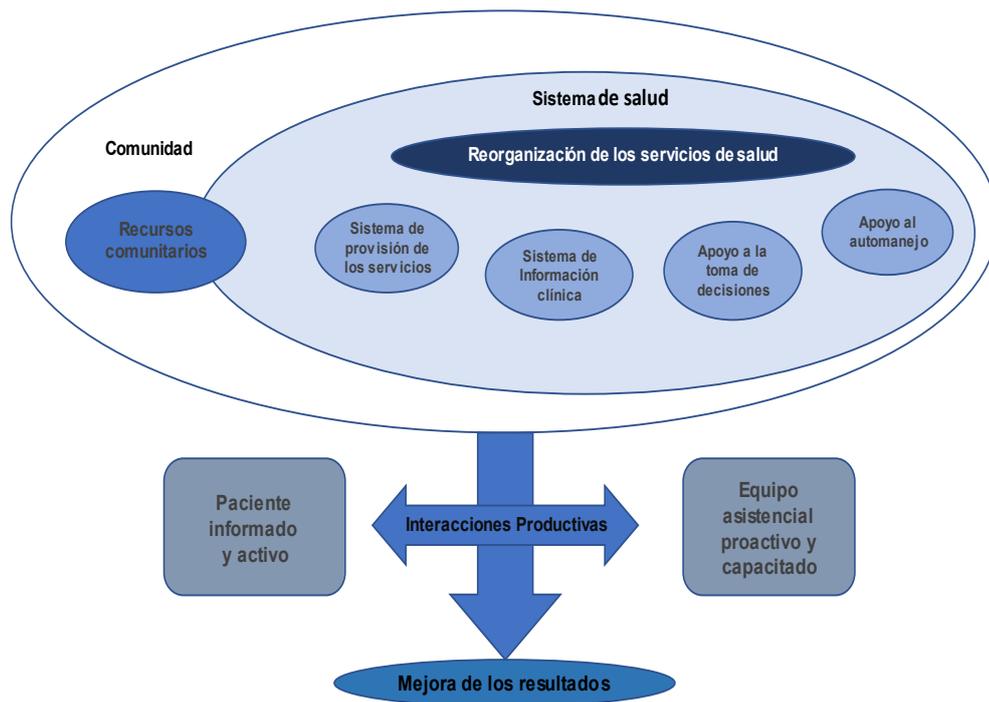
con los cuidados que requiere la atención de su enfermedad. Este modo de abordaje integral e integrado deviene en mejoras en los resultados en salud. (Laspiur, 2016)

El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC) propuesto como parte de la Estrategia Nacional de Prevención de ECNT se compone de dos grandes campos: el sistema de atención de salud y la comunidad. En el primero (sistema de atención de salud), los cambios deben realizarse en *la organización de la atención de salud, el diseño del sistema de prestación de servicios, el apoyo a las decisiones, los sistemas de información clínica y el apoyo al autocuidado*<sup>2</sup>; mientras que en segundo campo (la comunidad), los cambios están centrados en la *articulación de los servicios de salud con los recursos de la comunidad*. Este campo se compone de seis elementos que se interrelacionan de tal manera que pueden formar usuarios informados y activos, y un equipo de salud preparado y proactivo para producir mejores resultados sanitarios y funcionales para la población (figura 9).

Este modelo implica cambios en la organización de los efectores de salud en lo que respecta a la microgestión; aspectos como la administración de turnos, captación activa de pacientes, capacitación de los profesionales, incorporación de profesionales de diversas especialidades a los equipos de salud y mejora en los sistemas de referencia y contrareferencia son algunos de ellos. En relación con la meso y macro gestión, este modelo pondera la promoción de la salud como estrategia para el fomento de modos de vida y entornos saludables, y la prevención de las enfermedades en estadios tempranos (detección precoz).

---

<sup>2</sup> Por autocuidado se pueden entender las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer aspectos de salud positiva. (Menéndez, 2003)



**Figura 9. Componentes del Modelo MAPEC**

Fuente: Diseño modificado del gráfico de Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, SalivarasS. (2003) citado en Organización Panamericana de la Salud (2012).

Los cambios en el proceso de atención y las innovaciones en la atención de las ECNT tienen gran importancia en el PNA, sobre todo pensando en un primer nivel con enfoque de APS integral, en donde las unidades de salud son un espacio privilegiado de actuación para la prevención de las ECNT.

La promoción de la AF es fundamental para la prevención primaria, secundaria y terciaria de las ECNT, por ello es importante incorporarla como estrategia de cambio en los procesos de atención a nivel de la micro gestión, teniendo en cuenta que el autocuidado es parte fundamental de este modelo.

### Modelos de determinación social de la salud

Existen diversos modelos de determinación social de la salud. El modelo de Dahlgren y Whitehead (figura 10) define el concepto de factores determinantes sociales de la salud como las condiciones en las que viven o

trabajan las personas o las características sociales en que transcurre su vida (OMS, 2010b).

La importancia de los factores sociales determinantes radica en su repercusión directa en la salud, ya que permiten predecir la variación del estado de salud, que corresponde a la inequidad sanitaria (OPS, 2014).



**Figura 10 - Modelo de determinación social de Dahlgren y Whitehead**

Fuente: OPS, 2014

Este modelo incluye los factores determinantes sociales de la salud dispuestos en capas concéntricas, desde una capa más cercana a los factores determinantes individuales hasta una distal, correspondiente a los macro determinantes. El modelo hace hincapié en las interacciones; los estilos de vida individuales son parte de las redes sociales, comunitarias y las condiciones de vida y de trabajo e interaccionan con el ambiente más amplio de naturaleza económica, cultural y ambiental (OPS, 2014).

La Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de Brasil recomienda que, para que las intervenciones en los diversos niveles de determinación sean viables, eficaces y sostenibles, deben fundamentarse en la intersectorialidad, la participación social y la evidencia científica (Comisión Nacional de Determinantes Sociales de la Salud, 2008).

El Observatorio Europeo de Sistemas de Salud propuso otro modelo (figura 11); una matriz para poner en marcha intervenciones de prevención de las condiciones de salud que articula tres componentes: los espacios de intervención, los FR constituidos por los determinantes sociales proximales de la salud y los grupos poblacionales (Figueras, McKee, Lessof, Duran, Menabde, 2008).

Los FR se definen como características o atributos que aumentan la posibilidad de tener una determinada condición de salud. Pueden ser no modificables o modificables/comportamentales. Entre los primeros están el sexo, la edad y la herencia genética y, entre los últimos, el tabaquismo, la alimentación inadecuada, la inactividad física, el consumo excesivo de alcohol, entre otros (OMS, 2005).

Las intervenciones preventivas sobre los FR pueden llevarse a cabo con base en la población, la comunidad o los individuos, o una combinación de ellos y, en todos los casos, deben realizarse mediante procesos de estratificación de riesgos y en los ámbitos macro, meso o micro sociales (OMS, 2002).



**Figura 11 - Matriz de la prevención de las condiciones de salud**

Fuente: Figueras, McKee, Lessof, Duran, Menabde, 2008.

Está ampliamente demostrado que los comportamientos y estilos de vida son factores determinantes sociales importantes de las condiciones crónicas (OPS, 2014).

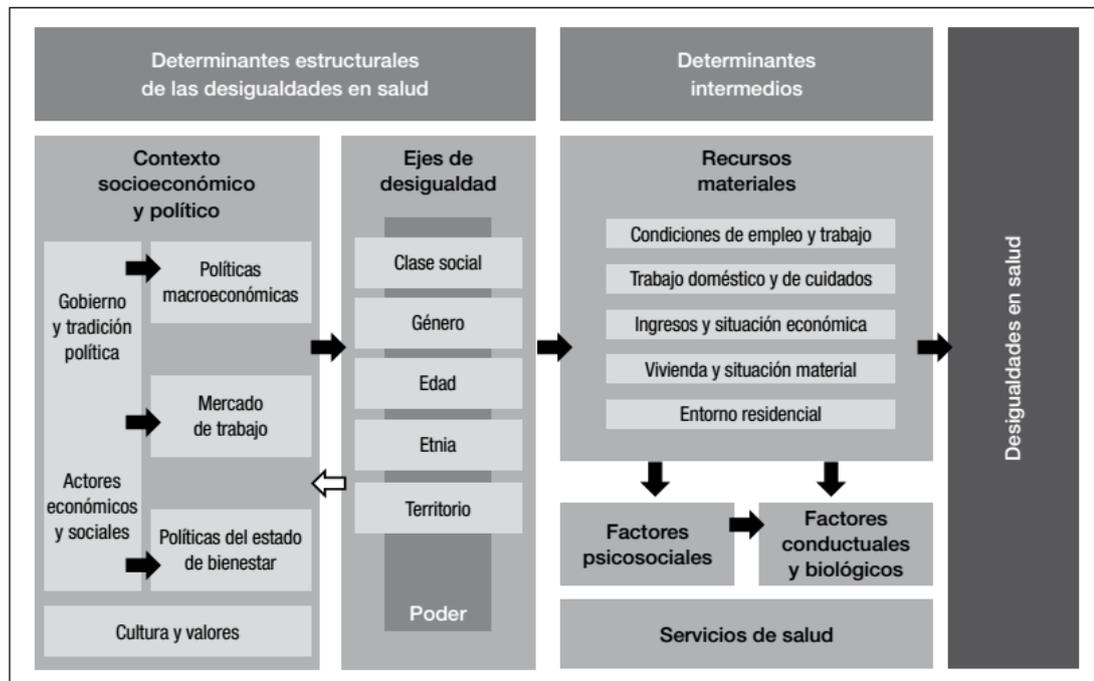
Según el Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 de la OMS, habría que poner en práctica inmediatamente ciertas acciones poblacionales que son más costo-efectivas y que disminuyen la carga de enfermedades y los costos (OMS, 2011).

En función del análisis hasta aquí realizado queda en evidencia que las ECNT y sus FR no sólo dependen de conductas individuales, sino de cuestiones del entorno de las personas que no son decisión individual sino modos de vida colectivos, por lo que el abordaje que tiene en cuenta la vulnerabilidad pone en relieve la susceptibilidad como un atributo colectivo. Podríamos decir que el individuo elige, pero dentro de un espectro de posibilidades delimitado por un contexto social, cultural y económico compartido (Herrmann, 2012).

Por su parte, la epidemiología social investiga de manera explícita los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos (Krieger, 2002). Por lo tanto, la epidemiología social pretende conocer cómo los factores sociales afectan a la salud de la población (Benach, 2005).

La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España adaptó un modelo teórico para explicitar las causas o factores determinantes de las desigualdades en salud (Figura 12), que sirvió de base para la elaboración de sus Recomendaciones de Estrategias para Reducir las Desigualdades en Salud. El modelo distingue entre determinantes estructurales e intermedios de las desigualdades en salud. Entre los determinantes estructurales se encuentra el contexto socioeconómico y político, que se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estratificación social, la distribución de poder y de recursos dentro de ella y los determinantes intermedios incluyen a los servicios de salud y por otro

lado a un conjunto de recursos materiales que influyen sobre factores conductuales, bilógicos y psicológicos (Borell, 2014).



**Figura 12. Determinantes de las desigualdades sociales en salud. Modelo propuesto por la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España.**

Fuente: Borell, 2014.

### Estilos de Vida

Los estilos de vida han sido estudiados por diversas disciplinas como la sociología, la antropología y la epidemiología, dando origen del término y los mayores aportes del desarrollo conceptual desde el campo de las ciencias socioculturales, para las que los estilos de vida son patrones de comportamiento grupales sobre los que la estructura social ejerce una influencia considerable (Álvarez 2012).

Menéndez (1998) postula que en sus orígenes el término fue aplicado por las ciencias sociohistóricas al análisis sobre los comportamientos sociales y culturales de diversos grupos, incluyendo clases sociales y grupos nacionales, los cuales hacen referencia a contextos de orden macrosocial.

En el campo de la epidemiología y la salud pública, según Menéndez (1998), la corriente epidemiológica más anclada en la biomedicina empezó a usar el

término estilos de vida y salud desde las décadas de los 50´ y 60´, para referirse casi exclusivamente a comportamientos de índole individual que están vinculados con las enfermedades crónicas, y tiempo después con las violencias y las adicciones. Esta perspectiva biomédica tiende a sojuzgar explícita o implícitamente sobre la idea de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales (Menéndez,1998).

Menéndez (1998) postula convergencias en relación con la antropología médica y la epidemiología, señalando que ambas reconocen que las condiciones de vida tienen relación con la causa, desarrollo, control o solución de los problemas de salud.

Max Weber planteó la discusión sobre estilos de vida vinculados al estatus social. Para este autor, el estatus, el prestigio y el poder son determinantes de la posición social. Las personas con determinada clase social comparten circunstancias materiales y estilos de vida similares.

Weber también hizo la distinción en cuanto a que los estilos de vida no se basan en lo que la persona produce, sino en lo que usa o consume; por lo tanto, los estilos de vida no están basados en la relación con los medios de producción sino con los de consumo (Álvarez, 2012).

