



Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo A. Podestá"
Repositorio Institucional

Gestión y competitividad en organizaciones de salud. Política pública sanitaria en Villa María

Análisis del programa Corazón Sano

Año
2014

Autor
Pieckenstainer, Ana Laura

Este documento está disponible para su consulta y descarga en el portal on line de la Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo Alberto Podestá", en el Repositorio Institucional de la **Universidad Nacional de Villa María**.

CITA SUGERIDA

Pieckenstainer, A. L. (2014). *Gestión y competitividad en organizaciones de salud. Política pública sanitaria en Villa María*. Villa María: Universidad Nacional de Villa María



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

**TERCER CONGRESO DE ADMINISTRACIÓN DEL CENTRO DE LA
REPÚBLICA**

ENCUENTRO REGIONAL CENTRO OESTE DE ADENAG

INTEGRACIÓN Y COMPETITIVIDAD PARA EL FUTURO DE LAS ORGANIZACIONES

VILLA MARÍA

06 y 07 DE NOVIEMBRE DE 2014

GESTIÓN Y COMPETITIVIDAD EN ORGANIZACIONES DE SALUD

**POLÍTICA PÚBLICA SANITARIA EN VILLA MARÍA: ANÁLISIS DEL PROGRAMA
CORAZÓN SANO**

PIECKENSTAINER, ANA LAURA: AUTORA Y EXPOSITORA

GESTIÓN Y COMPETITIVIDAD EN ORGANIZACIONES DE SALUD

POLÍTICA PÚBLICA SANITARIA EN VILLA MARÍA: ANÁLISIS DEL PROGRAMA CORAZÓN SANO

PALABRAS CLAVE: Gestión - Integración - Política Pública - Salud.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto la evaluación de la política pública de salud tendiente a la prevención y sensibilización en la población villamariense de enfermedades cardiovasculares a través del PROGRAMA CORAZÓN SANO que se implementa desde el año 2005. Para su desarrollo se realiza un estudio de los procesos desarrollados en la implementación del programa, identificando las etapas del diseño de la política pública, relevando las tareas desarrolladas en cada área de trabajo y realizando una evaluación del programa como herramienta de la política implementada.

El mismo se dirige a toda la población, especialmente orientando sus acciones a lograr el acceso irrestricto de toda la comunidad femenina. Con ello se pretende identificar su vinculación con la promoción de derechos humanos. Debido a que la inequidad social es una situación que provoca que no todas las personas y ciudadanos de una misma sociedad, comunidad o país, accedan a los mismos derechos, obligaciones, bienes o beneficios.

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte. El porcentaje es más elevado en las mujeres (55% de todas las muertes) comparado con el de los hombres (43% del total de fallecimientos). La mortalidad cardiovascular entre los hombres y mujeres de un estrato social bajo es incluso más elevada, según el "Informe de salud cardiovascular en España, en el contexto Europeo" realizado por la Sociedad Española de cardiología.¹

Más aún, desde tiempos históricos se pensó en la enfermedad cardiovascular (ECV) como un problema del hombre y no de la mujer. Recién en la última década, los profesionales de la salud comenzaron a reconocer su impacto en las mujeres y a tratar de explicar el por qué de algunos comportamientos diferentes.

¹ Disponible en: <http://www.secardiologia.es/images/stories/file/salud-cardiovascular-espana-europa.pdf>. 2008: Pág. 3. Consultado el 15/03/2013

Para verificar esta tendencia en la significación de la mujer, el programa realizó en el mes de Junio del 2005 una encuesta en la ciudad de Villa María, en donde a 637 mujeres se les preguntó - entre otras cosas - cuál consideraba que era la principal causa de enfermedad y muerte y solo el 13% respondió que eran las ECV, lo que corroboró esta realidad.

La mujer no se puede cuidar de aquello que no conoce, es por esto que a partir del año 2005 se pone en marcha el PROGRAMA CORAZÓN SANO, en el marco del Consejo Municipal de la Salud, de la Municipalidad de Villa María, para educar, sensibilizar y paralelamente investigar la prevalencia de los factores de riesgo que permitan diseñar un plan de acción en consecuencia.

Los resultados obtenidos como consecuencia del presente trabajo de investigación resultan de gran importancia para el Estado villamariense, sus miembros políticos, profesionales en materia de salud y la población en general, ya que aportan una concepción científica del problema que permitirá identificar el proceso de diseño, implementación, gestión y evaluación de la política pública local, en base al estudio del programa corazón sano.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS

El Estado asume obligaciones sociales que son ejercidas por el gobierno en todos sus niveles: nacional, provincial y municipal. El cuidado de la salud de una sociedad, constituye uno de los pilares del desarrollo de políticas públicas tendientes al cumplimiento de las responsabilidades y funciones estatales. Gobernar en la actualidad muestra una tendencia a promover la inclusión social y luchar contra la falta de equidad. Desde la política pública de salud, el imperativo es multiplicar las herramientas para aumentar la esperanza de vida del pueblo.

“Las Políticas públicas son proyectos y actividades que un Estado diseña y gestiona a través de un gobierno y una administración. Junto con la participación sectorial y ciudadana, las políticas públicas como proceso de satisfacción social suponen representatividad, productividad y transparencia respecto a las libertades civiles y los derechos políticos y, sobre esa base, eficiencia política y calidad institucional” (Graglia, Kunz y Merlo, 2010:1).

El objeto de tales políticas es convertir las necesidades insatisfechas a necesidades satisfechas. Las fases primarias son: diagnóstico, decisión, dirección y difusión, y las fases secundarias: identificar necesidades, formular problemas, formular alternativas, evaluar alternativas, legitimar proyectos, legalizarlos, activarlos, ejecutarlos, evaluar actividades, informarlas y divulgarlas, evaluar necesidades. (Graglia 2003: 3).

Durante varias décadas la provisión de salud y educación en la Argentina se efectuó a través de políticas universalistas o sistemas de seguridad social relacionados con el empleo, esquemas que se correspondieron con sistemas que expresaban el reconocimiento de algún derecho (ciudadano o del trabajador). En un contexto de déficit fiscal agravado por la deuda externa, a fines de los '80 el deterioro de los servicios públicos, el desfinanciamiento del sistema previsional, la creciente oposición empresarial a los sistemas de protección del trabajo, se constituyen en justificativos de las reformas de las políticas sociales (Grassi, 2003b, Cortés y Marshall, 1999).

La Organización Mundial de la Salud y otros organismos promotores de la salud utilizan el concepto de *política pública favorable para la salud* para recalcar la necesidad de que los gobiernos reconozcan y aborden los vínculos entre la salud y los entornos social, físico y económico.

La expresión *política pública saludable* se aplica a toda aquella decisión gubernamental que contribuye a mejorar las condiciones de salud de la población.

