

Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) de la comunidad del barrio Santa María, Bajo Boulogne, partido de San Isidro

Mariela Alejandra Weisbrot, Agustín Marcos Segalini, Natividad Burdisso, Ana Gabriela Herrera, María Florencia Grande Ratti y María Graciela Rezzonico

RESUMEN

Introducción: ASIS es un instrumento para conocer la realidad sanitaria que incluye la perspectiva de los actores, destinado a encaminar la planificación de las actividades en salud orientadas a la comunidad.

Objetivo: recabar características sociodemográficas de la población, indagar los problemas de salud identificados por la comunidad, conocer qué estrategias utilizan para atenderlos y conocer sus recursos sociosanitarios.

Material y métodos: Método de Análisis Rápido y Planificación Participativa (MARPP) implementado entre junio de 2013 y mayo de 2014 en la comunidad del barrio Santa María, Bajo Boulogne, San Isidro, República Argentina. Se integraron datos de tres fuentes: datos sociodemográficos del Censo Nacional 2010, encuesta domiciliaria para conocer los problemas de salud de la comunidad y un relevamiento de sus recursos sociosanitarios.

Resultados: según los datos del Censo, los menores de 19 años representan el 33% de la población, mayoritariamente argentina y alfabetizada. Las viviendas disponen de conexión con agua corriente, desagüe cloacal y gas. Un 12,8% vive con necesidades básicas insatisfechas. Adicionalmente, se encuestaron 225 viviendas con una tasa de respuesta del 70%. El 30% (67/225) de los adultos y el 42% (52/122) de los niños (expresado por adultos responsables) informaron haber padecido algún problema de salud agudo en los últimos dos meses. Para ambos grupos, el principal problema de salud percibido fueron trastornos respiratorios; para los adultos, el segundo en frecuencia fueron los del aparato locomotor. El 55% de los adultos reconocieron padecer algún problema crónico, principalmente cardiovascular. Los problemas más destacados del barrio fueron la inseguridad y la violencia. El 73% refirió conocer el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón, y el 34% manifestó usarlo habitualmente.

Conclusiones: este relevamiento representa una primera aproximación a la percepción y a las necesidades de la comunidad.

Palabras clave: análisis de la situación de salud, médico general, participación social en salud.

COMPREHENSIVE HEALTH SITUATION ANALYSIS OF SANTA MARÍA COMMUNITY, BAJO BOULOGNE, SAN ISIDRO DISTRICT

ABSTRACT

Introduction: ASIS is an instrument to know the health situation including the perspective of the actors, and to guide the planning of activities in health-oriented community.

Aims: to collect socio-demographic characteristics of the community population, to investigate health problems identified by the community and learn what strategies used to solve them, and know their health resources.

Methods: Rapid Rural Appraisal (RRA) methodology implemented between June 2013 and May 2014 in the Santa María community, Bajo Boulogne, Argentina. Data were collected from three sources: socio-demographic data from the 2010 National Census, we conducted a survey ad hoc on a sample to know the health problems of the community, and we described their health resources.

Results: according to Census data, under age 19 account for 33% of the population, mainly from Argentina and alphabetized. Their houses have connection with running water, sewerage and gas. 12.8% live with unsatisfied basic needs. In addition, 225 homes were surveyed with a response rate of 70%: 30% (67/225) of adults and 42% (52/122) of children (expressed by responsible adults) reported having had an acute health problem in the past two months. For both, the main perceived health problem was respiratory; for adults, the second in frequency were of musculoskeletal problems. Fifty-five percent of adults suffer from some recognized, mainly cardiovascular chronic problem. The major problems reported were insecurity and violence. 73% reported knowledge of the Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón, although it usually uses only 34% of respondents.

Conclusions: it represents a first approach to the perception and the needs of the community.

Key words: health situation analysis, general physician, social participation in health.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2016; 36(4): 136-142.

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) posee un centro de atención comunitaria en la provincia de Buenos Aires, situado en el barrio Bajo Boulogne, llamado Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón (CMFyCSP).