A diferencia de Weber, Karl Marx estableció que, la posición de una persona en la estructura de clases resulta estrictamente de la cantidad de bienes sociales sobre los que tiene control. Es decir que la posición social de una persona es determinada exclusivamente por su grado de acceso a los medios de producción (Álvarez, 2012).

También en el campo de la sociología una contribución significativa al estudio de los estilos de vida fue realizada por Bourdieu, quien analizó los hábitos alimentarios y las preferencias deportivas a las que denominó *habitus*, definidos como un set de disposiciones durables para actuar de maneras específicas; un esquema mental o marco organizado de percepciones que predisponen al individuo a seguir una línea particular de comportamiento. Estas percepciones se desarrollan, moldean y mantienen

en la memoria a través de la socialización, la experiencia, y la realidad de las circunstancias de clase de la persona (Cockerham, 2009).

En el campo de la sociología médica, Cockerham (2014) propuso una teoría para el estudio de los estilos de vida en salud que parte de la necesidad de establecer una convergencia entre la *agencia*, conceptualizada como el espacio de acción y de decisión que tienen los individuos sobre sus estilos de vida; y la *estructura*.

Este autor toma como fundamento las teorías de Weber y Bourdieu, y establece que los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen las personas y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el entorno en que se desarrollan. Esta propuesta establece una relación dialéctica entre las opciones de vida (life choices) y las oportunidades de vida (life chances), que originalmente fueron propuesta por Weber en su teoría sobre estilos de vida (Cockerham, 2014).

Las oportunidades de vida (life chances) son generadas por elementos estructurales como las circunstancias de clase, las colectividades, la edad, el género, la etnia y las condiciones de vida. Por su parte, la agencia, en tanto se trata de las opciones de vida (life choices), está condicionada por la socialización y la experiencia de los individuos (Cockerham, 2005).

Actualmente se puede observar una transición de la óptica desde la cual se analizan los estilos de vida, virando paulatinamente desde la perspectiva individual, que asume a los estilos de vida como una decisión racional que compete exclusivamente al ámbito personal; hacia una perspectiva que indaga por las condiciones materiales, sociales y culturales que favorecen la adopción de los comportamientos. Se podría decir que hay una mirada un poco más contextual o “estructural” de los estilos de vida, aunque ambas perspectivas conviven y se ven reflejadas en diversas intervenciones.

## Promoción de la salud y estrategia de APS

El concepto de promoción de la salud ya había comenzado a perfilarse en 1974 a raíz del informe “A new perspective on the health of Canadians” publicado en Canadá. Este informe representa uno de los primeros intentos de modificar la planificación, tradicionalmente dirigida a los servicios de atención sanitaria, en favor de la planificación para lograr una población y un medioambiente sanos.

En noviembre de 1986, la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública organizaron la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en la que se reunieron 212 delegados de 38 países en Ottawa (Ontario, Canadá). Allí se coordinaron esfuerzos para definir claramente los objetivos futuros y reforzar el compromiso individual y colectivo con la meta de “Salud Para Todos en el año 2000”. Se tomó como base el avance conseguido mediante la Declaración sobre la Atención Primaria de Salud en Alma-Ata<sup>3</sup>, el documento Objetivos de Salud Para Todos de la OMS y el debate en la Asamblea Mundial de la Salud sobre la acción intersectorial a favor de la salud (Duncan y Maceiras, 2001).

En noviembre de 2016 tuvo lugar en Shanghái (China) la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, organizada conjuntamente por el Gobierno de China y la OMS. De la reunión se obtuvo la Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud.

La Declaración de Shangai reconoce que la salud y el bienestar son fundamentales para el desarrollo sostenible:

Reafirmamos que la salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) establecen el deber de

---

<sup>3</sup> La 1ª Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, se celebró del 6 al 12 de septiembre en la ciudad de Alma-Ata, antigua URSS, en 1978.

invertir en la salud, de garantizar la cobertura sanitaria universal y de reducir las desigualdades sanitarias entre las personas de todas las edades. (OMS y CSFCH, 2016, p.2)

El concepto de Promoción de la Salud, plasmado en 1986 en la Carta de Ottawa, surgió como respuesta a la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los diversos problemas de salud que exigían solución en el mundo (OMS, Salud y Bienestar Social Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública, 1986); y se define como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren.

La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario y va más allá de los estilos de vida, por lo que exige una acción coordinada por parte de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios, otros sectores sociales y económicos, organizaciones no gubernamentales y de voluntariado, autoridades locales, industria y medios de comunicación. Están implicadas las personas de todos los ámbitos, como individuos, familias y comunidades (Duncan y Maceiras, 2001).

La promoción de la salud ha sido considerada una Función Esencial de Salud Pública (FESP). Las FESP son un conjunto de acciones que deben ser realizadas con fines concretos, con identidad operativa definida y necesaria para lograr el principal objetivo de la Salud Pública, que es mejorar la salud de las poblaciones (OPS, 2017).

Las acciones a realizar para esta FESP implican fomentar los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud; fortalecer las alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción; evaluar el impacto en la salud de las políticas públicas; desarrollar acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables; y por último reorganizar los

servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud (OPS, 2017).

Según la OMS, la promoción de la salud permite que las personas tengan mayor autonomía de su propia salud. Implica una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a proteger la salud y la calidad de vida mediante la prevención, sin centrarse únicamente en el tratamiento y la curación.

La promoción de la salud tiene tres componentes esenciales: buena *gobernanza sanitaria*, esto implica que los formuladores de políticas deben tener en cuenta la salud en todas políticas, respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública; *educación sanitaria* a la población para empoderar a las personas con conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables; y *liderazgo y compromiso en el ámbito municipal* para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades que promuevan ciudades saludables (OMS, 2016).

Por otra parte, la ya mencionada Conferencia Internacional celebrada en Alma Ata en 1978, dio estatus prioritario a la Atención Primaria de la Salud (APS), quedando reconocida en el campo de la salud pública (Sonis, Bello y De Lellis, 2010). Allí quedó establecido que, para llevar a cabo la Política de Salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la OMS, en 1977, denominada “Salud para todos en el año 2000” era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia definida como APS, no se debe confundir con el primer nivel de atención o puerta de entrada al sistema de salud o con los servicios básicos de salud según definieron Kroeger y Luna (citado en Sonis, Bello y De Lellis, 2010).

La propuesta de Alma-Ata, entendía la APS como una atención de salud basada en métodos y tecnologías apropiadas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, costo-efectivas, siendo el primer componente de un proceso continuo de atención a la salud, con acceso garantizado a todos los

individuos y familias en la comunidad a través de su comprometida participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Burrstyn et al.,2010).

La estrategia de APS propone un modelo de atención “integral” que incluye las actividades de medicina curativa, de prevención y promoción sanitaria. El mismo equipo es responsable del conjunto de estas actividades en una zona determinada, a la inversa de lo que ocurre en el enfoque “vertical” de los problemas de salud de los equipos especializados (Sonis, Bello y De Lellis, 2010).

Ginés Gonzales García (como se citó en Sonis, Bello y De Lellis, 2010) expresó: “las estrategias de la atención primaria y la participación comunitaria mejoran la responsabilidad individual y activan muchas fuerzas comunitarias en esto de producir salud en términos colectivos y no sólo consumir atención médica” (p 147).

Concluyendo, la APS como estrategia busca estimular el uso de los servicios básicos de salud, apoyándose en las conductas de autocuidado desarrolladas en el propio núcleo familiar y en estrategias de participación que facilitan la implementación de actividades de promoción y prevención con base en la comunidad, mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud, sostener con los recursos adecuados la oferta de servicios, y adaptarse a las necesidades y aspiraciones de la población.

### **Intersectorialidad**

La Declaración de Alma-Ata y la conformación del Movimiento de Salud para Todos han sido hitos a partir de los cuales se fue instalando la premisa de que la salud no depende del accionar único del sector salud, sino que está determinada por las condiciones y modos de vida de la población; y que, por lo tanto, el abordaje para mejorar el estado de salud de la población debería ser multisectorial. (Castiglia, Báscolo y Yavich, s. f.)

El abordaje desde múltiples sectores aparece como una respuesta social, que, organizada mediante la interacción de los diversos actores y sus acciones, dan lugar a un proceso intersectorial (Castell, 2004).

FLACSO (citado en Documento Conceptual: Intersectorialidad de OMS 2017) define intersectorialidad como “la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (OMS, 2017, p.1).

Cunill-Grau (2014) refiere que:

La noción de la intersectorialidad remite a la integración de diversos sectores, principalmente —aunque no sólo— gubernamentales, con vistas a la solución de problemas sociales complejos cuya característica fundamental es su multicausalidad. Implica, además, relaciones de colaboración, claramente no jerárquicas e incluso no contractuales. (p. 8)

En las experiencias intersectoriales, según Solar et al. (como se citó en OPS, 2015) podemos encontrar distintos grados o intensidades de relación del sector salud con otros sectores: la informativa, la de cooperación, la de coordinación y la de integración de políticas y estrategias.

Las relaciones basadas en el intercambio de información o informativas se puede considerar como un primer paso o nivel de intersectorialidad, que forma parte del proceso de construcción de un lenguaje común y entendimiento respecto de la lógica de trabajo de los sectores y, fundamentalmente, para que el sector de la salud entienda y sea consciente de las prioridades de otros sectores, para identificar aspectos comunes o relevantes para un proceso de trabajo conjunto.

Las relaciones basadas en la cooperación implican el trabajo conjunto entre los sectores que busca lograr una mayor eficiencia de las acciones de cada sector. Este tipo de acción intersectorial está sobre todo presente en el campo de la ejecución o implementación de programas o políticas, y no en

su formulación. Se expresa mediante el involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, para lo cual es necesario generar acciones y espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas y oportunidades (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

En las relaciones basadas en la coordinación, el esfuerzo de trabajo conjunto implica el ajuste de las políticas y programas de cada sector en la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia. Apunta a un trabajo horizontal entre los sectores; con una instancia más formal; y una fuente de financiamiento compartido.

Por último, las relaciones basadas en la integración son aquellas donde la definición de una nueva política o programa se realiza en conjunto con otros sectores. De este modo, la acción intersectorial se define no solo por la ejecución o aplicación de políticas conjuntas, sino también por la formulación y el financiamiento conjuntos sobre la base de un objetivo social común (OPS, 2015).

Los resultados en la intersectorialidad son mayores en la medida que se logre descentralizar estos procesos y acercarlos al ámbito local y comunitario, donde los sectores cuenten con el poder y libertad de acción suficiente para enfrentar conjuntamente los problemas (Castell, 2004).

### **AF definición y recomendaciones**

La AF puede ser entendida como cualquier movimiento voluntario que contribuye al gasto energético total del ser humano, incluyendo los movimientos realizados a lo largo el día por todos los músculos para cualquier propósito (Bauman, Phongsavan, Schoeppe y Owen, 2006). La AF tiene componentes fisiológicos (energía), biomecánicos (movimiento) y psicológicos (conducta). Es un concepto amplio que abarca al ejercicio y al deporte.

El ejercicio físico es un tipo de AF planeada, estructurada, que suele repetirse y tiene como objetivo recuperar, mejorar o mantener el estado en el

cual el individuo logra un apropiado nivel cardiorrespiratorio, muscular, articular, de composición corporal y metabólico. En el ejercicio la AF es un fin en sí mismo (por ejemplo, consumir calorías) (Franchella, 2013).

El deporte, por su parte, representa una AF introducida en el marco de determinadas reglas de juego, con una delimitación espacio-temporal, además de la posibilidad de una agonística (MSN, 2013b).

También existe un tipo de AF que es espontánea o cotidiana, y se desarrolla cuando la misma es un medio para resolver situaciones de la vida diaria (por ejemplo, transportarnos de un lugar a otro) (MSN, 2013b).

Hay suficiente evidencia sobre los efectos de la AF en la prevención de muchas enfermedades. En comparación con los adultos menos activos, las personas que desarrollan más actividad presentan tasas menores de mortalidad, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidente cerebrovascular, diabetes de tipo 2, síndrome metabólico, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión, para el conjunto de todas las causas (MSN & INDEC, 2015). Adultos y personas mayores físicamente activas presentan una mejor función cardiorrespiratoria y muscular, una composición corporal más sana y con mejor salud del aparato óseo, y un perfil de biomarcadores más favorable en relación con la prevención de enfermedades cardiovasculares y diabetes de tipo 2 (OMS, 2010a).

La medición de la AF es un proceso complicado ya que sus componentes varían considerablemente, aún entre individuos de una misma población. Hay que tener en cuenta diferentes aspectos como el gasto calórico, el volumen e intensidad del trabajo, el metabolismo aeróbico y anaeróbico utilizado y el desarrollo de la fuerza.