2.2. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA, DISEÑO Y GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

La planificación estratégica es un proceso que antecede al control de gestión, el cual permite hacer el seguimiento de los objetivos establecidos para el cumplimiento de la misión. En el sector público, la planificación estratégica se refiere a las grandes decisiones, al establecimiento de los Objetivos Estratégicos que permiten materializar la Misión y la Visión. Por lo tanto la PE es la base o el marco para el establecimiento de mecanismos de seguimiento y evaluación de dichos objetivos, es decir, el control de la gestión no se puede realizar sin un proceso previo de planificación estratégica.

El “PROGRAMA CORAZÓN SANO” en el marco de la política sanitaria implementada por el Consejo Municipal de Salud de la Municipalidad de Villa María, se circunscribe en el plano local con adherencia a los postulados que desde Alma-Ata (1978) son considerados como principios de atención primaria, siguiendo la teoría de la Planificación Estratégica en el Sector Público, para su diseño e implementación.

Graglia (2012), propone para un “buen gobierno” la orientación en relación con cuatro líneas complementarias de decisión y acción:

1. Ocuparse de las necesidades que son demandadas.
2. Preocuparse de las necesidades que no son demandadas.
3. Desactivar las demandas que no respondan a necesidades reales.
4. No iniciar proyectos ni actividades que no respondan a necesidades reales ni a demandas efectivas o, si estuvieran en marcha, terminarlos.

2.3. POLÍTICAS PARA EL DESARROLLO

Para Amartya Sen (2000) el desarrollo puede ser considerado como un proceso de expansión de las libertades reales que disfruta la gente. Con este enfoque, el crecimiento del Producto Bruto Interno (PBI), el incremento de los ingresos personales, la industrialización, el avance tecnológico o la modernización social, no resultan factores determinantes para evaluar el desarrollo de un país. En cambio, se evalúan los medios disponibles para que los miembros de la sociedad amplíen sus libertades que dependen, entre otros, de los siguientes factores:

- ✓ Planes sociales y económicos (Programas para la educación y el cuidado de la salud), y;
- ✓ Derechos civiles y políticos (Libertad de participar en debates y escrutinios públicos).

Desde el punto de vista de Graglia (2012), las condiciones del desarrollo en la Argentina y América Latina pueden resumirse en dos variables principales: 1) La receptividad política y 2) la legitimidad democrática.

La receptividad política se genera si los gobiernos tienen capacidad para resolver los problemas públicos y satisfacer las necesidades sociales. Respecto de la legitimidad democrática, se la entiende como la convicción de que la política pública es la más conveniente y apropiada para la sociedad reflejándose en el apoyo (difuso y específico) de la opinión pública.

Argentina se ha caracterizado por la ausencia de políticas de Estado. La continuidad del gobierno que las puso en marcha a otro que las sigue, hace que una política pública se convierta en una política de Estado. Esta continuidad requiere, por lo menos, que el gobierno entrante analice y evalúe los proyectos y las actividades del gobierno saliente y sobre esta base decida la continuidad o discontinuidad de las mismas.

2,6 LEGISLACIÓN

La Constitución de la Nación Argentina en su preámbulo menciona la promoción del bienestar general, para nosotros y para nuestra posteridad.

Desde el año 2001 la República Argentina se adhiere a la iniciativa impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con relación al movimiento Municipios y Comunidades Saludables a través del Ministerio de Salud de la Nación (MSN). En el año 2003 se crea la Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, a través de la Resolución 246/03.

Bajo los principios de "Salud Todos" y de "Atención Primaria de Salud" contenidos en la Declaración de Alma Ata y en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, se busca promover el desarrollo de intervenciones que, basadas en la evidencia disponible, mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias.

Con esta finalidad y reconociendo el carácter estratégico que adquiere el espacio local para el diseño y gestión de políticas públicas se creó el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables (PNMCS).

Por su parte, la Constitución de la Provincia de Córdoba en el artículo N° 59 define: "La salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social".

A nivel local, la Carta Orgánica Municipal de Villa María a través del artículo N° 39: "El Municipio, reconoce a la salud como un derecho fundamental del hombre desde la concepción, y garantiza el acceso igualitario a los bienes y servicios municipales relacionados con ella. El estado municipal, por sí o en concurrencia con otras jurisdicciones, promoverá y controlará la atención primaria de la salud, instrumentando a tal efecto programas de prevención."

2.7. CARACTERIZACIÓN DEL PROGRAMA CORAZÓN SANO

En la ciudad de Villa María se ha implementado desde el año 2005 hasta fines del 2008, el Programa "CORAZÓN SANO", de prevención de enfermedades cardiovasculares en la mujer, a cargo del Concejo Municipal de la Salud – Municipalidad de Villa María – Córdoba. Este es un programa que está avalado por la Federación Argentina de Cardiología.

Dentro de sus fundamentos se tiene en cuenta que la enfermedad cardiovascular en la mujer *es la principal causa de muerte*, por la transición epidemiológica, la mayor longevidad y más del tercio de su vida sin protección hormonal, el cambio genérico.

Estudios estadísticos publicados por la OMS en su Atlas (2005) se visualiza una proyección que indica que hacia el año 2020 las enfermedades no transmisibles serán causa posible del 75% de todas las muertes en el mundo. Las enfermedades coronarias serán causa en un 71% de muerte, el 75% por enfermedades cerebro vasculares y el 70% por diabetes, que se producirán especialmente en el mundo en vías de desarrollo. La mayoría de los factores de riesgo para estas enfermedades son factores conductuales (dieta, actividad física, tabaco, alcohol), biológicos (dislipidemia, hipertensión, sobrepeso) y, finalmente sociales (ámbito socioeconómico, cultural).

El Programa Corazón Sano, se basa en tres ejes de acción:

1. Investigación
2. Educación
3. Sensibilización

1.- *INVESTIGACIÓN*: Para conocer cuántas y cuáles son las mujeres en Villa María y la región que se encuentran en riesgo de presentar ECV (Enfermedad Cardio Vascular). En base a estos resultados organizar programas de prevención, tratamiento y concientización de la población.

2.- *EDUCACIÓN*: El programa pretende mejorar la salud CV (cardio vascular) en la mujer, generando conductas de vida saludable; alertar a los equipos de salud sobre la diferente presentación de la ECV (Enfermedad Cardio Vascular) en la mujer y capacitar a los profesionales sobre ésta problemática.

3.- *SENSIBILIZACIÓN*: Se elaboran estrategias de comunicación al dar a conocer la relevancia que tiene la modificación y control de los factores de riesgo cardiovasculares, como movilizar y comprometer a la comunidad con eventos de alto impacto.

El programa de prevención de enfermedades cardiovasculares en la Mujer "Corazón Sano" se llevó a cabo en los consultorios móviles hasta cubrir 33 barrios de la ciudad de Villa María para lograr una población de corazones más saludables, teniendo en cuenta el inciso "a" del rt. 7 de la Carta Orgánica Municipal de la Ciudad de Villa María.

La implementación del Programa Corazón Sano en la ciudad de Villa María representa un evento sin precedentes en materia de prevención de enfermedades cardiovasculares de la mujer, tendientes a reducir los riesgos de muerte por esta causa. Asimismo, es necesario realizar un análisis exhaustivo de las políticas públicas que lo sustentan con el objeto de potenciar los resultados en la implementación de nuevas estrategias.