La atención en el barrio se originó en el año 2000, como consecuencia del trabajo voluntario de un médico del servicio (Dr. Rodolfo Di Paolo), que atendía en ese entonces en una casilla (ubicada en el predio de la parroquia) donada para que funcionara como dispensario sanitario ante la imperiosa necesidad de brindar atención a los vecinos. En 2001 se firmó el primer convenio entre el HIBA, la Parroquia y el Municipio, con el propósito de mejorar las instalaciones físicas, crear un centro de salud y formalizar mecanismos de derivación a niveles de atención de mayor complejidad. En 2002 se incorporó al proyecto la organización Farmacéuticos sin Fronteras, que aportó medicación y recursos materiales para mejorar el equipamiento y las condiciones edilicias. Ese mismo año, un nuevo convenio con la Escuela de Enfermería del Instituto Universitario del Hospital Italiano incorporó estudiantes para sus prácticas. Desde 2005 comenzó una etapa de fuerte trabajo que requirió atención sanitaria, formación de promotores de salud y desarrollo de actividades de promoción de la salud; hasta que finalmente logró ser reconocido y dado de alta como centro del sistema de salud del Municipio de San Isidro. Actualmente cuenta con un equipo multidisciplinario que brinda asistencia gratuita a una población de alrededor de 6000 personas.

A pesar de los años de trabajo en el barrio y las múltiples estrategias para la caracterización de la población, estas siempre incluyeron solo a los pacientes que acuden al centro, desconociéndose si es representativa de la comunidad. El propósito básico del ASIS (Análisis de Situación de Salud) es identificar las características sociales, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución¹⁻³. El objetivo fundamental del trabajo fue producir conocimiento que permita profundizar la explicación del proceso salud-enfermedad-atención y facilitar la toma de decisiones relacionadas con la formulación de políticas de salud, la organización del sistema y las intervenciones destinadas a dar soluciones a problemas específicos, brindando información estratégica para la gestión local.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó una investigación cualitativa y cuantitativa dentro del marco del Método de Análisis Rápido y Planificación Participativa (MARPP) o *Rapid Rural Appraisal* (RRA)⁴. Esta metodología utiliza un conjunto de métodos y

herramientas, mediante una aproximación multidisciplinaria y semiestructurada, que permite el aprendizaje directamente a partir de los habitantes de la localidad⁵.

El trabajo constó de diferentes etapas y se integraron datos de tres fuentes:

1. Se analizaron los datos obtenidos del Censo Nacional 2010 para el estudio de las características sociodemográficas de la población.
2. Se realizó una encuesta domiciliaria para indagar sobre los problemas de salud percibidos por la comunidad y conocer qué estrategias utilizan para atenderlos.
3. Se realizó una búsqueda bibliográfica y de campo para describir los recursos sociosanitarios disponibles en la comunidad.

Encuesta domiciliaria

Se realizó inicialmente una revisión bibliográfica^{6,7} con el fin de diseñar una herramienta *ad hoc*. Luego se obtuvo un primer cuestionario a partir de una reunión de expertos usando técnicas de Grupos Nominales⁸. La versión inicial fue pretestada cualitativamente (se la administró a 14 miembros de la comunidad elegidos por conveniencia y luego se llevó a cabo una entrevista semiestructurada para detectar los problemas en las preguntas y en el diseño general del cuestionario). Posteriormente se diseñó una versión definitiva breve (su administración no duraba más que 10 minutos), con preguntas abiertas (para no guiar ni sesgar las respuestas de los participantes).

Las variables de interés incluidas en el cuestionario fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, cobertura de salud, auto-percepción sobre problemas de salud agudos y crónicos de los adultos, acciones para enfrentarlos, problemas de salud agudos de los niños (informados por el adulto) y acciones para enfrentarlos; percepción sobre problemas del barrio; utilización y accesibilidad del CMFyCSP.

Todos los encuestadores recibieron un entrenamiento previo. Las encuestas fueron realizadas en forma estandarizada por tres personas (dos médicos y una enfermera) por cuestiones de seguridad. Antes de considerar que en un hogar no había respuesta se estipularon al menos dos visitas en diferentes horarios (mañana o tarde o en ambas oportunidades).

Selección de población

Se seleccionaron aleatoriamente 14 manzanas del barrio Santa María. A su vez, de cada manzana fueron aleatorizadas cinco viviendas por cuadra (20 por manzana). De cada vivienda seleccionada, fue entrevistada una persona adulta (mayor de 18 años).

Para poder estimar con un intervalo de confianza de una semiamplitud de 7%, se realizó un cálculo de tamaño muestral de 200 personas efectivamente encuestadas asumiendo que la proporción de los que buscan ayuda

rondaría el 27% (sobre el 80% de los que tuvieron alguna molestia o preocupación por su salud durante el último mes, de acuerdo con los resultados de la investigación de L. A. Green)⁶.