Entre los instrumentos existentes para medir la AF se puede mencionar el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), el cual ha sido utilizado en diversos estudios internacionales y se ha evaluado su validez y confiabilidad sugiriéndose su uso en diferentes países e idiomas (Brown, Trost, Bauman, Mummery y Owen, 2004). Este cuestionario permite relevar

la realización de AF y así discriminar a la población en activos e inactivos y medir el nivel de AF en la última semana. Este método ha sido utilizado en las diferentes ediciones de ENFR en Argentina (MSN & INDEC, 2015). De acuerdo con las recomendaciones del cuestionario IPAQ, la categorización del nivel de AF es la siguiente:

- **Nivel bajo**; sin actividad reportada o no incluido en niveles moderado o alto.
- **Nivel moderado**; cumple alguno de los siguientes criterios: 3 o más días de actividad intensa de al menos 20 minutos por día; o 5 o más días de actividad moderada y/o caminata acumulando al menos 30 minutos; o 5 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad moderada, actividad intensa) acumulando al menos 600 METs/minutos por semana.
- **Nivel intenso (o elevado)**; cumple alguno de los siguientes criterios: 3 o más días de actividad intensa acumulando al menos 1500 METs minuto por semana; 7 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad moderada, actividad intensa) acumulando al menos 3000 METs/minutos por semana.

El MET (también denominado equivalente Metabólico) se utiliza para medir el gasto energético de la AF; 1 MET/min corresponde a un consumo de oxígeno ( $VO_2$ ) de aproximadamente 3,5 mL/kg/min, y representa el equivalente a la energía que consume un individuo cuando se encuentra en reposo (tasa metabólica basal); por lo que la cantidad de METs, expresan la medida en que el metabolismo aumenta por realizar una AF con relación al metabolismo basal (Zaffaroni, 2019).

De esta manera, Cornejo-Barrera et al., 2008 y Márquez, García & Ardila, 2012 (citado en Zaffaroni, 2019) postulan que, se considera AF leve a aquella que genera un consumo menor a 3 MET/min (o 4 Kcal/min), moderada cuando el gasto producido es de 3 a 6 MET/min (o de 4 a 7

Kcal/min); y, por último, vigorosa cuando el consumo supera los 6 MET/min (o 7 Kcal/min).

Otra forma de determinar la intensidad de la AF es la respiración. Se consideran actividades moderadas aquellas que requieren respirar más rápido y realizar algún esfuerzo (por ejemplo, tareas domésticas, andar en bicicleta lentamente, natación recreativa, etc.); y actividades intensas las que requieren respirar mucho más rápido y realizar un esfuerzo físico mayor (por ejemplo, correr, trabajos manuales como construcción, deportes como fútbol o tenis, etc.) (MSN, 2013b).

Por otro lado, es importante diferenciar el concepto de sedentarismo<sup>4</sup>. La conducta sedentaria es definida como la carencia de movimiento durante las horas de vigilia a lo largo del día, y es caracterizada por actividades que sobrepasan levemente el gasto energético basal (~1 MET), como ver televisión y estar acostado o sentado (Cristi-Montero et. al., 2015)

Las recomendaciones de AF realizadas por la OMS en 2010 para personas adultas (de 18 años en adelante) implican acumular un mínimo de 150 minutos semanales de AF aeróbica moderada, o bien 75 minutos de AF aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas; más un mínimo de actividades de fortalecimiento muscular 2 veces por semana (OMS, 2010a). Con base en ello, la inactividad física o AF baja es definida como un nivel de AF que no cumple dichas recomendaciones (OMS, 2017).

Utilizar las recomendaciones de AF para promover la salud como punto de corte para decidir quiénes son suficientemente activos y quienes no, es un procedimiento razonable. Estas recomendaciones surgen de consensos entre expertos que utilizan información científica disponible para decidir cuál es la AF mínima necesaria para promover la salud (MSN, 2013b).

---

<sup>4</sup> El término “sedentarismo” proviene del Latin “sedere”, que hace referencia a la acción de tomar asiento. (Romero, 2009)

La OMS establece que las personas tienen la oportunidad de mantenerse físicamente activas en cuatro sectores principales de la vida diaria: el trabajo, el transporte, las tareas domésticas y el tiempo libre o de ocio (OMS, 2002). La AF recomendada puede realizarse a expensas de actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

### Otros enfoques y perspectivas de la AF

Como se ha mencionado anteriormente la AF es un concepto amplio al que se le pueden dar diversos enfoques y perspectivas. Desde un *enfoque de derecho*, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) proclamó en 1979 la “*Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte*”. En ella se destaca que todo ser humano tiene el derecho fundamental a acceder a la educación física y al deporte, porque son indispensables para el pleno desarrollo de su personalidad, de las facultades físicas, intelectuales y morales. Los poderes públicos, en todos los niveles, y los organismos no gubernamentales especializados, deben colaborar en que se garantice este derecho, tanto dentro del marco del sistema educativo como en el de los demás aspectos de la vida social, aplicando las leyes y los reglamentos, y tomar medidas de promoción, de estímulo y de control (UNESCO, 1979).

Otra mirada respecto a los derechos y la AF es el enfoque de género. En el campo de la AF y el deporte aún se habla de género anclado en las diferencias entre mujeres y varones, con un fuerte peso sobre lo físico y lo fisiológico. Este ejercicio de los derechos sobre las elecciones ya viene regulado social y culturalmente en el cotidiano con las normas implícitas de lo que cada sexo puede hacer o no, naturalizando y sosteniéndolas. Teniendo en cuenta que las diferencias biológicas no quitan ni agregan derechos; se deberían plantear las posibilidades para que todas las personas accedan con igualdad de oportunidades a la AF. En este sentido

las distintas ediciones de las ENFR demuestran que las mujeres se encuentran en desigualdad respecto a los hombres en relación la práctica de AF.

Desde el análisis de los roles sociales, está fuertemente instalado que las mujeres son quienes realizan las tareas de cuidado y domésticas, y los varones las tareas productivas. Estos estereotipos van determinando conductas, espacios y actitudes sexuadas, y van permeando varios ámbitos sociales que se relacionan. Así, los estereotipos de género en el deporte de alto rendimiento permean la AF, la educación física y el deporte escolar.

De todas maneras, incorporar la perspectiva de género no significa realizar acciones solo para mujeres aisladas de las demás, sino reconocer las situaciones inequitativas, sean para varones, mujeres o demás colectivos de género (Antúnez, 2013).

La AF supone comprender sociológicamente las raíces de los estilos de vida, las prácticas y representaciones que esta tiene en las personas (Cross, 2010). En la medida en que el cuidado del cuerpo no es pensado como sinónimo de bienestar y disfrute personal, sino que representa un sacrificio, no debe sorprender que el sedentarismo se asocie con el placer.

Aumentar la realización de AF en sectores vulnerables implica generar espacios adecuados para su realización; dotados de elementos para ejercitarse, de personal que facilite su ejecución, de accesibilidad en cuanto a distancia y ubicación, como también mejorar y mantener los espacios públicos. Los cambios en una cultura no pueden darse sectorizando aspectos de las personas, sino que deben contextualizarse en sus modos de vida cotidianos (Cross, 2010).

Algunos modelos actuales de AF remiten a individuos integrantes de los sectores medios y altos de la sociedad occidental, con recursos suficientes para adquirir la indumentaria sugerida, sostener la cuota de un gimnasio, entre otras condiciones que refuerzan la distinción social. Por lo tanto, hablar de inclusión no significa masificar las propuestas y las prácticas propias de los sectores privilegiados, sino entender que incluir es reconocer derechos,

formas de vida, valores, deseos, intereses, de una comunidad. Desde esta perspectiva es posible encontrar las variantes metodológicas que permitan la real inclusión. Los profesionales de la AF deben encontrar herramientas para organizar proyectos comunitarios inclusivos, respetuosos de la cultura popular y superadores de la propia cotidianeidad (Gomez, 2013).

### **Antecedentes en materia de promoción de la AF**

El propósito de la promoción de la AF es estimular su práctica regular de manera recreativa, deportiva y de esparcimiento en el núcleo familiar, en instituciones educativas, de salud y en el ámbito comunitario. Los programas que promueven la AF requieren ciertos elementos para tener éxito, por un lado, brindar información basada en experiencias con evidencias científicas, con mensajes específicos, claros y sencillos; y, por otro, contar con un soporte de políticas de promoción de la AF. También se requieren coaliciones entre los municipios y diversos sectores como educación y salud entre otros (MSN, 2013b).

Para lograr una acción efectiva que revierta las tendencias actuales y las desigualdades en materia de AF se requiere un enfoque sistémico con una combinación estratégica de medidas normativas de tipo estructural, destinadas a mejorar los factores sociales, culturales, económicos y ambientales que apoyan la AF, combinados con enfoques educativos e informativos específicos, con una orientación más individual (OPS, 2019).

Existen experiencias exitosas en materia de promoción de la AF realizadas en grandes ciudades de Latinoamérica, que han sido de gran envergadura y con continuidad significativa en el tiempo. Una de ellas es “Agita São Paulo”, un modelo de intervención exitoso para la promoción de la AF en Brasil. El impacto positivo del programa está basado en un mensaje universal, simple y claro, fácil de entender y recordar (30 minutos de AF, preferiblemente todos los días), y su adaptabilidad a una variedad de entornos sociales y medioambientales (Matsudo et. al., 2003).

El programa Agita São Paulo tiene dos objetivos: por un lado, elevar el conocimiento de la población acerca de los beneficios biológicos, psicológicos y sociales que tiene la AF para la salud; y por otro, aumentar el nivel de AF moderada en la población (MSN, 2013b). Se realizó una evaluación del programa y se observó una disminución de sedentarios e insuficientemente activos en un 30,7% y 60%, respectivamente.

Otra intervención importante por la cantidad de años de permanencia y la amplia distribución territorial es el Programa “Bogotá más activa”, planificado con 10 años de duración (2009-2019) con el propósito de estimular la AF en la población (Alcaldía Mayor de Bogotá y Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, 2009). Está basado en un proceso de participación de los diferentes actores de la comunidad, líderes sociales y expertos sectoriales de las veinte localidades del Distrito Capital. Los componentes de esta política pública giran en torno a cinco grandes objetivos: incrementar la accesibilidad de los habitantes de Bogotá al deporte, la recreación y la AF; fortalecer la institucionalidad de las organizaciones del sector; aumentar las competencias de las personas, las comunidades y las instituciones en materia de AF; mejorar los sistemas y procesos de información y comunicación del sector que favorezcan la toma de decisiones; y mejorar los entornos que estimulen el uso adecuado y el desarrollo de programas deportivos, recreativos y de AF.

Otras experiencias que pueden mencionarse tienen que ver con la utilización de la bicicleta como transporte, lo que otorga un doble beneficio: realización de ejercicio físico y cuidado del medioambiente. Una de ellas es “Pedalea por tu salud y tu ciudad” en Lima, Perú. Esta iniciativa tiene aliados estratégicos importantes en varias áreas: la Municipalidad Metropolitana de Lima y la Municipalidad del Callao, e involucra a instituciones de la sociedad civil vinculadas al tema (OPS,2005).

Otro programa que ofrece uso de ecobicicletas como movilidad sustentable y eficiente es el denominado “Mi Bici Tu Bici, del Municipio de la ciudad de Rosario (Santa Fe), en Argentina, y tiene como objetivo promover un sistema

de transporte público accesible y saludable. Cuenta con 53 estaciones de bicicletas públicas distribuidas en el área central, en sedes universitarias cercanas y en diferentes barrios de la ciudad que funcionan a diario (Municipalidad de Rosario, 2020)

“Calle recreativa”, otro programa en Rosario lleva 9 años de funcionamiento ininterrumpidos; siendo la primera ciudad en Argentina en implementar un circuito recreativo permanente, libre de autos y motos. Una alternativa masiva de convivencia, encuentro, esparcimiento, vida saludable y AF para toda la ciudadanía. Este programa forma parte de la Red de Ciclovías Recreativas Unidas de las Américas, iniciativa que llevan adelante varias ciudades del continente americano promoviendo un estilo de vida más saludable. Un promedio de 50 mil personas disfruta cada domingo del recorrido, con jornadas que alcanzan picos de más de 70 mil (Municipalidad de Rosario, 2020).

“Tai Chi en los parques de Lima”, es otra experiencia interesante realizada en Perú y de base comunitaria que se realiza desde los años 90'. Son aproximadamente 100 parques en los que se realiza esta práctica tradicional de vida saludable, en forma espontánea y auto sostenida, cuyo elemento clave es la propia comunidad. Esta forma de AF ha generado un cambio muy importante, especialmente en la vida de las personas adultas mayores, quienes llegan a tener una mejor calidad de vida, con mejores expectativas y sintiéndose útiles, empoderando y creando capital social en la tercera edad (OPS, 2005).



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



## VI. OBJETIVOS DEL TRABAJO

### Objetivo General:

Elaborar una propuesta intersectorial de promoción de AF en el PNA para la reducción de la morbi-mortalidad por ECNT en población adulta de la ciudad de Trelew durante el año 2021.