3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1 PROBLEMA

¿Qué impacto sociocultural ha generado en la comunidad femenina de Villa María la implementación de las políticas públicas municipales como el Programa Corazón Sano en el período 2005 a 2013?

3.2. HIPÓTESIS

La implementación del PROGRAMA CORAZÓN SANO en el marco de la política pública de salud de la Municipalidad de Villa María, ha generado un impacto sociocultural asociado a la sensibilización y prevención de enfermedades cardiovasculares.

Variables

- **Dependiente:** Sensibilización y prevención de enfermedades cardiovasculares.
- **Independiente:** PROGRAMA CORAZÓN SANO.
- **Interviniente:** Política Pública sanitaria de la Municipalidad de Villa María.

3.3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

3.3.1. Objetivo general: evaluar el impacto sociocultural y la implementación de políticas públicas tendientes a la sensibilización y prevención de enfermedades cardiovasculares en el marco del Programa Corazón Sano de la Municipalidad de Villa María desarrollado durante el periodo 2005 a 2013.

3.3.2. Objetivos específicos:

- a) Identificar las necesidades y problemas sociales que motivaron la creación del Programa Corazón Sano en el marco de la política pública sanitaria en Villa María.
- b) Comparar las valoraciones expresadas en la encuesta inicial con las valoraciones posteriores a la implementación del Programa Corazón Sano.
- c) Valorar la receptividad política del Programa Corazón Sano en los términos de bienestar y eficiencia económica.
- d) Evaluar la legitimidad democrática del Programa Corazón Sano en términos de valoración de la acción pública realizada por funcionarios, profesionales y usuarios.

e) Elaborar un análisis crítico de la política pública implementada a través del Programa Corazón Sano identificando la suficiencia o insuficiencia de la misma en relación a las necesidades y problemas sociales que lo motivan.

f) Identificar los procedimientos utilizados en el diseño, implementación y evaluación del programa corazón sano.

3.4. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Es un tipo de estudio descriptivo que caracterizará la naturaleza del proyecto, un proceso dinámico que se inicia en el análisis del estado del arte que "*sirve de guía para saber cómo ha sido razonado el problema o alguna de sus dimensiones*" (Juliá y Scarponetti, 2006).

A tal fin se realizó además, una indagación bibliográfica para identificar las publicaciones y estudios de políticas públicas vinculadas a la salud, con el fin de detectar la metodología utilizada para la evaluación de las mismas, conceptos aportados y conclusiones arribadas como consecuencia de tales investigaciones.

Si bien el trabajo de campo se constituyó en un proceso continuo, pueden evidenciarse dos claras estrategias metodológicas. Por un lado, una aproximación al estado del arte acompañada por un exhaustivo análisis estadístico que se sostuvo en los datos arrojados por el Programa Corazón Sano como otra instancia de análisis documental y, por otra parte, un diseño de estudio de campo sostenido por técnicas de recolección de información, como entrevistas a funcionarios, profesionales y encuestas a mujeres que participaron del Programa.

La primera parte se sitúa en el análisis de información proveniente del período 2005-2008 como momento de iniciación del Programa Corazón Sano, mientras que el segundo corte se corresponde al período 2013 donde se evalúa el impacto de las acciones realizadas durante el 2005-2008.

El propósito es realizar una medición del impacto sociocultural de las políticas públicas de salud implementadas por la Municipalidad de Villa María del año 2005 a 2008 y explorar la expansión del proceso de sensibilización de enfermedades cardiovasculares en el grupo de mujeres. Este estudio se fundamenta en una investigación exploratoria descriptiva ya que permite caracterizar al fenómeno en estudio.

En la segunda etapa, el abordaje del impacto sociocultural como tipo de estudio, toma como situación inicial la investigación realizada por el Consejo Municipal de la Salud previamente a la implementación del programa y

sobre cuyos resultados se diseña a comienzos del año 2005 el Programa Corazón Sano. Además se realizará la revisión documental sobre el programa y los datos estadísticos preexistentes a partir de un sistema de categorías generadas. Para cotejar la situación actual, las técnicas de recolección de información seleccionadas son entrevista semiestructurada que se realizaron a profesionales, y funcionarios, encuestas a mujeres que participaron y participan del Programa municipal desde su implementación a la fecha.

La última etapa metodológica se vinculó al análisis de los datos a la luz de la teoría para concluir acerca del impacto sociocultural a partir de la evaluación del PROGRAMA CORAZÓN SANO como herramienta de política pública.

3.5. POBLACIÓN

Para el desarrollo de la investigación sobre la primera etapa, la población constituye el total de participantes del Programa Corazón Sano. El estudio de la documentación y estadísticas se aplicó sobre el total de 1200 mujeres que pertenecieron y pertenecen al Programa (Período 2005-2008).

Para el relevamiento de la segunda etapa de la investigación, la población objeto de estudio se compone por:

- 120 Mujeres participantes del PROGRAMA CORAZÓN SANO.
- Funcionarios Públicos a cargo del Consejo Municipal de Salud.
- Profesionales de la Salud pertenecientes a instituciones de la ciudad de Villa María (bioquímicos, técnicos, residentes en medicina).
- Profesionales Auxiliares de la salud que participan en la implementación del programa (médicos, psicólogo, enfermeras, trabajadora social).

3.6. MUESTRA

En el período 2005- 2008, participaron del Programa Corazón Sano 1200 mujeres, de las cuales, para la aplicación del trabajo de investigación, a comienzos de 2013, se tomó una muestra representativa de 120

mujeres² que fueron monitoreadas por el equipo del programa durante su ejecución. Las mismas se contactaron telefónicamente en el mes de octubre de 2013 y su inclusión dentro de la muestra respondió a la voluntad de participar hasta llegar al número definido.

Del grupo de profesionales se buscó la representatividad desde la interdisciplina en salud por lo que se consultó a un médico, una enfermera, un psicólogo y una trabajadora social.

Para evaluar el ciclo de vida del programa y obtener nuevas categorías analíticas se realizó una entrevista estructurada a la Dra Mildren del Sueldo como coordinadora del programa.

3.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Es un estudio predominantemente cuantitativo que apunta a generar un instrumento capaz de medir los resultados de las políticas públicas en materia de prevención de la salud, a través de la evaluación del impacto cuali-cuantitativo del Programa Corazón Sano. El informe cuantitativo con sus respectivos porcentajes se reflejó gráficamente como consecuencia de la tabulación de la información obtenida.

Con el objeto de medir el impacto sociocultural programado o esperado en relación al alcanzado se realizó un análisis documental del texto del programa presentado inicialmente ante las autoridades municipales para su aprobación en el año 2005, comparando el diseño inicial con las etapas desarrolladas y el presupuesto económico aplicado a tal fin. A su vez, las entrevistas semiestructuradas permitirán la incorporación de variables cualitativas propias de un estudio que arriba la dimensión socio cultural.