Ética

La participación de los individuos fue libre y voluntaria, precedida por el proceso de consentimiento informado oral. Se mantuvieron los datos en forma confidencial y anónima. La conducción de todo el estudio de investigación fue desarrollada acorde con las normas regulatorias de la investigación en salud humana nacionales e internacionales. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética institucional del HIBA (CEPI número 2150).

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos fueron analizados de una fuente secundaria (Censo Nacional 2010)⁹ El barrio

cuenta con 9290 habitantes; de ellos el 51,2% son mujeres.

La pirámide poblacional es de tipo progresivo, con altas tasas de mortalidad y natalidad, característica de países subdesarrollados. Un tercio de la población es menor de 19 años y los mayores de 65 años representan el 7,4%.

El 95,2% de los habitantes son argentinos y un 98,4% están alfabetizados.

La tasa de desocupación (población activa que busca empleo) es del 5,4%, mientras que el 27,7% se considera económicamente inactivo (jubilados, estudiantes, y otras situaciones).

El 93% de las viviendas dispone de conexión satisfactoria de agua corriente y desagüe cloacal. El combustible usado principalmente para cocinar son el gas de red (49,7%) y el gas de garrafa (48,3%).

Un 12,8% vive con necesidades básicas insatisfechas y un 6,2%, en condiciones de hacinamiento crítico (más de tres personas por habitación).

Cuadro 1. Problemas de salud identificados en adultos en los últimos dos meses

Problema de salud [#]	N	Porcentaje	Caracterización problema de salud	N	Porcentaje relativo al problema de salud
Respiratorios	15	22.4%	Gripe	7	46.7%
			Otros	8	53.3%
Locomotor	13	19.4%	Síntomas articulares	3	23.1%
			Síntomas lumbares	2	15.4%
			Síntomas del cuello	2	15.4%
			Otros	6	46.2%
Digestivos	9	13.4%	Colecsistitis/colelitiasis	3	33.3%
			Dolor abdominal general/retortijones	2	22.2%
			Otros	4	44.4%
General, inespecíficos	8	11.9%			
Circulatorio	3	4.5%			
Sistema Nervioso	3	4.5%			
Piel y Faneras	3	4.5%			
Endocrino, metabólico y nutrición	3	4.5%			
Urinario	3	4.5%			
Genital femenino y mamas	3	4.5%			
Otro	4	5.9%			
Total	67	100.0%			

[#] De las 225 personas encuestadas, 67 (el 30%) manifestaron haber tenido un problema de salud en los últimos dos meses.

Población encuestada

Para alcanzar el tamaño muestral, fueron realizadas encuestas desde septiembre hasta diciembre de 2013. De un total de 318 viviendas seleccionadas, 225 respondieron la encuesta, con una tasa de respuesta del 70,75%. La población encuestada presentó las siguientes características basales: media de 49 años de edad, 73% de sexo femenino, 93% de nacionalidad argentina. La mayor parte tenía escolaridad primaria completa (32%) y secundaria incompleta (24%), con un 17% de primaria incompleta.

Con respecto a la cobertura de salud, el 46% informó utilizar el sistema público y el 23%, PAMI.

Problemas de salud

Del total de las personas encuestadas, el 30% (67/225) refirió haber padecido algún problema de salud agudo en los últimos dos meses. Los principales problemas de salud autoinformados de los adultos se muestran en el cuadro 1¹⁰. Del restante 70% que manifestó no haber tenido problemas de salud agudos (158/225) durante los últimos dos meses, un 15% (24/158) refirió consumo de medicamentos de diversa índole.

En suma, el 41% (91/225) de los encuestados manifestó algún problema reciente (67) o el consumo de alguna medicación para resolver algún problema reciente (24).

En relación con la estrategia de resolución de los problemas de salud, el 83% (56/67) de los adultos informaron consultar solo al sistema formal de salud (25 acudió al hospital, 15 a otro proveedor de salud, 10 al CMFyCSP, 6 al centro de salud Bajo Boulogne); el 10% (7/67) resolvió el problema en el ámbito familiar o automedicándose y el restante 7% (4/67) resolvió el problema de otra manera no categorizada.

Los principales problemas de salud crónicos autoinformados se muestran en el cuadro 2.

El 55% de la población refirió padecer un problema crónico y el 48% manifestó consumir algún tipo de medicación crónica, en su mayoría antihipertensivos y anticonceptivos orales.