### Objetivos específicos:

- Proponer dispositivos de cogestión para fortalecer la intersectorialidad e interdisciplina en el PNA.
- Diseñar un plan de promoción de la AF, que comprenda la capacitación de los equipos de salud del PNA y referentes comunitarios, y estrategias de comunicación para la concientización de la población.
- Establecer procesos para las prácticas vinculadas a la promoción de la AF en el PNA promoviendo la ampliación de la oferta de AF y utilización de los servicios

## VII. PROPUESTA DE LA INTERVENCIÓN

El objetivo del trabajo es elaborar una propuesta de intervención que busca la promoción de la AF desde un enfoque intersectorial, orientada a difundir los beneficios de la AF hacia la comunidad, capacitar a los equipos de salud y referentes comunitarios, sistematizar procesos en materia de AF, ampliar su oferta y mejorar el acceso de la población que asiste a los CAPS de la ciudad de Trelew.

Esta proposición surge en el marco del modelo MAPEC que se busca implementar en virtud de la transición epidemiológica ya expuesta. Este modelo implementado en el PNA donde prima la estrategia de APS, refuerza la necesidad de trabajar sobre la promoción de la salud como herramienta para el fomento de modos de vida y entornos saludables, jerarquizando la necesidad de contar con acciones de promoción de AF. También influyen en la propuesta las estrategias y programas nacionales expuestos en apartados anteriores.

Los actores claves implicados en la propuesta de intervención son: el municipio (a través de la Coordinación de Deportes), los profesores de EF y otros profesionales de la AF, la población bajo cobertura de los CAPS, los referentes comunitarios, los coordinadores y equipos de salud de los CAPS y el jefe/a del Área externa.

Los recursos con los que se cuenta actualmente para llevar adelante la intervención son: materiales para realizar AF (colchonetas, pelotas, pesas, bicicletas fijas, cintas caminadoras, etc.) adquiridos a través de fondos del programa REMEDIAR y SUMAR (y más recientemente del programa PROTEGER), estructura edilicia (Salón de Usos Múltiples -SUM- de los CAPS y eventualmente otros recursos comunitarios como centros vecinales), los equipos de salud, los profesores de EF municipales y las horas cátedra de esos profesores a cargo del municipio.

Con esta iniciativa se pretende mejorar acciones en curso implementadas manera informal e implícita hace más de 10 años, que, han tenido dificultades en su ejecución (descritos en la fundamentación del problema).

Las innovaciones que se proponen sobre la intervención preexistente tienen como ejes: la intersectorialidad, la difusión y la sistematización de las prácticas vinculadas a la AF.

La intervención opera sobre determinantes intermedios y proximales, y los resultados esperados son la sistematización de los procesos de gestión en materia de AF que, como consecuencia impacten positivamente en la jerarquización de las prácticas de promoción de AF para incrementar la población con posibilidades de realizar AF (principalmente la población vulnerable y con patologías crónicas), promover el acceso a la misma de manera gratuita en el espacio comunitario, y así lograr que más personas sean físicamente activas, a fin de prevenir las ECNT y favorecer su automanejo.

## VIII. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

### Definición de resultados esperados e indicadores de logro

Se espera que:

- Se fortalezca el trabajo intersectorial para optimizar recursos destinados a la promoción de la AF mediante la coordinación del sector salud y otros actores, y se promueva la interdisciplina.

#### Indicadores de logro:

- ✓ Mesa intersectorial conformada.
- ✓ 100 % de las reuniones realizadas.
- ✓ 50 % de los CAPS con espacios de cogestión y actividades interdisciplinarias implementadas.
- La población conozca los beneficios de la AF para la salud e incorpore esta práctica como hábito saludable a su vida cotidiana.

#### Indicadores de logro:

- ✓ Estrategia de comunicación concretada.
- Los equipos de salud y referentes comunitarios estén formados, e involucrados en la promoción de la AF.

#### Indicadores de logro:

- ✓ Plan de capacitación concretado.
- ✓ 30 % de profesionales de salud capacitados en el PNA.
- ✓ 12 referentes comunitarios capacitados en promoción de AF.
- Se mejore la oferta de AF en el PNA y la utilización de estos servicios.

#### Indicadores de logro:

- ✓ 70 % de los CAPS de Trelew con oferta de AF.
- ✓ 50 % de la población con ECNT adscripta bajo programa de AF.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



- ✓ 25 % incremento en la utilización de los servicios.
  
- Se establezcan pautas de sistematización en materia de promoción de AF.

Indicadores de logro:

- ✓ Pautas de estandarización consolidadas.

## Diseño de estrategias de intervención y resultados esperados

**Tabla 3. Cuadro de correspondencia entre objetivos específicos, resultados esperados y actividades.**

Objetivos	Resultados esperados	Actividades
1- Proponer dispositivos de cogestión para fortalecer la intersectorialidad e interdisciplina.	1.1- Mesa de gestión intersectorial conformada que involucre a los principales actores con reuniones periódicas y acuerdo formal firmado.	1.1.1- Conformación de mesa intersectorial con actores claves: Identificación de actores claves (mapeo de actores). 1.1.2- Redacción y Firma de acuerdo. 1.1.3- Realización de reuniones periódicas.
	1.2- 50 % de los CAPS con espacios de cogestión y actividades interdisciplinarias implementadas.	1.2.1- Espacios de cogestión barriales (redes comunitarias) 1.2.2- Consultorios compartidos. 1.2.3- Reuniones de equipo
2- Diseñar un plan de promoción de la AF, que comprenda la capacitación de los equipos de salud del PNA y referentes comunitarios, y estrategias de comunicación para la concientización de la población.	2.1- estrategia de comunicación concretada.	Estrategia de comunicación: 2.1.1 Diseño de material gráfico (gacetilla de AF, afiches y folletos). 2.1.2 Realización de eventos comunitarios de promoción de AF. 2.1.3 Realización de pausas activas en sala de espera de los CAPS. 2.1.4 Distribución de afiches y folletos educativos impresos y en redes sociales 2.1.5 Difusión de gacetilla con oferta de AF en formato impresa y digital en redes sociales 2.1.6 Diseño de APP para celular con oferta de AF en la ciudad.

	<p>2.2.1- plan de capacitación concretado</p> <p>2.2.2- 30 % de los profesionales de salud del PNA capacitados.</p> <p>2.2.3- 12 referentes comunitarios capacitados en promoción de la AF.</p>	<p>2.2.1 Diseño e Implementación de un plan de capacitación basado en el Manual Director de AF y Salud.</p> <p>2.2.2- Realización de las capacitaciones a equipos de salud</p> <p>2.2.3- Realización de las capacitaciones a referentes comunitarios (con entrega de certificado de “promotores comunitarios de la AF”).</p>
<p>3- Establecer procesos para las prácticas vinculadas a la promoción de la AF en el PNA promoviendo la ampliación de la oferta de AF y utilización de los servicios.</p>	<p>3.1- 70 % de los CAPS de Trelew con oferta de AF.</p>	<p>3.1.1- Gestión de RRHH (incorporación de profesores de EF; acuerdo con municipio de Trelew y CEF 26).</p> <p>3.1.2- Implementación de oferta regular de AF (gimnasia, baile, caminatas, etc.) en CAPS o espacios físicos aledaños.</p>
	<p>3.2- 50 % de la población con ECNT adscripta bajo programa de AF</p>	<p>3.2.1- Captación activa a través de TCST (rondas sanitarias).</p> <p>3.2.2- Derivación de pacientes por profesionales de salud a programa de AF.</p> <p>3.2.3- Consejería de AF a pacientes.</p>
	<p>3.3- 25 % de incremento en la utilización de los servicios</p>	<p>3.3.1 Registro de asistentes a las clases ofertadas en CAPS y centros vecinales.</p>
	<p>3.4 Pautas de estandarización consolidadas.</p>	<p>3.4.1- Diseño de estándares (herramientas de registro, medios de verificación y evaluación)</p>

Fuente: Elaboración propia

## Estimación de Recursos

**Tabla 4. Identificación de recursos.**

	Recursos disponibles	A Conseguir	Fuentes
Personales	- Profesores de EF		Municipios / CEF 26 / Área externa / Salud mental
	- Diseñador/a gráfico/a		Ministerio de salud central
	- TCST		Área externa
	- Enfermeros/as		
	- Gestor y planificador a cargo		Ministerio de Salud
- Apoyo Administrativo			
		- Programador/a	Universidad de Chubut
Materiales	- Instalaciones de CAPS		Área externa
	- Planillas de actividades comunitar (SUMAR)		
	- Sala de reuniones		Área externa / Municipio
		- Instalaciones de centros vecinales	Municipio
		- Kit básico para eventos (mesa, 5 sillas, 1 sombrilla o gacebo, bebedero móvil)	

	- Equipos de audio portátil	Ministerio de Salud / Municipio
- Computadora	- Kit básico de AF	Ministerio de Salud
- Proyector	- Recetario de derivación	Ministerio de Salud
- Libro de Actas	- Manuales de AF para equipos de salud impresos	
	- Manuales para promotores comunitarios impresos	
	- Flyer digital	
	- Flyer impreso	
	- Folletos	
	- Gacetilla Digital	
	- Aplicación de Celular	Universidad de Chubut
	- Frutas	Donación mercado concentrador

Fuente. Elaboración propia

**Tabla 5. Cronograma de Actividades**

ACTIVIDADES	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diseño de estándares (herramientas de registro, medios de verificación y evaluación)	■											
Conformación de mesa intersectorial con actores claves y firma de acuerdo		■										
Realización de reuniones periódicas		■			■			■			■	
Eventos comunitarios de promoción de la AF			■			■			■			■
Pausas activas en sala de espera de CAPS		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Distribución de afiches educativos		■										
Distribución de folletos		■				■			■			■
Difusión de gacetilla digital y distribución de gacetilla impresa		■	■	■	■	■	■					
Aplicación de celular con oferta de AF												■
Capacitaciones a equipos de salud	■	■	■									
Capacitaciones a referentes comunitarios				■	■	■						
Gestión de RRHH (incorporación de profesores de EF; acuerdos con municipios y CEF 26)	■	■	■									
Oferta de AF regular (gimnasia, baile, caminatas, etc.)			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Registro de asistentes a las clases ofertadas en CAPS y centros vecinales			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Captación activa a través de TCST			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Derivación de profesionales de salud a programa de AF			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Consejería de AF (TCST y médicos)			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Consultorio compartido (profesores de EF y nutricionistas o médicos)			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reuniones de equipo			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Espacios de cogestión barriales (redes comunitarias)		■		■		■		■		■		■

Fuente: elaboración propia

## Plan de actividades

A continuación, se detallan las actividades a realizar en el marco de la propuesta de intervención, describiendo brevemente como debería ser su desarrollo, detallando los responsables, los recursos necesarios, frecuencia y objetivos de estas.

### **Conformación de mesa de gestión intersectorial**

Se convocará al jefe del área externa, coordinadores de CAPS, coordinador municipal de deportes, director municipal de salud, CEF 26, IDES, referentes comunitarios, presidentes de juntas vecinales y coordinador de AF (DPPYPS). Esta mesa de gestión tendrá reuniones periódicas (un mínimo de 4 al año), el mes anterior a la realización de eventos comunitarios.

Responsable: gestor y planificador a cargo.

Recursos: sala de reuniones y apoyo administrativo.

Lugar: SUM de CAPS.

Duración: 2 horas.

Frecuencia: por única vez.

Objetivo de las reuniones: organizar eventos comunitarios masivos, distribuir tareas, optimizar recursos, monitorear el programa de AF.

### **Firma acuerdo formal**

Responsables: Ministerio de Salud (DPPYPS, área externa).

Duración: 1 mes.

Recursos: apoyo administrativo, convenio marco de cooperación.

Modalidad: se realizará un acuerdo formal que dé cuenta de la conformación del espacio intersectorial y las responsabilidades que cada uno tendrá. (firma del convenio marco de cooperación).

Propósito de la actividad: formalización de la coordinación entre los actores claves, determinación de obligaciones de cada uno de ellos, y gestión de RRHH y materiales (incorporación de profesores de EF; acuerdos con municipios y CEF 26).

### **Realización de reuniones periódicas (mesa de gestión intersectorial)**

Responsables: gestor y planificador a cargo.

Lugar: SUM de CAPS.

Recursos. Apoyo administrativo, libro de actas.

Periodicidad: cada 3 meses (4 mínimo por año), el mes anterior a un evento comunitario programado.

Modalidad: presencial (al menos un representante por institución/organismo)

Propósito de la actividad: Sociabilización de avances y necesidades, monitoreo del programa, y organización conjunta de los eventos comunitarios.

### **Espacios de cogestión barriales (redes comunitarias)**

Responsables: coordinadores de CAPS.

Lugar: SUM de CAPS o Centros vecinales.

Recursos: equipos de salud, referentes barriales, libro de actas.

Periodicidad: cada 2 meses.

Modalidad: presencial.

Propósito de la actividad: Promover los espacios de cogestión, sociabilizar situaciones o novedades en el área de cobertura del CAPS.

### **Consultorio compartido**

Responsables: coordinador/a de CAPS.