Al mismo tiempo, para evaluar el grado de sensibilización de los participantes se realizó un análisis comparativo de los resultados obtenidos en las encuestas iniciales aplicadas en el año 2005 por el Consejo Municipal de Salud, y las que se realizaron sobre la muestra seleccionada, durante el año 2013, con el fin de identificar las variaciones en la sensibilización de las mujeres seleccionadas.

² Calculo de la Muestra Representativa= $1200 \times 0,5^2 \times 1,96^2 / (1200-1) \times 0,09^2 + (0,5^2 \times 1,96^2) = 119,62$

3.8. UNIDAD DE OBSERVACION

El impacto socio cultural de la aplicación del programa CORAZON SANO.

3.9. UNIDADES DE ANALISIS

1. Programa Corazón Sano.
2. Equipo profesional participante del programa.
3. Coordinación del Programa.
4. Usuarios del Programa.
5. Datos estadísticos del Programa.

3.10. RECURSOS

Bibliografía, diseño del programa, contenido de otros programas de nivel provincial y nacional, informes de resultados presentados por los agentes del programa.

4. HALLAZGOS DEL TRABAJO DE CAMPO

4.1. POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD EN VILLA MARÍA

El programa Corazón Sano constituye uno de los instrumentos de implementación de las políticas públicas de salud en la Municipalidad de Villa María. Como resultado del relevamiento de la documentación que sustenta la política sanitaria local, se identificó la existencia del CONSEJO MUNICIPAL DE LA SALUD como órgano responsable del diseño de la política sanitaria.

Desde esta aproximación, se busca identificar las brechas de inequidad, ponderar la incidencia de los distintos factores en cada una de las dimensiones, diseñar políticas públicas y llevar a cabo las articulaciones institucionales, necesarias para posibilitar su abordaje y reducción.

Se evidencia la existencia de un organismo, con competencias específicas en materia de salud, constituido por profesionales idóneos en la materia y lineamientos concretos en relación a las necesidades sociales que demandan de la intervención del Estado. En este contexto, se diseñan e implementan programas sanitarios, como herramientas de ejecución de la política de salud en Villa María.

4.2. PROGRAMA CORAZÓN SANO

El relevamiento de los contenidos del Programa Corazón Sano se realizó a través de la inspección de la documentación oficial del programa, en complemento con una entrevista a la Dra Mildren del Sueldo, directora del programa y a profesionales que participaron en el mismo.

Con el objetivo de contextualizar el objeto bajo estudio, se realiza una descripción detallada de los procesos desarrollados en el programa y las estadísticas obtenidas inicialmente, que motivaron la implementación del mismo y el proceso de construcción de la política pública local ejecutada a través del Programa Corazón Sano.

4.2.1. Datos iniciales: el programa Corazón Sano se implementa en la Ciudad de Villa María, sobre un radio de 88.000 habitantes. El mismo se circunscribe a una política de salud, siendo solo uno entre otros programas que componen las políticas sanitarias locales. Participan en el programa un total de 27 efectores, distribuidos en las siguientes áreas:

- 16 efectores de 1° nivel de atención pública.
- 7 efectores de 2° nivel de atención públicos y privados.
- 4 efectores de 3° nivel de atención privados.

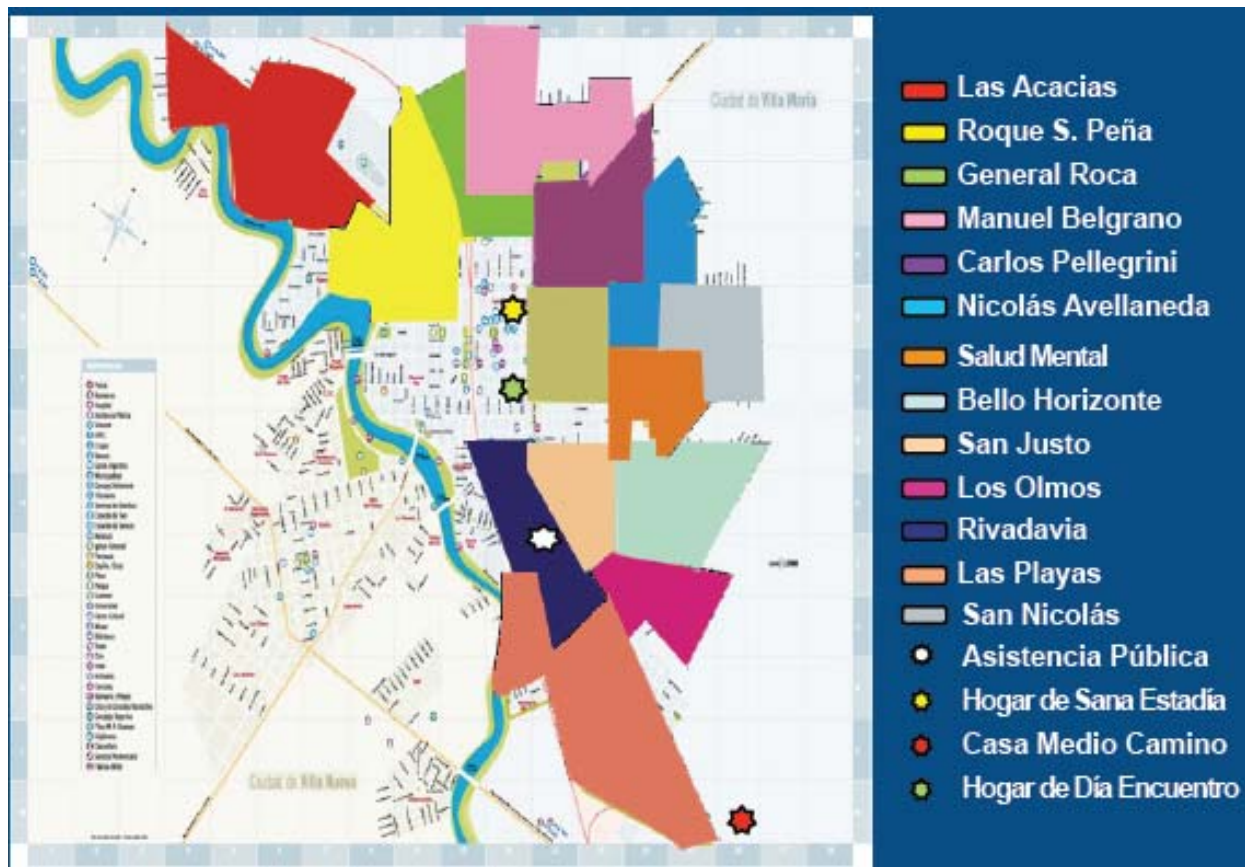
Se trata de una composición interdisciplinaria de equipos de salud, que adhiere a los principios de base universal de la Atención Primaria de Salud (APS).

Según la Directora del Programa, Corazón Sano, adhiere a los postulados de política pública de salud definidos por la Municipalidad de Villa María: *su objetivo es el de promover la salud, para proveer de herramientas a las personas para sostener y recuperar la salud* (Del Sueldo, 2012).