Los principales problemas de salud de los niños, comunicados por los adultos encuestados, se muestran en el cuadro 3. Un 9% de los que dijeron no haber tenido problema de salud con niños en los últimos dos meses, comunicaron que sí les habían administrado alguna medicación (en su mayoría, automedicación).

Casi la totalidad de los encuestados (98%) manifestaron haber consultado al sistema formal de salud para resolver los problemas que los niños padecen: el 48% concurre al hospital, y el 17%, al CMFyCSP.

Los problemas del barrio identificados como prioritarios para los vecinos encuestados fueron: 32% inseguridad/violencia y 15% ambientales (basura, inundación).

En cuanto a la accesibilidad al CMFyFSP, un 26,6% (60/225) no lo conoce, mientras que el 73,4% (165/225) de los encuestados refirieron conocerlo. De estos últimos,

Cuadro 2. Problemas crónicos de salud autoinformados en adultos

Problema de salud#	N	Porcentaje
Hipertensión arterial	41	18.7%
Diabetes	21	9.6%
Hipotiroidismo	17	7.8%
Tabaquismo	17	7.8%
Colesterol elevado	15	6.8%
Enfermedad cardíaca	15	6.8%
Asma/EPOC	15	6.8%
Artrosis	12	5.5%
Aparato locomotor	12	5.5%
Aparato digestivo	6	2.7%
Problemas psicológicos	5	2.3%
Osteoporosis	4	1.8%
Alergia	4	1.8%
Anemia	3	1.4%
Enfermedad Renal	3	1.4%
Discapacidad	2	1.0%
Otros	27	12.3%
Total de problemas crónicos reportados	219	100.0%

[#]De las 225 personas encuestadas, 124 (55,11%) manifestaron al menos un problema de salud crónico. En total fueron recogidos 219 problemas de salud, ya que algunas personas expresaron más de un problema de salud coexistente.

el 46% (76/165) lo utiliza habitualmente y el resto (54%; 89/165) no lo utiliza por diversos motivos. La mayoría (76%; 68/89) se atiende en otro lugar. Solo el 34% de los encuestados (76/225) utiliza el centro en forma habitual.

Recursos sociosanitarios de la comunidad

Se realizó una búsqueda bibliográfica y de campo para describir los recursos sociosanitarios de los que la comunidad dispone y que suele utilizar, y se aprovechó para realizar un cuadernillo con estos datos a fin de disponer de él como recurso accesorio en la atención de los pacientes del centro. El sistema de salud municipal cuenta con 3 hospitales con internación: el Hospital Central de San Isidro "Dr. Melchor A. Posse", el Hospital Materno Infantil "Dr. Carlos Gianantonio" y el Hospital Ciudad de Boulogne. Además, la red sanitaria la integran nueve Centros de Atención Primaria y Promoción de la Salud, nueve consultorios descentralizados (uno de ellos es el CMFyFSP), un Servicio de Emergencias y una planta propia productora de medicamentos.

Cuadro 3. Problemas de salud identificados en niños en los últimos dos meses

Problema de salud*	N	Porcentaje	Caracterización problema de salud	N	Porcentaje relativo al problema de salud
Respiratorio	38	72.0%			
			Infección respiratoria aguda superior	11	27.8%
			Gripe	11	27.8%
			Asma	6	16.7%
			Bronquitis / bronquiolitis	4	11.1%
			Otro	6	16.7%
General o inespecífico	4	8.0%			
			Fiebre	2	50.0%
			Otros	2	50%
Digestivos	4	8.0%			
Otros	6	12.0%			
Total	52	100.0%			

*De los 122 niños reportados en los hogares, 52 (42.6%) refirió algún problema de salud en los últimos dos meses.

El municipio cuenta además con varios programas de la Secretaría de Salud Pública, con distinto grado de funcionamiento: programa Materno Infantil, programa de prevención de E.T.S. y SIDA, programa de inmunizaciones, programa de Salud Bucal Escolar, programa de Salud Bucal en Embarazadas, programa de Médicos Comunitarios, programa de Tuberculosis, programa de Tenencia Responsable de Mascotas, Prodiaba (Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente diabético), Proepi (Programa de prevención de Epilepsia), programa de Médicos de Cabecera, programa de Esterilización de Caninos y Felinos, programa de Salud Escolar, programa Remediar, programa Fesp (Funciones esenciales y programas de salud pública), programa de la Mujer, programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, entre otros.