Lugar: consultorios de los CAPS.

Recursos: profesionales del equipo de salud, consultorios de los CAPS, historia clínica.

Periodicidad: quincenal.

Duración: 3 hs de consultorio.

Metodología: se programarán 2 veces al mes consultorio compartido mediante turnos programados, se realizará la atención de personas con ECNT por el dos profesionales en conjunto, ej.: profesor de educación física con el médico o nutricionista o psicólogo u otro profesional del equipo de salud, para la elaboración de un plan terapéutico conjunto que se registrará en la HC.

Responsables: equipo de salud.

Propósito de la actividad: mejorar el automanejo de ECNT y fomentar la interdisciplina.

### **Reuniones de equipo**

Responsables: coordinador de CAPS.

Lugar: SUM de un CAPS.

Recursos: equipo de salud, libro de actas.

Periodicidad: mensual.

Duración: 1:30 hs.

Metodología: se realizarán reuniones periódicas para sociabilizar entre los miembros del equipo de salud actividades, casos, necesidades y monitoreo del programa de AF.

Propósito de la actividad: promover la escucha y el dialogo entre los miembros de equipos de salud para propiciar la interdisciplina.

## **Diseño de campaña de comunicación**

Implica planificar los distintos recursos y estrategias a utilizar para llevar adelante la campaña de comunicación tanto material gráfico, digital como también otras acciones de comunicación y difusión.

### **Diseño Material Gráfico y Digital**

Responsables: Dpto. de prensa y comunicaciones, DPPYPS (Ministerio de Salud).

Recursos: diseñador/a gráfico/a.

Periodicidad: al comenzar el proyecto.

Propósito: elaboración de todas las piezas gráficas para imprimir o digitales que se utilizaran en el proyecto.

### **Eventos comunitarios de promoción de AF**

Responsables: integrantes de la mesa de gestión intersectorial.

Recursos: Profesores de EF, TCST, enfermeros, otros miembros del equipo de salud. Kit básico para eventos (1 Mesa, 1 sombrilla o gacebo, 5 sillas, 1 bebedero móvil, 2000 folletos, 1 equipo de audio, 1000 gacetillas con oferta de AF, 2 cajones frutas (para 4 eventos).

Duración y frecuencia: 3 hs, 4 veces al año.

Lugar: espacios públicos abiertos (plazas, parques, pistas de salud) o cerrados (gimnasios municipales, SUM escuelas).

Metodología: Armar 1 evento grande en cada zona geográfica de la ciudad (dividir en 4), realizar convocatoria abierta y gratuita.

Objetivo de la actividad: Concientizar sobre los beneficios de la AF, difundir la oferta de AF, brindar la oportunidad para que población experimente actividades físicas variadas.

### **Pausas activas en sala de espera de CAPS**

Responsables: profesional de la actividad física (idealmente Profesor de EF o kinesiólogo).

Recursos: profesional de la actividad física, opcional equipo de audio portátil, planillas de actividades comunitarias de SUMAR.

Duración y frecuencia: 10 min, 3 veces por semana

Lugar: sala de espera de CAPS

Propósito de la actividad: estimular el movimiento a través de técnicas variadas de AF durante periodos cortos dirigidas a pacientes y personal de salud.

### **Distribución de gacetillas de AF impresas, afiches educativos y folletos a los CAPS**

Responsables: Ministerio de Salud, Área externa.

Duración: 1 mes.

Lugar: CAPS.

Recursos: gacetilla impresa, afiches tamaños A3 y folletos – planillas de registro de distribución de material.

Propósito de la actividad: Difundir información sobre los beneficios de la AF.

### **Distribución de Folletos a la población**

Responsables: TCST.

Recursos: folletos.

Duración: 4 meses.

Lugar: eventos comunitarios y rondas sanitarias.

Propósito de la actividad: Difundir información sobre los beneficios de la AF.

### **Difusión de afiches y folletos en redes sociales**

Responsables: Ministerio de Salud y área externa.

Recursos: afiches y folletos digitales.

Duración y frecuencia: 4 meses, 1 semana por mes.

Medio de comunicación: Facebook e Instagram (páginas del Ministerio y del área externa).

Propósito de la actividad: Difundir información sobre los beneficios de la AF.

### **Difusión gacetilla digital en redes sociales**

Responsable: Ministerio de Salud (área prensa y comunicaciones) y área externa.

Recursos: gacetilla en formato digital.

Duración y frecuencia: 6 meses, 1 semana por mes.

Medio de comunicación: Facebook e Instagram (páginas del Ministerio y del Área Externa).

Propósito de la actividad: difundir la oferta de actividad física en CAPS y centros vecinales.

### **Distribución gacetilla con oferta de AF impresa a la comunidad**

Responsables: área externa y CAPS.

Recursos: gacetilla impresa.

Duración: todo el año y en eventos masivos.

Medio de comunicación: consultorio y en eventos masivos.

Propósito de la actividad: difundir la oferta de actividad física en CAPS y centros vecinales.

## **Diseño de APP para celular con oferta de AF**

Responsables: Ministerio de salud y Universidad de Chubut (UCH)

Recursos: programador

Duración: 1 mes

Medio: APP play store.

Propósito de la actividad: acceso permanente a oferta de actividad física en CAPS y centros vecinales georreferenciados, posibilidad de ampliar y mejorar APP

## **Capacitaciones basadas en Manual director de actividad física**

Objetivos: Brindar herramientas a todo el equipo de salud, enfocados en la promoción de la actividad física como hábito saludable y en la prescripción del ejercicio en personas sanas y con ECNT.

La capacitación destinada a los equipos de salud contiene sugerencias prácticas que sirven de apoyo para la actividad profesional cotidiana en lo que hace a la prescripción y la promoción de la actividad física, ya sea para realizar intervenciones en atención primaria, tomando al movimiento como herramienta de promoción de salud y calidad de vida para toda la población, como también para que la prescripción sea más efectiva y beneficiosa en especial para personas que presentan enfermedades crónicas no transmisibles.

Docentes: Profesional con de la actividad física (idealmente Profesor de EF o kinesiólogo o deportólogo)

Recursos: espacio en CAPS, pantalla, proyector, computadora, manuales impresos, planillas e asistencia, certificados.

Perfil de los participantes: médicos, enfermeros, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, trabajadores sociales, profesores en educación física, idóneos, TCST y otros miembros de los equipos de salud del primer nivel de atención.

Modalidad: presencial

Responsables Coordinación: gestor del proyecto

Duración: 4 encuentros de 4 hs. cada uno.

Contenidos:

### Módulo 1. Actividad física y salud

1.1 Nivelación conceptual.

1.2 Selección natural, evolución y actividad física.

1.3 Bases fisiológicas de la actividad física y salud.

1.4 Epidemiología de la actividad física y el sedentarismo.

### Modulo 2. Prescripción de la actividad física en prevención primaria y secundaria

2.1 Prescripción de la actividad física.

2.2 Actividad Física en niños y adolescentes.

2.3 Actividad Física en adultos.

2.4 Actividad Física en el adulto mayor.

### Modulo 3. Prescripción de la actividad física en prevención terciaria

3.1 Sobrepeso y obesidad.

3.2 Diabetes mellitus.

3.3 Enfermedades cardiovasculares

### Modulo 4. Implementación de estrategias de promoción y prescripción de AF. Programa de AF local.

Este último módulo consistirá en integrar el abordaje de la actividad física en diferentes etapas de la vida integrándolos de manera práctica. Consejos de

cuidados para prevención de lesiones, factores que afectan la adherencia.  
Lineamientos del programa de AF local.

Metodología: Se trabajará con modalidad de taller y se realizarán registros de asistencia en cada uno de ellos. Se realizará una evaluación integradora y se dará certificado de asistencia o de aprobación del curso según el caso

### **Capacitación a referentes comunitarios basados en el Manual Director de AF (Certificados “promotores comunitarios de AF”)**

Objetivos: capacitar referentes comunitarios interesados en la temática de AF a los efectos que actúen como “promotores comunitarios de AF”.

Responsables Coordinación: gestor del proyecto y área externa.

Docentes: profesional de la actividad física (idealmente Profesor de EF o kinesiólogo o deportólogo)

Perfil de los participantes: se convocará referentes comunitarios que estén interesados en trabajar en consejería y promoción de la actividad física y la salud de los barrios de influencia de cada CAPS de Trelew.

Duración: 4 encuentros de 4 hs. cada uno.

Recursos: espacio en CAPS o centros vecinales, pantalla, proyector, computadora, manuales impresos, planillas e asistencia, certificados.

Modalidad: presencial.

Contenidos: idem equipos de salud, pero en base a un manual adaptado en cuanto léxico y longitud.

#### **Modulo 1. Actividad física y salud**

1.1 Nivelación conceptual.

1.2 Selección natural, evolución y actividad física.

1.3 Bases fisiológicas de la actividad física y salud.

1.4 Epidemiología de la actividad física y el sedentarismo.

## Modulo 2: Prescripción de la actividad física en prevención primaria y secundaria

- 2.1 Prescripción de la actividad física.
- 2.2 Actividad Física en niños y adolescentes.
- 2.3 Actividad Física en adultos.
- 2.4 Actividad Física en el adulto mayor.

## Modulo 3 Prescripción de la actividad física en prevención terciaria

- 3.1 Sobrepeso y obesidad.
- 3.2 Diabetes mellitus.
- 3.3 Enfermedades cardiovasculares

## Modulo 4. Recomendaciones generales. Implementación de estrategias de promoción y prescripción de AF. Programa de AF local.

Este último módulo consistirá en integrar el abordaje de la actividad física en diferentes etapas de la vida integrándolos de manera práctica. Consejos de cuidados para prevención de lesiones, factores que afectan la adherencia. Lineamientos del programa de AF local. Metodología: se trabajará con modalidad de taller y se realizarán registros de cada uno de ellos. Al final el curso habrá una evaluación integradora para otorgar el certificado de “promotor comunitario de AF” a quien lo apruebe.

## **Gestión de RRHH (incorporación de profesores de EF; acuerdo con municipio de Trelew y CEF 26).**

Esta actividad se realiza a través del convenio marco de cooperación a firmar donde cada institución que cuenta con recursos humanos capacitados para llevar adelante las distintas propuestas de AF se compromete a ceder el RRHH para dar la cobertura esperada al programa de AF.

Por otro lado, se presentará informe con la necesidad de RRHH formado en AF al Ministerio de Salud. Y se gestionará redistribución de RRHH preexistente.

### **Oferta de AF regular (gimnasia, baile, caminatas, etc)**

Lugar: CAPS y/o centros vecinales.

Duración y frecuencia: 1 h. cada encuentro, 3 veces por semana en 2 turnos.

Contenidos: clases de gimnasia, caminatas, baile, otras actividades físicas.

Recursos: profesionales de la AF, SUM CAPS o centros vecinales, equipos de audio portátil, Kit básico de AF.

Responsables: gestor de programa y área externa.

Propósito de la actividad: brindar servicios de AF en CAPS o espacios comunitarios.

### **Registro de asistentes a las clases ofertadas en CAPS, centros vecinales y eventos comunitarios**

Responsables: profesores de educación física y/o equipo de salud.

Recursos: planillas de actividades comunitarias de SUMAR.

Duración: todo el año.

Propósito de la actividad: registro para monitoreo y evaluación, y facturación de actividades por programa SUMAR.

### **Captación activa a través de TCST (rondas sanitarias)**

Lugar: domicilios.

Periodicidad: a diario.

Metodología: en el marco de las rondas sanitarias de los TCST, en cada visita a pacientes identificados con ECNT, se verificará si realizan

tratamiento acorde y si este incluye la realización de actividad física. Se los derivará a programa de AF.

Responsables: TCST

Recursos: planilla de familia, folletos, ficha de derivación.

Propósito de la actividad: mejorar la utilización de los servicios, mejorar el automanejo de ECNT.

### **Derivación de pacientes por profesionales de salud a programa de AF**

Lugar: consultorio de los CAPS.

Recursos: receta de derivación.

Periodicidad: a diario.

Metodología: en el marco de la atención en consultorio, se derivará a programa de actividad física a aquellos pacientes que así lo requieran mediante receta de derivación.

Responsables: equipo de salud.

Propósito de la actividad: mejorar la utilización de los servicios, mejorar el automanejo de ECNT.

### **Consejería de AF a pacientes por profesionales de salud**

Lugar: consultorio de los CAPS.

Recursos: planilla de ECNT para registro en historia clínica (HC), receta de derivación a programa de AF.

Metodología: en el marco de la atención en consultorio por cualquier miembro de equipo de salud, se realizará consejería de AF a pacientes, principalmente a personas con ECNT y se registrará en la HC y derivará a programa de AF.

Responsables: profesionales de salud.

Propósito de la actividad: mejorar la utilización de los servicios, mejorar el automanejo de ECNT.

**Diseño de estándares**

Responsable: coordinador del proyecto.

Metodología: diseño de todas las herramientas necesarias para registro, medios de verificación y evaluación.