En relación al objeto del presente trabajo, la Dra Mildren del Sueldo, expresa: *"el Programa Corazón sano, se realiza en un espacio territorial determinado, definido territorial, poblacional, administrativo y políticamente"*.

La ejecución del programa se realizó en los centros de Atención Primaria de la Salud en la zona de influencia, distribuidos geográficamente según se muestra en la Figura 3.

FIGURA 1: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (CAPS)



FUENTE: Documento de planificación del PROGRAMA CORAZÓN SANO

4.2.2. Caracterización del problema: el factor determinante que motiva el diseño y ejecución de un programa dirigido a la prevención de ECV en mujeres, surge de indicadores publicados por la OMS, donde se demuestra que, durante la década del noventa se observó una disminución en la mortalidad por ECV de manera marcada e ininterrumpida en el hombre, pero esto ha sido diferente en las mujeres. Desde el año 1984 en adelante es mayor el número de mujeres que fallecen por causas de ECV que los hombres (OMS, 2000).

La Dra. Mildren del Sueldo adhiere a los postulados de la Dra Nanette Wenger de la Universidad de Emory, Atlanta (USA), quien afirma "el mundo médico debe acostumbrarse a no tener una "visión bikini" de la mujer, centrada en sus mamas y órganos reproductores, ya que no son estos los únicos responsables de la enfermedad y muerte de las mismas" (Del Sueldo, 2012).

El profesor Dr Cesar Serra en colaboración con la Dra Mildren del Sueldo (2004), en el artículo "¿Porque las enfermedades cardiovasculares en la mujer, son una temática actual?" (2004) analizan históricamente la evolución de la ECV de las mujeres, expresando que antiguamente, o bien las mujeres realmente tenían una baja incidencia de enfermedades cardiovasculares, la misma no se diagnosticaba y/o algo cambio en la evolución de la mujer, hasta transformarla en nuestros días en su principal causa de enfermedad y muerte.

En primer lugar existe una *transición epidemiológica*, que ha producido un cambio en la prevalencia de las enfermedades en general, pasando desde principios del siglo pasado, al estadio actual de Enfermedades degenerativas crónicas. En este estadio, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, son las principales causas de morbi-mortalidad, tanto en hombres como en mujeres.

En segundo lugar y ya propio de la mujer, esta vive más años, es *más longeva*, con una expectativa de vida actual de 80 años, estando entonces más expuesta para el desarrollo de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, etc. Por otro lado si bien los años de vida se han prolongado, no lo ha hecho en la misma medida el momento en el que la mujer deja de menstruar, donde deja de estar bajo el paraguas protector de las hormonas femeninas.

El otro hecho, de suma relevancia es la *evolución genérica de la mujer* en los últimos 30 años. El Corazón femenino es diferente en muchos aspectos al masculino, anatómica y fisiológicamente. Existe una preocupación generalizada de que la involucración creciente de la mujer en *múltiples roles*, se traduce en más responsabilidades en el trabajo y en la familia, que pueden dañar su salud física.

La información presentada sirvió de antecedente para la Directora del Programa, quien identifica el problema en cuestión como la inexistencia de información suficiente y medidas preventivas adecuadas que permitan alertar a la población femenina sobre los riesgos que representan las ECV para su salud. Para corroborarlo, se realizó una encuesta en el año 2005 sobre una muestra de mujeres adultas de la ciudad de Villa María; los resultados obtenidos en el primer relevamiento determinaron un desfase entre la significación de la causa de muerte entre las mujeres consultadas y los nuevos registros de causa de muerte femenina. De hecho, sólo el 14% de las mujeres consultadas creen que pueden morir por una ECV, mientras que el resto asocia la mortalidad a otras causas.

El resultado de los relevamientos realizados a nivel nacional, permitió identificar que 3 de cada 10 mujeres morían por el efecto de ECV, mientras que en el ámbito local las mujeres encuestadas no identificaban esta situación, demostrando un alejamiento de las estadísticas.

4.2.3. Diseño y ejecución del PROGRAMA CORAZÓN SANO: el proceso de construcción de la política pública, ejecución y evaluación fue relevado a través de la entrevista realizada con la Dra Mildren del Sueldo, directora del programa, y parte del equipo interdisciplinario participante; además del examen de la documentación relativa al PROGRAMA CORAZÓN SANO.

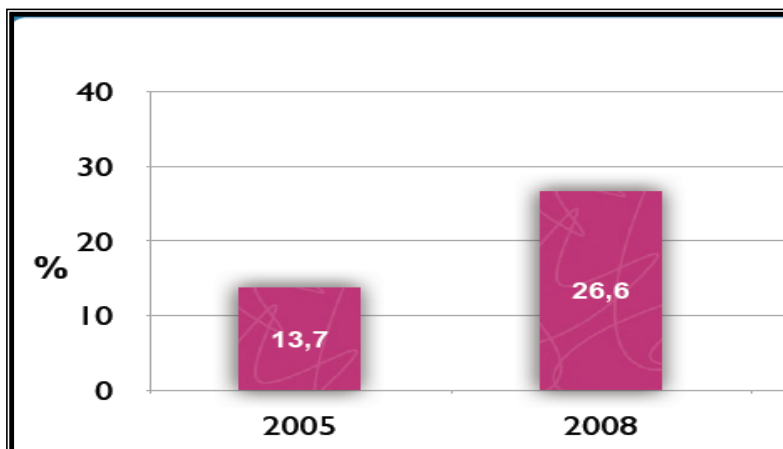
Inicialmente se realizaron los siguientes acuerdos para el desarrollo de la etapa de planificación y posterior ejecución:

- En primer lugar entre la Intendencia de Villa María y el Dr. César Serra como asesor ad honorem del programa.
- Luego con la Federación Argentina de Cardiología a través de su comité de ECV (enfermedades cardiovasculares) en la mujer.
- Desde el punto de vista operativo, acuerdo con el Laboratorio del Hospital Pasteur para la realización de los análisis bioquímicos, con la Clínica de Especialidades y el equipo de salud del Consejo Municipal de la Salud.
- El instituto Leibnitz para la carga de los datos estadísticos.

La etapa de planificación del proyecto culminó con el diseño de la documentación necesaria para realizar el diagnóstico clínico de las mujeres participantes y el programa de las actividades necesarias para lograr la sensibilización de la población femenina, en un tiempo estimado de 3 años de duración, con un presupuesto de \$ 80.000.

En relación a la evaluación realizada por el equipo del PROGRAMA CORAZÓN SANO, se realizaron monitoreos permanentes a las mujeres participantes y una encuesta cada tres años con el fin de detectar el grado de sensibilización en relación a las ECV. En la siguiente figura se refleja la evolución de la sensibilización en el período relevado por el equipo del PROGRAMA CORAZON SANO.