DISCUSIÓN

ASIS permitió enriquecer nuestro conocimiento sobre el estado de salud de la comunidad blanco de nuestro Centro de salud y de las intervenciones autoinformadas para su abordaje. A su vez, permitirá orientar la planificación de actividades sobre la base de las prioridades y las necesidades de la propia comunidad.

Los datos del Censo 2010 y de la encuesta domiciliaria coinciden en que la población del barrio Santa María es predominantemente argentina, con un nivel de escolaridad bajo. Resulta llamativo que quienes trabajamos en el CMFyCSP percibimos que hay un porcentaje mayor

de extranjeros de países limítrofes en nuestra atención, lo que no coincide con la real composición de la población atendida. Tal vez esta discordancia se deba a que poseer documento argentino no es requisito imprescindible para ser atendido en el CMFyCSP, lo que difiere del sistema de salud municipal de San Isidro (tanto la atención del centro de atención primaria vecino como la hospitalaria lo exigen). Aunque también podría explicarse debido a la concurrencia de un importante número de extranjeros nacionalizados que por preferencia elijan el CMFyCSP.

Con respecto a la ocupación, si bien el Censo 2010 arrojó una tasa de desempleo del 5,4%, es importante su definición: no haber desarrollado durante al menos una hora durante la semana anterior cualquier actividad que genera bienes o servicios para el mercado, paga o no, incluidas las tareas regulares de ayuda en la actividad de un familiar, exceptuando a quienes se hallan de licencia por cualquier motivo. Por esa razón, quizá la tasa de empleo real esté sobreestimada. Algo similar ocurre respecto del combustible utilizado para cocinar según los resultados del Censo 2010. Si bien casi la totalidad dispone de gas de red o gas de garrafa, la experiencia en la atención de la población del barrio nos da cuenta de la utilización de braseros para calefaccionar, con el consiguiente riesgo de incendios, accidentes domésticos e intoxicaciones por monóxido de carbono.

Por otro lado, que un 12,8% de las personas vivan con necesidades básicas insatisfechas y que un 6,2% lo hagan en condiciones de hacinamiento crítico no es un dato despreciable, especialmente teniendo en cuenta que su

definición es muy estricta y solo permite identificar hogares en situaciones extremas.

El dolor fue un problema de salud muy mencionado por los entrevistados, lo que coincide con nuestros registros de los motivos de consultas en el centro durante 2013. Por otro lado, muchos consumidores de antihipertensivos no asumen tener un problema de salud, lo que sugiere que la hipertensión no sería considerada un problema de salud, en coincidencia con el enfoque que la considera un factor de riesgo y no una enfermedad. De las 225 personas encuestadas, el 41% manifestó algún problema reciente o el consumo de alguna medicación para resolver algún problema reciente. De estos, 56 consultaron al sistema formal de salud (31 a algún centro de atención primaria y 25 al hospital). Esto significa que solo el 28% (IC 95% 19-38%) de las personas que refieren haber tenido un problema de salud en los últimos 2 meses acudió al hospital para atender el problema. Resulta interesante comparar estas cifras con las del estudio *The Ecology of Medical Care Revisited*, publicado por Green⁶, que informó que solo cerca del 1% de las personas que habían manifestado algún problema de salud en Estados Unidos había recibido atención hospitalaria. Estas diferencias podrían ser explicadas por la diferente estructura sanitaria de ambos países y por la diferente metodología de dichas encuestas, ya que en el estudio norteamericano habían sido realizadas en forma telefónica, habían indagado sobre problemas recientes durante el último mes, habían usado una definición diferente de “problema de salud –malestar, lesión o lesión *incluso aunque no hayas consultado por él–...*”, y habían incluido dentro del sistema formal de atención el sistema alternativo como las consultas al quiropráctico, al acupunturista, masajes, y otros.

Esta información nos hace reflexionar sobre dos puntos principales: por un lado, los problemas de salud más frecuentes autoinformados impresionan ser de baja complejidad y coinciden con aquellos problemas de salud más frecuentes en la atención primaria. Por otro lado, a pesar de ser problemas de baja complejidad, por alguna razón desconocida (o al menos no indagada mediante este estudio), las personas buscan atención en un sistema complejo de atención para su resolución.