Propósito de la actividad: generar los instrumentos para sistematizar procesos.

**Tabla 6. Estimación de Recursos por actividad**

ACTIVIDADES	RECURSOS
1.1.1 Conformación de mesa intersectorial con actores claves	Personales: 2 hs. coordinador, 2 hs. apoyo administrativo.
1.1.2 Firma acuerdo formal	Materiales: sala de reuniones, 1 libro de actas, convenio marco por triplicado.
1.1.3 Realización de reuniones periódicas	Personales: 6hs coordinador/actores claves, 2 hs. apoyo administrativo. Materiales: sala de reuniones, 1 libro de actas.
1.2.1 Espacios de cogestión barriales (redes comunitarias)	Personales: 3 hs mensuales. Materiales: centros vecinales o SUM de CAPS, libro de actas.
1.2.2 Consultorio compartido (2 profesionales en conjunto)	Personales: 6 hs mensuales (por cada profesional por CAPS). Materiales: consultorio en CAPS.
1.2.3 Reuniones de equipo	Personales: 3 hs mensuales por CAPS. Materiales: instalaciones CAPS, libro de actas.
2.1.1 Diseño de campaña de comunicación y de material gráfico y digital	Personales: 30 hs mensuales Diseñador/a gráfico Materiales: computadora
2.1.2 Eventos comunitarios de promoción de AF (4 al año)	Personales: 12 hs coordinador, 12 hs profesor de EF, 12 TCST, 12hs enfermeros Materiales: 1 mesa, 1 sombrilla o gacebo, 5 sillas (1 juego para toda el área externa), 2000 folletos, 1 equipo de audio, 1000 gacetillas con oferta de AF, 2 cajones frutas por evento (8 en total), 1 bebedero móvil (agua segura), planillas de actividades comunitarias SUMAR.
2.1.3 Pausas activas en sala de espera de CAPS	Personales: 24 hs (mensuales para cubrir los 12 CAPS). Profesores de EF o personal de salud capacitado.

	<p>Materiales: 1 equipo de audio portátil, instalaciones de CAPS.</p>
2.1.4-Distribución de afiches y folletos (impresos)	<p>Personales: TCST, 6hs mensuales. Materiales: diseño digital, afiches y folletos impresos.</p>
2.1.5. Difusión de gacetilla con oferta de AF digital e impresa a la población	<p>Personales: 6 hs mensuales. Diseñador y TCST Materiales: diseño gacetilla digital y gacetilla impresa, computadora.</p>
2.1.6 Diseño de APP	<p>Personales:120 hs mensuales, programador.</p>
2.2.1 Diseño e Implementación de un plan de capacitación basado en el Manual Director de AF y Salud	<p>Personales:20 hs mensuales (16 hs capacitación + 4 hs para reparar clases) docentes para cada capacitación Materiales: Manuales de AF para equipos de salud impresos, instalaciones en CAPS, proyector, pantalla, computadora, certificados.</p>
2.2.2 Capacitación para equipos de salud	
2.2.3 Capacitación para referentes comunitarios	
3.1.1 Gestión de RRHH (incorporación de profesores de Ed. Física y otros profesionales de la AF; acuerdos con municipios y CEF 26)	<p>Convenio marco de cooperación</p>
3.1.2 Oferta de AF regular (gimnasia, baile, caminatas, etc.)	<p>Personales: 150 hs mensuales (para cubrir todos los CAPS) profesores de EF o profesionales afines a la AF. Materiales: instalaciones en CAPS o centros vecinales, kit básico de AF, equipo de audio, planillas de actividades comunitarias SUMAR.</p>
3.2.1 captación activa a través de TCST	<p>Personales: 60 hs mensuales TCST Materiales: planillas de familia, receta de derivación.</p>
3.2.2 Derivación de profesionales de salud a programa de AF	<p>Personales: equipo de salud Materiales: receta de derivación, gacetilla impresa.</p>
3.2.3 Consejería de AF	<p>Personales: equipo de salud Materiales: folletos, historia clínica.</p>
3.3.1 Registro de asistentes a las clases ofertadas en CAPS y centros vecinales.	<p>Personales: profesional de la AF Material: planillas de actividades comunitarias de SUMAR.</p>
3.4.1- Diseño de estándares (herramientas de registro, medios de verificación y evaluación)	<p>Personales: 30 hs. gestor. Materiales: computadora.</p>

Fuente: elaboración propia.

## Presupuesto

**Tabla 7. Esquema para cálculo de presupuesto por actividades**

Tipo de actividad	Actividades	Concepto	Valor unitario \$	cantidad	subtotal
Intersectorial	Actividades intersectoriales y de cogestión	Coordinador	\$/h	8 hs/año	
		Apoyo administrativo	\$/h	4 hs/año	
		Libro de actas	\$	1	
Interdisciplinaria	Consultorio compartido	Profesional 1	\$/h	6 hs/mes	
		Profesional 2	\$/h	6 hs/mes	
	Reuniones de equipo	Equipo de salud	\$/h	3hs/mes	
Comunicación	Diseño material de comunicación	Diseñador/a gráfico/a	\$/h	30/mes	
		computadora	\$	1	
	Eventos comunitarios	Coordinador	\$/h	12 hs/año	
		Profesor/a de Ed. Física	\$/h	12hs/año	
		TCST	\$/h	12hs/año	
		Enfermero/a	\$/h	12hs/año	
		Mesa de plástico	\$	1	
		Gacebo o sombrilla	\$	1	
		Sillas de plástico	\$	5	
		Bebedero móvil	\$	1	
		Equipo de audio	\$	1	
		folletos	\$	2000	
		Gacetilla con oferta de AF	\$	1000	
	Frutas (cajones)	\$	8		
	Pausas activas	Profesionales de la AF	\$/h	24 hs/mes (para cubrir los 12 CAPS)	
		Equipo de música portátil	\$	1	
	Planillas de actividades comunitarias SUMAR	\$	150/mes		

	Distribución de afiches y folletos	TCST	\$/h	6 hs/mes	
		afiches	\$	100/año	
		folletos	\$	8000/año	
	Difusión de gacetilla con oferta de AF (digital y papel)	Personal de comunicaciones	\$/h	6 hs/mes	
		Gacetilla en papel	\$	4000/año	
	Diseño de APP	programador	\$/h	120 hs/mes (se gestionará realizar ad honorem)	
Capacitación	Capacitaciones	docentes	\$/h	20 hs /mes	
		Manuales para equipos de salud	\$	50	
		Manuales para referentes comunitarios	\$	20	
		proyector	\$	1	
		computadora	\$	1	
		pantalla	\$	1	
		certificados	\$	50	
Oferta de AF y utilización de los servicios	Gestión de RRHH	coordinador	\$/h	2 hs/mes	
	Talleres de AF	Profesionales de la AF	\$/h	2 (150 hs/mes c/u)	
		Kit básico de AF	\$	12	
		Planillas de actividades comunitarias SUMAR	\$	150/mes	
	Captación activa	TCST	\$/h	12 (60/hs mes)	
		Planillas de familia	\$	50/mes	
		Recetas de derivación	\$	100/mes	
Diseño de estándares	Coordinador/gestor	\$/h	30/mes		
				Total \$	

Fuente: elaboración propia.

## Planeamiento de la evaluación

A continuación, se presentarán propuesta orientadora del planeamiento de evaluación para la propuesta de intervención, realizada teniendo en cuenta tres instancias de evaluación:

- I. Evaluación de estructura (ex ante)
- II. Evaluación de proceso
- III. Evaluación de resultados

**Tabla 8. Planeamiento de la Evaluación**

Tipo de evaluación	Dimensiones	Recurso/ actividad	Indicador	Fuente / medio de verificación
<b>Estructura</b>	<b>CAPS</b>	Espacio físico para AF	Cantidad de CAPS con espacios físico disponible / total CAPS	Informe de evaluación en el PNA 2018 - Área externa
		Kit básico para AF	Cantidad de CAPS que cuentan con kit básico /total de CAPS	Informe de evaluación en el PNA 2018 - Área externa
	<b>RRHH</b>	Profesores de EF o profesionales afines	Cantidad de CAPS que cuentan con profesores de EF /total de CAPS	Informe de evaluación en el PNA 2018 - Área externa
		TCST	Promedio TCST por CAPS	Área externa/ Redes
		Enfermeros	Promedio de enfermeros por CAPS	Área Externa/Redes
		Diseñador	Diseñador disponible	Ministerio de Salud
		Programador	Programador disponible	Universidad de Chubut
<b>De proceso</b>	<b>Comunicación</b>	Eventos comunitarios	eventos realizados /eventos programados	Planillas de actividades comunitarias SUMAR
		Pausas Activas en Sala de espera	Pausas activas realizadas/Pausas programadas	Planillas de actividades comunitarias SUMAR
		afiches	Nº afiches distribuidos	Planilla de registro de Distribución de Material
		folletos	Nº de folletos distribuidos	Planilla de registro de Distribución de Material
		Gacetilla impresa	Nº de gacetillas distribuidas	Planilla de registro de Distribución de Material
		Gacetilla digital	Likes, nº veces compartido	Estadísticas de redes sociales
		APP	App realizada	Play store
	<b>Capacitaciones</b>	Capacitaciones a equipos de salud	Capacitaciones realizadas /capacitaciones programadas	Planillas de asistencia
		Capacitaciones a referentes comunitarios	Capacitaciones realizadas /capacitaciones programadas	Planillas de asistencia
	<b>RRHH</b>	Profesionales de la AF	Nuevos Profesionales de la AF /total Profesionales de la AF	Relevamiento área externa
	<b>Accesibilidad</b>	Captación activa personas con ECNT	% Pacientes con ECNT derivados a programa de AF a través de rondas sanitarias de TCST (derivados /total de personas visitadas)	-Planilla de registro pacientes bajo programa de AF -Informes de rondas sanitarias
		Derivación de pacientes por profesionales	% Pacientes derivados a programa de AF a por profesionales de salud a través de la	-Planilla de registro pacientes bajo programa de AF(construir instrumentos:

			consulta (derivados /total de pacientes)	receta de derivación planilla de registro de personas bajo programa)
		Consejería de AF por profesionales	% de consejería AF realizada	Informe de evaluación en el PNA
	<b>Interdisciplina</b>	Consultorio compartido	% CAPS que implementaron consultorio compartido	Sumar indicador en la evaluación de PNA
		Reuniones de equipo	% de CAPS que implementaron reuniones de equipo (Reuniones realizadas/reuniones programadas)	Actas de reuniones
	<b>Intersectorialidad</b>	Espacios de cogestión – redes comunitarias	Reuniones realizadas/reuniones programadas	Actas de reuniones
		Reuniones de la mesa intersectorial	Reuniones realizadas/reuniones programadas	Actas de reuniones
<b>Resultado</b>	<b>Objetivo 1</b>	Intersectorialidad	Mesa de gestión conformada y acuerdos firmados	Convenio marco/ actas
			Espacios de cogestión conformados/total CAPS	Actas
	<b>Objetivo 2</b>	Comunicación	% población que recibió información de AF o llegó al programa a través de campaña de difusión	-Encuesta a usuarios -estadísticas redes sociales
		Capacitación a equipos de salud	% de profesionales capacitados en AF por CAPS % de profesionales capacitados en AF en el PNA	-Planillas de asistentes -Certificados (certificado aprobado)
		Capacitación a promotores comunitarios de AF	Nº de promotores capacitados/total esperados	-Planillas de asistentes -Certificados (aprobados)
	<b>Objetivo 3</b>	Oferta de AF	% de CAPS con Oferta AF (CAPS con AF/total CAPS)	Relevamiento Área externa
		Población general bajo programa de AF	% de usuarios bajo programa de AF (Nº de usuarios del programa de AF /población bajo cobertura del PNA)	Planilla de registro pacientes bajo programa de AF
		Población con ECNT bajo programa AF	% de usuarios con ECNT del programa AF (usuarios con ECNT bajo programa/ total de usuarios con ECNT adscriptos)	Planilla de registro pacientes bajo programa de AF

Fuente: Elaboración propia.

## IX. CONCLUSIONES Y APORTES PARA LA GESTIÓN

La inactividad física contribuye a la epidemia creciente de obesidad y otras ECNT y expresa la necesidad de profundizar las políticas públicas para promover la AF en toda la población, con un enfoque inclusivo y de protección de derechos.

Si bien ha habido algunas experiencias en la implementación de políticas de promoción de la AF a nivel jurisdiccional en los últimos años, como la instalación de gimnasios al aire libre y bicisendas, así como iniciativas de actividad física/deportiva en ámbitos comunitarios (especialmente a nivel municipal), resulta difícil explicar un descenso del indicador de actividad física baja atribuible a la puesta en marcha de estas políticas, que se encuentran en una fase inicial de implementación.

Para modificar la situación respecto a la elevada prevalencia de inactividad física la evidencia demuestra la relevancia de implementar intervenciones poblacionales de promoción de la actividad física, que mejoren y modifiquen los entornos y modos de vida de las comunidades con enfoque intersectorial, con participación del Estado desde distintos organismos, sectores privados y de la sociedad en conjunto.