EVOLUCIÓN DE LA SENSIBILIZACIÓN



FUENTE: Consejo Municipal de la Salud

Los datos presentados evidencian resultados positivos en la sensibilización de las mujeres, respecto de las EVC como causa de muerte.

Los profesionales que integran el equipo manifiestan conocer los antecedentes del programa, y los lineamientos que definen la política sanitaria villamariense. Inicialmente se realizaron reuniones, para que cada uno aporte sus criterios respecto de las necesidades de información y la importancia de la prevención, en la comunidad femenina villamariense. En las reuniones preliminares se planificaron las etapas del programa y definieron las responsabilidades resaltando la importancia de la participación de un equipo que se desempeñe en forma coherente con los objetivos planteados.

El equipo médico participó en el diagnóstico de las mujeres participantes, realizando un relevamiento clínico, con la asistencia del personal de enfermería, quienes acompañan el proceso a través de la toma de tensión arterial, elaboración de las fichas personales y asistencia permanente a los médicos y mujeres monitoreadas.

La psicóloga diagnosticó el perfil psicológico de las mujeres participantes y de la población en general, detectando los factores relevantes para el abordaje a través de conferencias, talleres, caminatas y charlas orientadas a la sensibilización. La trabajadora social estuvo a cargo de la elaboración de un informe personalizado, con el diagnóstico clínico de cada una de las mujeres participantes y las recomendaciones para la

prevención de EVC. Además, realizó la interpretación de los resultados y el diagnóstico de los hallazgos y su evolución.

Durante la ejecución del programa (2005-2008) se realizaron reuniones con la directora del proyecto, con una periodicidad quincenal, donde cada uno de los miembros del equipo presentó los resultados obtenidos, y nuevas propuestas para su continuidad.

Cada uno de los profesionales consultados realiza una valoración de los resultados obtenidos con el PROGRAMA CORAZÓN SANO. En general, el médico, la enfermera y el psicólogo, manifiestan que no han participado en la evaluación del PROGRAMA CORAZÓN SANO como instrumento de política sanitaria. Por el contrario, conocen los resultados estadísticos y su importancia en el aporte a la comunidad profesional, sin considerar los efectos respecto de las necesidades sociales y la intervención del Estado a través de políticas sanitarias.

Los profesionales que integraron el equipo interdisciplinario calificaron positivamente el proceso de diseño y ejecución del PROGRAMA CORAZÓN SANO, aunque reconocen que la tarea de evaluación integral del mismo es de conocimiento exclusivo de la directora y sus asistentes personales.

4.3. ENCUESTAS A USUARIOS

Con el objetivo de evaluar los resultados del PROGRAMA CORAZÓN SANO en relación al nivel de significación de los usuarios, siendo estos el grupo de mujeres participantes, se realizó una encuesta para obtener información que permita la evaluación de la política pública implementada.

El estudio se desarrolló durante el mes de Octubre de 2013, sobre una muestra de 120 mujeres participantes, con el fin de evaluar el impacto de las políticas aplicadas en relación a la incidencia de las ECV como principal causa de muerte.

Se seleccionaron 20 mujeres menores de 30 años, 38 mujeres de entre 31 y 45 años, 53 mujeres de entre 46 y 60 años y 9 mujeres mayores de 60 años, del listado de participantes registrados en el PROGRAMA CORAZÓN SANO.

Es importante destacar, que para la selección de la muestra, se seleccionaron principalmente mujeres cuyo rango de edad se encuentra en etapas, donde la prevención resulta indispensable para evitar los riesgos de ECV. Así, el 44% de las mujeres encuestadas tienen entre 46 y 60 años, mientras que un 32% se encuentra entre 31 y 45 años, siendo representativa para el estudio la definición del grado de sensibilización reflejado por esta muestra.

Se evidencia en los resultados obtenidos un mayor reconocimiento de las mujeres participantes en relación a las ECV que representa importantes cambios respecto de los datos iniciales. En el 2013, el 40% de las mujeres reconocen a las ECV como causa de muerte, mientras que en el año 2005, sólo el 13% consideraba sus efectos.

Evidentemente, la participación del equipo profesional resulta relevante para la salud de la mujer. En los resultados queda reflejada la actividad del centro vecinal y del material gráfico como fuentes eficientes para la difusión e información de las políticas públicas.

Con el fin de evaluar la significación de la política pública implementada a través del PROGRAMA CORAZÓN SANO, se consultó a las mujeres participantes respecto de los cambios en la vida personal, como consecuencia de la sensibilización frente al riesgo de muerte que generan las ECV.

Los resultados obtenidos indican que solo el 3% de las mujeres reconocen la inexistencia de cambios en sus hábitos personales, luego de participar en el PROGRAMA CORAZÓN SANO. El resto manifiesta modificaciones positivas como la incorporación de la actividad física (33%) o la alimentación saludable (36%), siendo positivos los efectos de estos cambios para la prevención de las ECV.

Además se consultó a las participantes respecto de la evaluación de la política pública de salud desarrollada a través del PROGRAMA CORAZÓN SANO. En general, se encuentra muy bien calificado el proyecto por la metodología en que se llevó a cabo, potenciando la actuación del equipo. En relación a la gestión del estado, las mujeres consultadas manifestaron su adhesión a las medidas, aunque con una masividad menor, ya que calificaron de "buena" la actuación frente a las calificaciones de "muy buena" y "excelente" en relación a la atención y equipo participante.

También se consultó respecto de su opinión en relación al gasto público sanitario. Manifiestan su percepción respecto de la escasez de recursos estatales para la prevención de enfermedades, aunque un alto porcentaje (15%) expresó no conocer este tipo de indicadores.

5. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS FINALES

El diseño de la política pública de salud a nivel local representa una de las principales funciones del estado municipal, en respuesta a las necesidades sanitarias insatisfechas y la existencia de problemas actuales o potenciales.

En tal sentido, el PROGRAMA CORAZÓN SANO, es una herramienta de la política diseñada por el Consejo Municipal de la Salud, para el desarrollo de actividades tendientes a la sensibilización de la mujer, respecto al riesgo de muerte que representan las enfermedades cardiovasculares.

En el presente trabajo, se realizó un relevamiento de los procesos desarrollados en el programa bajo estudio, con el objetivo de evaluar el impacto sociocultural y la implementación de políticas públicas sanitarias en Villa María.

Para identificar los conceptos que sustentan la teoría de la política pública, en el desarrollo del PROGRAMA CORAZÓN SANO, inicialmente se realiza una evaluación de la estructura o configuración interna de la política que lo sustenta. En tal sentido, el proceso de planificación estratégica desarrollado refleja la detección de necesidades insatisfechas en las mujeres villamarienses, por el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, debido a la falta de sensibilización y prevención de las mismas.

Se detectó la existencia de un organismo responsable del diseño y ejecución de políticas públicas sanitarias, el Consejo Municipal de la Salud, integrado por un equipo interdisciplinario de profesionales médicos y funcionarios relacionados con la disciplina. La estructura del área permite la captación de las necesidades de atención primaria básica de salud en todas las áreas de la ciudad a través de la instrumentación de CAPS, lo cual demuestra coherencia en relación a los postulados establecidos en Alma-Ata, reconocidos en la gestión local de la salud.