El presente trabajo ofrece un diseño programático y una innovación sobre una intervención informal e implícita que ya se venía realizando. De esta forma se establecen pautas para sistematizar las prácticas en materia de promoción de AF para la prevención de ECNT, fortaleciendo procesos existentes (registros, derivaciones, redes), y generando nuevos y más fluidos procesos debidamente documentados.

Esta sistematización otorga la posibilidad de evaluar todas las instancias (de estructura, de proceso y de resultado), y en función de esto, decidir si es oportuna su continuidad o si requiere ajustes, como también pensar si es viable su replicación en otros municipios.

Esta propuesta de intervención se enfoca en la promoción AF como herramienta de promoción de la salud y de automanejo para tratamiento de

las ECNT basada en el modelo MAPEC, es de bajo costo, equitativa y busca empoderar a la ciudadanía, logrando que más población conozca los beneficios de la AF para la salud e incorpore esta práctica como hábito saludable a su vida cotidiana dentro de su ámbito comunitario de manera gratuita.

Este proyecto revaloriza el trabajo intersectorial para optimizar los recursos destinados a la promoción de la AF mediante la articulación de Salud y otros actores (incluyendo la propia comunidad), lo cual dará eficiencia a la intervención. Esto tiene especial importancia teniendo en cuenta el contexto socioeconómico de la provincia y las dificultades que presentan los organismos públicos provinciales en cuanto a la provisión de recursos.

Los dispositivos de cogestión propuestos promueven también la interdisciplina y la participación comunitaria, ambos necesarios para que tanto los equipos de salud como la comunidad se apropien del programa.

La propuesta planteada propicia la utilización de los recursos comunitarios existentes y brinda herramientas de apoyo a la toma de decisiones para la comunidad, los equipos de salud, funcionarios y decisores.

La atención que se le otorga a los sectores vulnerables durante todo el desarrollo del trabajo enfatiza la necesidad de garantizar el acceso de estas poblaciones a la realización de AF dentro del PNA para mejorar la calidad de la atención ofrecida, y así contribuir a la disminución de las desigualdades en salud.

Por último, aporta el uso de nuevas tecnologías y formas de comunicación aplicadas a la promoción de la salud (desarrollo de APP para celular, uso de redes sociales como medio de difusión), sin descuidar la utilización de “viejas tecnologías” como las tecnologías blandas.

## X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La maestranda manifiesta que el trabajo Final de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud fue redactado por ella, procurando preservar los derechos de autor, por lo que aquellos fragmentos o ideas que fueron tomadas de otros autores se citaron en el texto y su referencia completa al final documento, con la finalidad de dar crédito al autor original, respetar los derechos de autor y guiar al lector a la fuente original en caso de que desee ahondar en dicho tema.

La maestranda manifiesta no presentar conflicto de interés.

La elaboración de esta propuesta tiene por fin reportar beneficios a la salud de la población y no constituye riesgos para la población destinataria, ni tampoco perjuicios para quienes decidan no participar de la misma.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abegunde, DO., Mathers, CD., Adam, T., Ortegon, M. y Strong, K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low- and middle-income countries. *The Lancet* 370: 1929-1938.
- Alcaldía Mayor de Bogotá y Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte. (2009). *Bogotá más activa. Política Pública de Deporte, Recreación y Actividad Física para Bogotá 2009-2019*. Bogotá, Colombia: Panamericana Formas e Impresos S.A.
- Álvarez, LS. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 30(1): 95-101.
- Antúnez, M. (2013). *Aporte interdisciplinario para una perspectiva de derechos*. Red Iberoamericana mujer y deporte actividad física y desarrollo humano/ Red nacional de actividad física y desarrollo humano. Buenos Aires: Argentina.
- Banco Mundial. (2005). *Abordar el desafío de las enfermedades no transmisibles en Brasil*. Informe No. 32576. Brasil.
- Bauman, A, Phongsavan, P, Schoeppe, S, Owen, N. (2006). Medición de actividad física: una guía para la promoción de la salud. *Glob Health Promot*. 13(2): 92-103.
- Benach, J., Muntaner, C. (2005). Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: España. El Viejo Topo.
- Borell, C. (2014). Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud. Epidemiología para periodistas y comunicadores. *Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve*, Nº 32. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve.

- Brown, WJ., Trost SG., Bauman, A., Mummery, K. y Owen, N. (2004). Test-retest reliability of four physical activity measures used in population surveys. *J Sci Med Sport*; 7: 205-15.
- Burszty, I., Kushnir R., Giovanella, L., Stolkiner, A., Sterman-Heimann, L., Riveros, M. y Sollazzo, A. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud Segmentados. *Rev. Salud Pública*. 12 (1), 77-88.
- Calaza Martinez, P. (2016). *Infraestructura Verde, Sistema Natural de Salud Pública*. Madrid, España: Ediciones Mundi-Prensa.
- Castell Florit-Serrate, P. (2004). Salud Pública. *La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba*. Ensayo. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba.
- Castiglia, G., Báscolo, E. y Yavich, N. (s.f.). *Políticas Públicas: Intervenciones Intersectoriales y Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado de <http://capacitalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/09/presentacion-mexico.pdf>
- Chapelet, A. y Torres Morales, A. (s.f.). El desafío de las Enfermedades Crónicas. Modulo 9. Certificado Universitario de competencias específicas en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de Atención Primaria de la Salud. Rosario: Santa Fé.
- Cockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health Soc Behav*. 46(1), 51-67.
- Cockerham W. (2009). Medical sociology. Prentice Hall; 11 ed. New Jersey. 119.
- Cockerham, W. (2014). The sociology of health in the United States: recent theoretical contributions. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19 (4),1031-1039. DOI: 10.1590/1413-81232014194.14872013

- Comisión Nacional de Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Las causas sociales de las inequidades en salud en Brasil*. Informe final del CNDSS. Rio de Janeiro, Brasil.
- Cristi-Montero, C; Celis-Morales C; Ramírez-Campillo, R, Aguilar-Farías, N; Álvarez, C y Rodríguez-Rodríguez, F. (2015). ¡Sedentarismo e inactividad física no son lo mismo!: una actualización de conceptos orientada a la prescripción del ejercicio físico para la salud. *Rev Med Chile*; 143, 1089-1090
- Cross, C. (2010). “*Políticas sociales focalizadas y producción de capacidades colectivas en una organización barrial del Área Reconquista*” en Cecilia Cross y Matías Berger (comp.): La producción del trabajo Asociativo: Condiciones, Experiencias y Prácticas en la economía social. Ciccus, Buenos Aires, 41-61.
- Cunill-Grau, N (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*,20 (1), 5-46.
- Dirección General de Estadísticas y Censos Chubut (DGEyC.) (2016). *Anuario Estadístico Chubut 2016*. Recuperado de [https://www.estadistica.chubut.gov.ar/archivos/Informes/Anuarios\\_estadisticos/Anuario\\_2016.pdf](https://www.estadistica.chubut.gov.ar/archivos/Informes/Anuarios_estadisticos/Anuario_2016.pdf)
- Dirección General de Estadísticas y Censos Chubut (DGEyC). (2020). *Población estimada al 1 de julio de cada año, según municipio. Provincia de Chubut. Años 2011-2020*. Rawson, Chubut. Recuperado de: [https://www.estadistica.chubut.gov.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=311&Itemid=243](https://www.estadistica.chubut.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=311&Itemid=243) Acceso: 24/3/2020.
- Duncan, K. y Maceiras; L. (2001). Traducción Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. *Salud Publica Educ Salud*; 1 (1): 19-22.

- Figueras J., McKee M., Lessof S., Duran A., Menabde N. (2008) *Sistemas de salud, salud y riqueza: evaluación del caso para invertir en sistemas de salud*. Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud. Copenhague, Dinamarca.
- Foro Económico Mundial (FEM). (2010) *Global Risks 2010*. Ginebra: Suiza. Recuperado de: <http://www.weforum.org/pdf/globalrisk/globalrisks2010.pdf>. Acceso: 15/3/2020.
- Foro Económico Mundial (FEM). (2020). La obesidad no es una tendencia imparable: esto es lo que podemos hacer de manera diferente. *Artículo de la Reunión Anual del Foro Económico Mundial Davos 2020*. Recuperado de: <https://es.weforum.org/agenda/2020/01/la-obesidad-no-es-una-tendencia-imparable-esto-es-lo-que-podemos-hacer-de-manera-diferente/>. Acceso: 11/2/2020.
- Franchella, J. (2013). *Actividad física y desarrollo humano. Aporte interdisciplinario para una perspectiva de derechos*. Red iberoamericana mujer y deporte. Buenos Aires: Argentina
- García, G. (2018). Clase 1 Estructura y organización de servicios de salud. Parte II: Organización de los servicios de salud y modelos de atención centrados en el paciente. {diapositivas en pdf} Maestría en Gestión de Servicios y Sistemas de Salud Cohorte. Chubut 2018.
- Gómez, J. (2013). *Aporte interdisciplinario para una perspectiva de derechos*. Red iberoamericana mujer y deporte actividad física y desarrollo humano/Red nacional de actividad física y desarrollo humano. Buenos Aires: Argentina.
- Herrmann, J. (2014). *Modelo de causalidad: la vulnerabilidad*. Documento elaborado para la Diplomatura de Gestión y Epidemiología. Capacita Salud. Instituto de la Salud "Juan Lazarte". Rosario, Argentina.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC). (2019). *Factores de Riesgo*. Recuperado de <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68> Acceso: 29/12/2019.
- Krieger N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Pan Am J Public Health*; 11 (5/6), 480-90.
- Laplacette, G. (2007). *Guías para el Primer Nivel de Atención de Salud: Programas y proyectos con Base Comunitaria*. UBA. Maestría en Salud Pública. Área de Cooperación Técnica. Buenos Aires, Argentina: UBA.
- Laspiur, S. (2016). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC - 2º ed.* - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación/REDES/CUS.
- Ley 27197. Ley nacional de lucha contra el sedentarismo. Publicada en Boletín Oficial Nacional 17/11/2015. Argentina. Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27197-255143#:~:text=Resumen%3A,BIENESTAR%20TOTAL%20DE%20LA%20PERSONA>.
- Ley I-624. Ley provincial de adhesión a la 27197. Publicada en Boletín oficial provincial el 8/8/2018. Recuperado de: <http://www.legischubut.gov.ar/hl/digesto/lxl/I-624.html>
- Matsudo, S; Rodrigues Matsudo, V; Araujo, T; Andrade, D, Andrade, E; Oliveira, L y Figueiredo Braggion, G. (2003). The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. *Pan Am J Public Health*, 14(4), 265-72.
- Menéndez, E. (1992). *Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible*. En: OPS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate en OPS,103-122.

- Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos* 16(46), 37-67.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Salud Colectiva*,8(1),185-207.
- Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Orientaciones planes comunales de promoción de la salud 2014*. Chile.
- Ministerio de Salud de Chubut. (2010). *Resolución N°. 243. Misiones y Funciones de la Dirección provincial de Prevención y promoción de la Salud*. Rawson, Chubut.
- Ministerio de Salud de Chubut. (2018). *Anuario Estadístico de Salud 2017*. Rawson, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013a). *Estrategia Nacional de prevención y control de ENT. Componente: Promoción de Salud. Plan Argentina Saludable*. Recuperado de <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento161.pdf>. Acceso: 24/3/2020
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013b). *Manual Director de Actividad Física y Salud de la República Argentina*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado de [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015\\_09\\_04\\_encuesta\\_nacional\\_factores\\_riesgo.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf) Acceso: 9/10/20
- Ministerio de Salud de la Nación. (2017a). *Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Síntesis estadística N°5*. Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/04/Sintesis-nro-5-natalidad-y-mortalidad-2017.pdf> Acceso: 17/7/2019.

- Ministerio de Salud de la Nación. (2017b). *Equipo de la Dirección Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables. Lineamientos estratégicos*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2017c). *Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles. Préstamo BIRF N° 8508. Manual Operativo*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2017d). *Proyecto Proteger. Préstamo BIRF N° 8508. Guía para la presentación semestral de los Indicadores Verificables de Transferencia (IVT)*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *Dirección de Promoción de la Salud y control de Enfermedades Crónicas No transmisibles. Objetivos e Informe de Gestión 2018*. Recuperado de: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001416cnt-2019-02\\_informe-de-gestion-ENT.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001416cnt-2019-02_informe-de-gestion-ENT.pdf) Acceso: 18/7/2019.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019a). *Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Informe definitivo*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019b). *Informe de gestión 2019, DECNT*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019c). *Plan Así*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-asi/el-plan-asi>
- Mintzberg, H. (2006). *Diseño de Organizaciones Eficientes*. Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo.
- Municipalidad de Rosario (2020). *Programa "Calle recreativa"*. Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/web/ciudad/deportes-y-recreacion/calle-recreativa> 21/11/2020. Acceso: 21/11/2020

- Municipalidad de Rosario (2020) *Programa “Mi bici tu bici”*. Recuperado de <https://www.rosario.gob.ar/web/servicios/movilidad/bicicletas/mi-bici-tu-bici> 21/11/2020. Acceso: 21/11/2020
- Municipalidad de Trelew. (2017) *Inauguración de la Sala de Situación de Salud Local (SSSL)-PNCMCS*. {diapositivas de Powerpoint}. Trelew, Argentina.
- Muñoz-Rodríguez, D., Arango-Alzate, C. y Segura-Cardona, A. (2018). Entornos y actividad física en enfermedades crónicas: más allá de factores asociados. *Univ. Salud*; 20(2), 183-199. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.122>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) [1979]. *Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte 21 de noviembre de 1978*. Conferencia general. 20ª reunión. París: Francia.
- Organización Mundial de la Salud / Salud y Bienestar Social Canadá/ Asociación Canadiense de Salud Pública (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Ottawa, Canadá. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf> Acceso: 18/4/2020
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra, Suiza. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HE\\_P\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=670C16B4EF6B7B4CD3B9169E1E6DD0AB?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HE_P_98.1_spa.pdf;jsessionid=670C16B4EF6B7B4CD3B9169E1E6DD0AB?sequence=1) Acceso: 20/3/2020
- Organización Mundial de la Salud (2002) *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducción de riesgos, promoción de una vida sana*. Ginebra, Suiza.

- Organización Mundial de la Salud. (2005) *Prevención de enfermedades crónicas: una inversión vital*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2010a). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra, Suiza. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2010b). *Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Suiza. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) captura:24/2/2021
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe de situación mundial sobre enfermedades no transmisibles 2010*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2014a). *Actividad física. Reporte Núm.: 384*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2014b). *ENT- Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf;jsessionid=459E9EEE434AF8629B2510BE94CB6C35?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=459E9EEE434AF8629B2510BE94CB6C35?sequence=1) Captura: 9/10/20
- Organización Mundial de la Salud / Comisión de Salud y Planificación Familiar de China. (2016). Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda. *9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. 21-24 Nov.* Shangai, China. Recuperado de: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1> Acceso:15/3/2020
- Organización Mundial de la Salud (2016). *¿Qué es la promoción de la salud? Preguntas y respuestas en línea*. Recuperado de: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>. Acceso: 15/3/2020

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Actividad física para la salud. Más personas activas para un mundo más sano: proyecto de plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030. Informe del Director General. 142<sup>a</sup> Reunión.* Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274122/B142\\_18-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274122/B142_18-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acceso 9/10/20
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades Cónicas No Transmisibles. Datos y cifras actualizado al 1 junio 2018.* Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acceso: 10/7/2019
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2020.* Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. (2005). *Políticas municipales para la promoción de la actividad física: Diálogo entre salud, transporte, obras y seguridad públicas.* Cuadernos de Promoción de la Salud núm. 14. Lima, Perú.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011a). *Enfermedades no transmisibles en las Américas: Todos los sectores de la sociedad pueden ayudar a resolver el problema. Informe temático sobre enfermedades no transmisibles.* Resumen. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho-policy-brief-1-sp-web1.pdf>. Acceso: 19/4/2020
- Organización Panamericana de la Salud. (2011b). *La carga económica de las enfermedades no transmisibles la región de las Américas. Informe temático sobre enfermedades no transmisibles.* Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho-policy-brief3-sp1.pdf>. Acceso: 19/4/2020

- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Las condiciones crónicas en la Atención Primaria de la Salud: La necesidad imperiosa de consolidar la Estrategia de Salud de la Familia*. Brasilia, Brasil.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica*. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Funciones esenciales de salud pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal: experiencia federal, 1a ed.* Buenos Aires. Argentina.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización mundial de la salud. (2017). *Documento Conceptual: intersectorialidad. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf> Acceso: 27/3/2021
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2020. Más personas activas para un mundo sano*. Washington, D.C.
- Patagonia. (2020). *Trelew: Datos geográficos*. Recuperado de: [https://www.patagonia.com.ar/Trelew/128\\_Trelew+datos+geogr%C3%A1ficos.html](https://www.patagonia.com.ar/Trelew/128_Trelew+datos+geogr%C3%A1ficos.html). Acceso: 24/3/2020
- Romero, T. (2009). Hacia una definición de Sedentarismo. Artículo de Revisión. *Rev Chil Cardiol*; 28, 409-413.
- Schwartz, MB. y Puhl, R. (2003). Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity reviews* 4,57-71.
- Sonis, A., Bello, J. y De Lellis, M. (2010.) *Mod 1: Salud y Sociedad. Posgrado salud social y comunitaria*. Ministerio de salud de la Nación. Buenos Aires, Argentina.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud

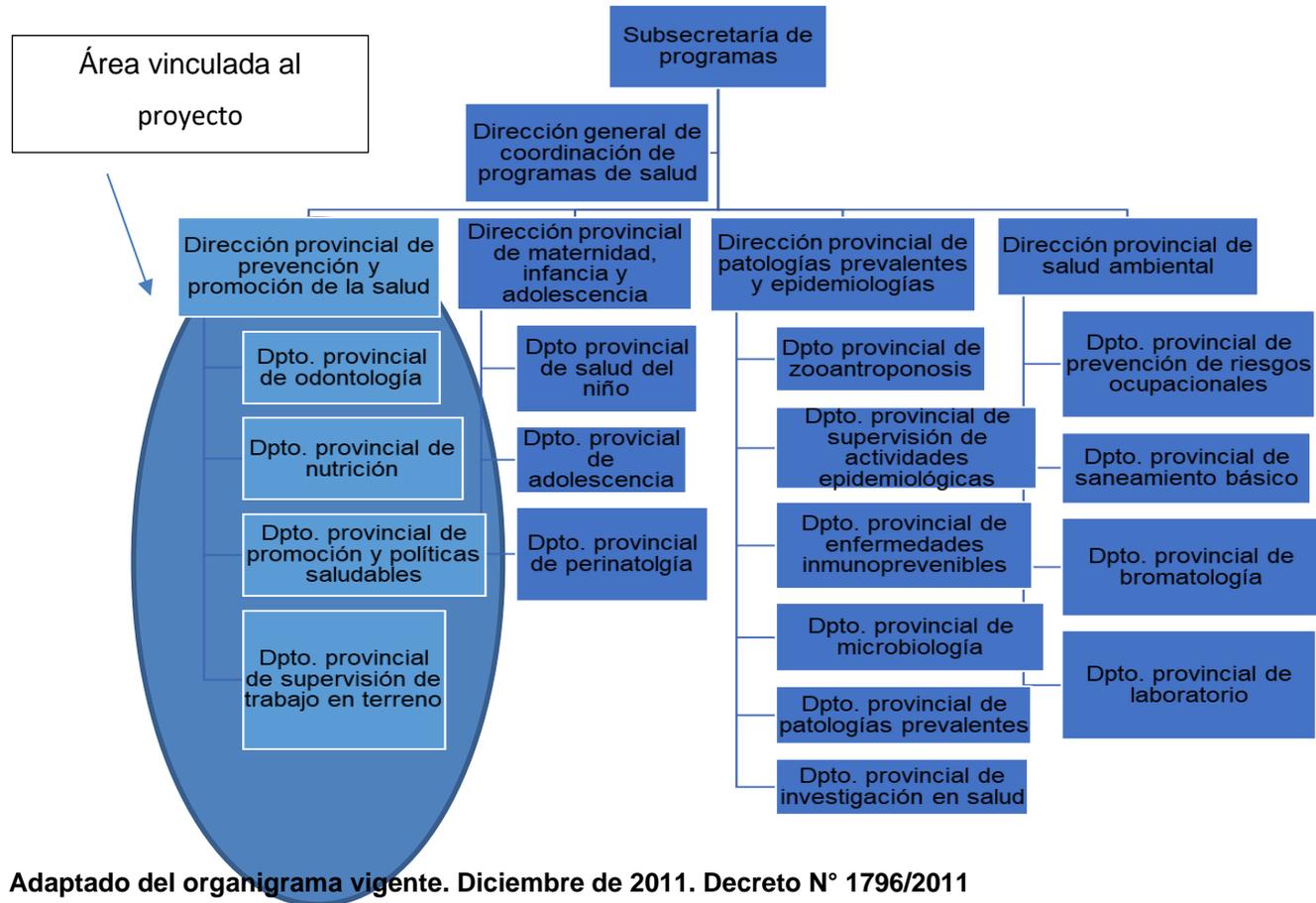


Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 23(1), 11-14.

Zaffaroni, E. (2019). *Intervenciones públicas para el fomento de la actividad física relacionadas a la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Estudio descriptivo del municipio de Rosario en el período 2003 - 2017.* (Tesis de posgrado para la Maestría en gestión de sistemas y servicios de salud) UNR. Centro de Estudios interdisciplinarios. Rosario, Santa Fé.

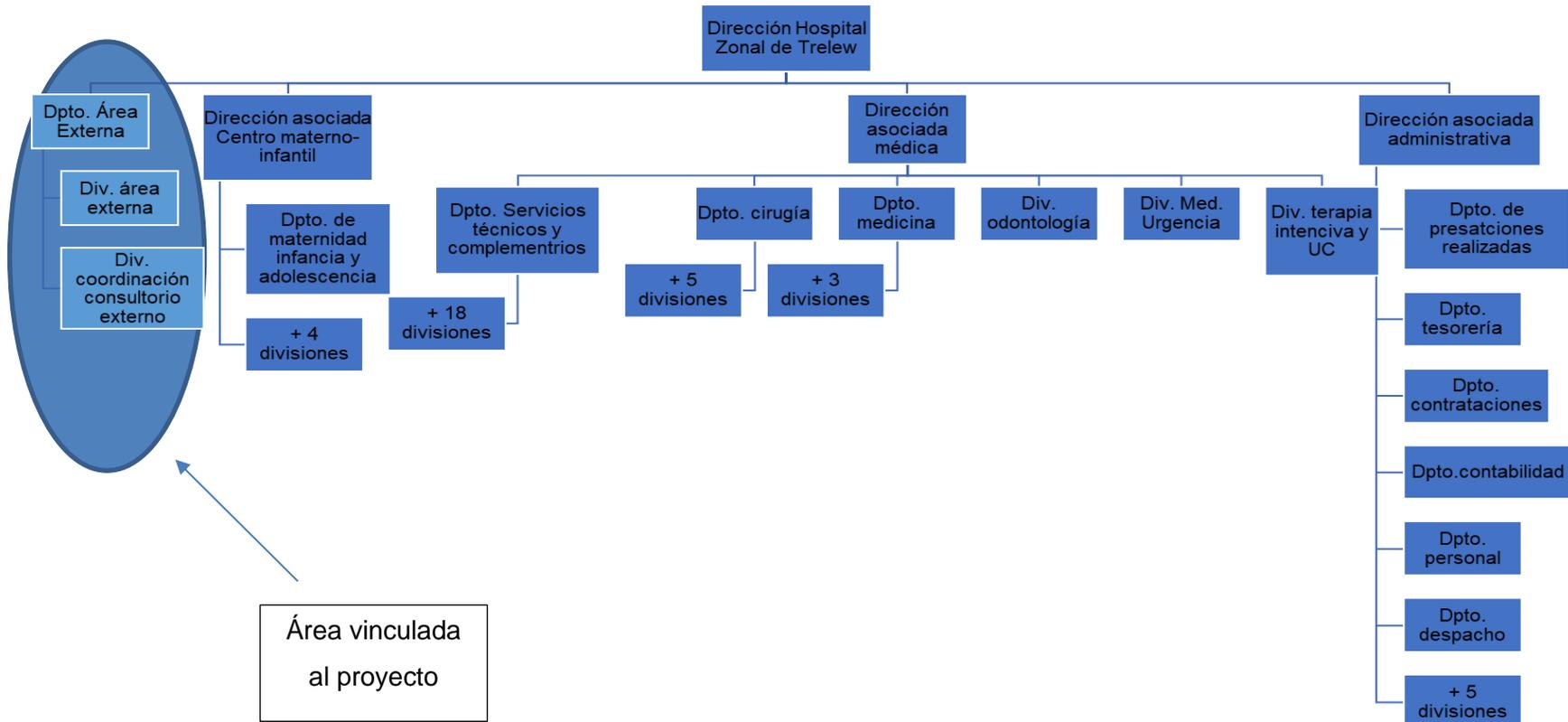
## XII. ANEXOS

### Anexo 1. Organigrama Subsecretaría de Programas /DPPYPS



Fuente: Adaptado del organigrama vigente. Diciembre de 2011. Decreto N° 1796/2011

## Anexo 2. Organigrama del Hospital zonal de Trelew (desarrollado hasta 3° línea jerárquica)



Fuente: Adaptado del organigrama actualizado al 15 de agosto de 2015 en base a los Decretos N° 176/07 - 1969/10.

## Anexo 3. Imágenes de espacios públicos para realizar AF

### Pista de atletismo



## Bicisenda



**Plaza Alfredo García**