Para el diseño del PROGRAMA CORAZÓN SANO se identificaron necesidades y problemas sociales basadas la detección de la falta de sensibilización de las mujeres en relación al riesgo por las enfermedades cardiovasculares. Este factor ha motivado el desarrollo de actividades tendientes a la promoción de hábitos preventivos, con el fin de lograr la sensibilización de la mujer. Los resultados fueron relevados a través del monitoreo clínico y encuestas a 1200 mujeres participantes.

En general, la estructura interna relativa al proceso de diseño, ejecución y evaluación del PROGRAMA CORAZÓN SANO ha sido eficiente frente a la satisfacción de necesidades de información de las mujeres, en relación al riesgo por ECV. El análisis comparativo de los resultados reflejados en las encuestas realizadas demuestra la existencia de un mayor número de mujeres sensibilizadas respecto de los riesgos de muerte por ECV.

Existen aspectos negativos originados en la falta de concepción del programa como herramienta de una política sanitaria local. El equipo responsable del diseño y ejecución desarrolló las actividades planificadas desde una óptica clínica, con el fin de obtener datos estadísticos que permitan el diseño de nuevos programas para disminuir la mortalidad, sin considerar el fin social que motivó su ejecución. Esta situación ha generado efectos no medidos, en relación a las condiciones sociales de las mujeres participantes, la estratificación de problemas sanitarios y riesgos de ECV relativas a diversos sectores sociales, la planificación de resultados esperados que permitan medir el grado de sensibilización así como la medición de la eficiencia en los recursos públicos involucrados en el programa.

En síntesis, el PROGRAMA CORAZÓN SANO ha generados importantes resultados para la comunidad salubrista, frente a la inexistencia de estudios que permitan monitorear clínicamente el estado de salud de las mujeres y su relación con el riesgo de muerte por ECV. Los datos estadísticos permiten diseñar nuevas políticas tendientes a la prevención de este tipo de enfermedades extensibles a toda la población.

El PROGRAMA CORAZÓN SANO representa una de las primeras herramientas de la política pública de salud en la ciudad de Villa María. El impacto sociocultural producido como consecuencia de la implementación de esta política, tendiente a la sensibilización de las mujeres por el riesgo de muerte originado en ECV, es positivo ya que ha permitido sensibilizar a la población, modificar hábitos para reducir riesgos y sensibilizar a la población frente al riesgo de este tipo de enfermedades.

6. BIBLIOGRAFÍA

- OMS, ALMA ATA, *ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*. OMS. 1978
- AHUMADA, JORGE. *COHESIÓN SOCIAL Y CAMBIO ESTRUCTURAL: DISCUTIENDO LA SUBJETIVIDAD EN LAS ORGANIZACIONES DEL MUNDO DEL TRABAJO*. ENSAYO PUBLICADO EN LA "REVUE ECONOMIQUE ET SOCIALES" 61, AGOSTO 2002, HEC, BULLETIN DE LA SOCIETE DETUDES ECONOMIQUES ET SOCIALES, LAUSANNE, SUIZA.
- BOTANA, N. *LA REPUBLICA VACILANTE*. TAURUS. BUENOS AIRES. 2002 PÁG. 73 CITADO POR TONOS G. EN SU LIBRO "CALIDAD DE VIDA Y DESGASTE PROFESIONAL". EDITORIAL ESPACIO. BUENOS AIRES. 2003. PÁG. 31
- BUSTOS MUNOZ, PATRICIA. *ORIGEN PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ADULTOS JÓVENES: UN ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO*. FACULTAD DE MEDICINA. DIVISIÓN CIENCIAS MÉDICAS NORTE. DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN. UNIVERSIDAD DE CHILE. CHILE. 2004.
- CARTA ORGÁNICA MUNICIPAL (VILLA MARÍA).
- GENNERO, PATRICIA; MONTI, ANALÍA J.; THEILER, ELIZABETH. *POLÍTICAS SOCIALES EN LAS AGENDAS MUNICIPALES. ESCENARIOS Y ARENAS EN LA GESTIÓN DE LO SOCIAL. ESTUDIO COMPARATIVO EN MUNICIPIOS CON DIFERENTE CAPACIDAD DE INSERCIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO ECONÓMICO REGIONAL. VILLA MARÍA. 2003-2006*. UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA. SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN. INSTITUTO ACADÉMICO PEDAGÓGICO DE CIENCIAS SOCIALES. 2010.
- GRAGLIA, EMILIO. "EN LA BÚSQUEDA DEL BIEN COMÚN. MANUAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS". KONRAD ADENAUER STIFTUNG, 2012
- GRAGLIA, EMILIO. *DISEÑO Y GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS, HACIA UN MODELO RELACIONAL. CONCEPTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS*. CÓRDOBA. EDUCC. 2005
- GRAGLIA, EMILIO. *GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS*. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA. ICDA: INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN. CÓRDOBA. 2003
- JULIÁ, MARTA; SCARPONETTI, PATRICIA. *ANUARIO IX. ANEXO METODOLÓGICO*. UNC. FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES. CENTRO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS Y SOCIALES. 1ª EDICIÓN. MEL EDITOR. CÓRDOBA. 2006.
- MATERIAL DEL COMITÉ DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LA MUJER ADULTA, FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA Y DEL CONSEJO MUNICIPAL DE LA SALUD.
- TONON G. *CALIDAD DE VIDA Y DESGASTE PROFESIONAL*. EDITORIAL ESPACIO. BUENOS AIRES. 2003.
- PÁGINAS DE INTERNET:
 - ✓ BALLART XAVIER. *MODELOS TEÓRICOS PARA LA PRÁCTICA DE LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS*. Q. BRUGUÉ Y J. SUBIRATS (EDS.) LECTURAS DE GESTIÓN PÚBLICA, INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, MADRID, 1996. PÁGINAS 321-352; ISBN: 84-340-0907-2. (EN LÍNEA). DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.XAVIERBALLART.COM /PUBLICACIONES/007_MODELOS_EVALUACION.PDF](http://www.xavierballart.com/publicacions/007_modelos_evaluacion.pdf)

- ✓ BRUGUÉ, QUIM Y RICARD GOMÀ (COORDS). *GOBIERNOS LOCALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS. BIENESTAR SOCIAL, PROMOCIÓN ECONÓMICA Y TERRITORIO*. ARIEL CIENCIA POLÍTICA. BARCELONA, 1998, 284 PÁGINAS. (EN LÍNEA). DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.ASOCAM.ORG/BIBLIOTECA/DEL_195.PDF](http://www.asocam.org/biblioteca/del_195.pdf)
- ✓ CONCEJO MUNICIPAL DE LA SALUD, [WWW.VILLAMARIA.GOV.AR/CONSEJO -MUNICIPAL-DE-LA-SALUD.PHP;](http://www.villamaria.gov.ar/consejo_municipal_de_la_salud.php) "PROGRAMA DE PREVENCIÓN CORAZÓN SANO"
- ✓ GEORGIEVA, RADKA IVANOVA . *FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN LA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR, CARDÍACA Y PERIFÉRICA*. TESIS DOCTORAL UNIVERSIDAD DE GRANADA. 2007. [HTTP://HERA.UGR.ES/TESISUGR/16595464.PDF](http://hera.ugr.es/tesisugr/16595464.pdf)
- ✓ GONZÁLES GARCÍA, GINES. *POLÍTICAS DE SALUD EN LA ARGENTINA EN LOS UMBRALES DEL SIGLO XXI*. MEDICINA Y SOCIEDAD. VOL. 20, NO. 1, ENERO-MARZO 1997. (EN LÍNEA). DISPONIBLE EN: [HTTP://CDI.MECON.GOV.AR/CGI-BIN/PPPP.EXE?REC_ID=047006&DATABASE=PPPP&SEARCH_TYPE=LINK&TABLE=ALLS&LANG=SPA&FORMAT_NAME=SFALL](http://cdi.mecon.gov.ar/cgi-bin/pppp.exe?rec_id=047006&database=pppp&search_type=link&table=all&lang=spa&format_name=sfall)
- ✓ LIP, CÉSAR; RECABADO, FERNANDO. *DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN PERÚ*. CUADERNOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD N° 17. MINISTERIO DE SALUD. UNIVERSIDAD NORBERT WIENER. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. LIMA, PERÚ. 2005. (EN LÍNEA). DISPONIBLE EN: [HTTP://BVS.MINSA.GOB.PE/LOCAL/MINSA/143_DETERSOC.PDF](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/143_detersoc.pdf)
- ✓ I.D. E. S. A. INSTITUTO PARA EL DESARROLLO SOCIAL ARGENTINO. *POLÍTICAS PARA EL DESARROLLO SOCIAL*. (EN LÍNEA). DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.IDESA.ORG/V2/](http://www.idesa.org/v2/)
- ✓ MEZA RUEDA, M. S. J. *EL PAPEL DE LO POLÍTICO EN LA CONSTRUCCIÓN DE UNA NACIÓN*. EN LO POLÍTICO EN AMÉRICA LATINA. EQUIPO JESUITA LATINOAMERICANO DE REFLEXIÓN FILOSÓFICA. EDITORIAL BONUM. BUENOS AIRES. 1999. PÁG. 402 CITADO POR TONOS G. EN SU LIBRO "CALIDAD DE VIDA Y DESGASTE PROFESIONAL". EDITORIAL ESPACIO. BUENOS AIRES. 2003.
- ✓ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, [WWW.CIENMILCORAZONES.ORG.AR](http://www.cienmilcorazones.org.ar), CAMPAÑA CONTRA ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.
- ✓ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. [WWW.GOB.SAL.AR](http://www.gob.sal.ar); PROGRAMAS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS
- ✓ MONTOYA, SILVIA. *ASIMETRÍAS SOCIALES EN EL MERCOSUR*. FUNDACIÓN MEDITERRÁNEA. SERIE ESTUDIOS. NO.69. ABRIL-JUNIO DE 1994. SOROS G. "LA CRISIS DEL CAPITALISMO GLOBAL". ED. PLANETA. 1988. (EN LÍNEA). DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW1.UNNE.EDU.AR/CYT/SOCIALES/S-011.PDF](http://www1.unne.edu.ar/cyt/sociales/s-011.pdf)
- ✓ MUNOZ FRANCO, NORA EUGENIA. *REFLEXIONES SOBRE EL CUIDADO DE SÍ COMO CATEGORÍA DE ANÁLISIS EN SALUD. SALUD COLECTIVA*, LANÚS, V. 5, N. 3, DIC. 2009 . DISPONIBLE EN <[HTTP://WWW.SCIELO.ORG.AR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1851-82652009000300007&LNG=ES&NRM=ISO](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300007&lng=es&nrm=iso)>. ACCEDIDO EN 03 JUN. 2012.
- ✓ ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL (O. I. S. S.). *LA ESTRATEGIA IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*. (EN LÍNEA). DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.OISS.ORG/SPIP.PHP?RUBRIQUE573](http://www.oiss.org/spip.php?rubrique573)
- ✓ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, [WWW.PAHO.ORG](http://www.paho.org), ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES A NIVEL MUNDIAL.

- ✓ PALMA LINARES, INMACULADA. *HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE DE LAS MUJERES ADULTAS CATALANAS*. TESIS DOCTORAL. UNIVERSIDAD DE BARCELONA. DPTO. SALUD PÚBLICA. FACULTAD DE MEDICINA. 2004. [HTTP://TDX.CAT/BITSTREAM/HANDLE/10803/2836/](http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/2836/)
- ✓ RED DE MUNICIPALIDADES, ÁREA SALUD REGIONAL, [WWW.REDMUNISAL.GOV.AR](http://www.redmunisal.gov.ar)
- ✓ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. *INFORME DE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA EN EL CONTEXTO EUROPEO*. (EN LÍNEA). DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.SECARDIOLOGIA.ES](http://www.secardiologia.es) /IMAGES/STORIES/FILE/SALUD-CARDIOVASCULAR-ESPANA-EUROPA.PDF. 2008: PÁG. 3.
- ✓ SUBIRATS, JOAN. *ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y GESTIÓN PÚBLICA: PROMESAS Y RIESGOS DE UNA VIDA EN COMÚN*. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA. [EKONOMIAZ: REVISTA VASCA DE ECONOMÍA](http://www.economiaz.com), ISSN 0213-3865, [Nº. 26, 1993](http://www.economiaz.com) (EJEMPLAR DEDICADO A: LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA: FACTOR DE COMPETITIVIDAD), PÁGS. 144-149. DIALNET. (EN LÍNEA). DISPONIBLE EN: [HTTP://DIALNET.UNIRIOJA.ES/SERVLET/LIBRO?CODIGO=2413](http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=2413)
- ✓ TAMAYO SÁEZ, MANUEL. *EL ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS*, EN BAÑÓN, RAFAEL Y CASTILLO, ERNESTO (COMPS.) *LA NUEVA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA*, ALIANZA UNIVERSIDAD, MADRID. 1997.
- ✓ VILLORIA MENDIETA, MANUEL. *CONTROL DEMOCRÁTICO Y TRANSPARENCIA EN LA EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS*. MESA SOBRE: EFICIENCIA, EQUIDAD Y CONTROL DEMOCRÁTICO: UN MARCO TRIANGULAR PARA EL ANÁLISIS DE POLÍTICAS. VII CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, LISBOA, PORTUGAL, 8-11 OCT. 2002
- ✓ VILLORIA MENDIETA, MANUEL; PINO MATUTE, ELOÍSA DEL. *MANUAL DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS*. 3ª ED., 1ª IMP. BIBLIOTECA UNIVERSITARIA DE EDITORIAL TECNOS. ESPAÑA. 2006.