Por último, y con respecto a la accesibilidad del CMFyCSP, es fundamental conocer que un 26% (IC 95% 21-32%) no lo conoce a pesar de que ya lleva 10 años de trabajo en dicha comunidad. Adicionalmente, no es muy utilizado para resolver sus problemas, ya que solo el 34% de los encuestados (76/225) manifestó acudir a él en forma habitual. Este punto nos sugiere la necesidad de evaluar nuestra accesibilidad, replantear el papel que desempeñamos dentro de la comunidad, explorar eventuales barreras al acceso y planificar estrategias para resolverlas. Podríamos pensar en algunas potenciales explicaciones:

1) El centro está ubicado en un predio que comparte con la Parroquia Santa María del Camino, lo que podría resultar una barrera para aquellos habitantes que no practican la fe católica.

2) La puerta de acceso principal al centro se encuentra en un patio interno y no es fácilmente visible desde la calle.

3) El horario de atención que brindamos es algo restringido (días hábiles de 9 a 16 horas).

4) Existe demora para el acceso a turnos de consulta programada.

5) La atención es brindada principalmente por residentes de medicina familiar, lo que podría influir sobre la atención longitudinal del Sistema Atención Primaria de Salud, ya que el plantel médico tiene alta tasa de recambio (cada 2 años aproximadamente se renueva completamente).

Si bien nuestro trabajo representa el primer abordaje realizado desde la comunidad, destacamos las siguientes limitaciones: la encuesta utilizada fue creada *ad hoc* y no validada; el muestreo fue parcialmente aleatorizado por cuestiones de seguridad; la libertad de expresión pudo haberse limitado por el hecho de llevar guardapolvo (decisión institucional también adoptada por cuestiones de seguridad). Sin embargo, la realización del ASIS nos permitió entrar en contacto con el barrio (puertas afuera) y un acercamiento a la población que habitualmente no acude al centro, así como la identificación de las necesidades reales y sentidas del individuo, las familias y la comunidad.

Adicionalmente, la investigación fue de gran valor como experiencia educativa y brindó información estratégica para nuestra gestión local, permitiendo identificar, priorizar y orientar la planificación y la programación de las actividades en el campo de la salud. En virtud de lo detectado trabajaremos en la difusión del Centro y en hacer que nos conozcan en el barrio, aprovechando un nuevo modelo de gestión en salud que impulsa la organización de la asistencia sanitaria desde los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Consideramos que esta estrategia permitirá elaborar nuevas líneas de trabajo: explorar por qué se subutiliza la atención médica primaria como primer recurso ante la necesidad de resolver un problema de salud, y cuáles son sus barreras y sus facilitadores.

CONCLUSIONES

El presente trabajo representa una primera aproximación a la percepción y las necesidades en salud de la comunidad del barrio Santa María, Bajo Boulogne. Nos permitió conocer las características sociodemográficas de la comunidad, los principales problemas de salud autopercebidos y sus estrategias de resolución, así como los recursos con los que cuentan en el barrio.

Agradecimientos: Kopitowski Karin, Giraudo Nanci, Terrasa Sergio, Di Paolo Rodolfo, Esteban Santiago, Fraguas Laura, Franco Juan, Ganiele María de las Nieves, Martínez Cintia, Musarella Nadia, Nusfaumer Marcos, Peper Francisco, Riganti Paula, Rodríguez Tablado Manuel, Ruiz María Victoria, Salgado María Victoria, Santiago Cadelago María Eugenia, Saucedo Raquel, Teste María.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Paramio Rodríguez A, Oliva Pérez M, Ledesma del Peral M. Sistema automatizado para el análisis de la situación de salud. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 1999, Editorial Ciencias Médicas; 27(3):332-43.
2. Velázquez Pupo A, Rodríguez Reyes H, Sánchez Hernández E, et al. Análisis de la situación de salud en una comunidad especial. *MEDISAN.* 1997;14(2).
3. Martínez Calvo S. Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. *Rev Cuba Salud Pública.* 1999, Editorial Ciencias Médicas; 39(4):752-62.
4. Crawford IM. Marketing research and information systems. Rome: FAO; 1997. Chapter 8: Rapid rural appraisal.
5. Grupo URD. El método de análisis rápida y planificación participativa (MARPP) [Internet]. Julio 2002 [citado 2016 ago 4]. Disponible en: <http://www.globalstudyparticipation.org/espanol/methodo/marp.htm>
6. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001;344(26):2021-5.
7. Ballesteros MS, Freidin B. [Reflections on the conceptualization and measurement of access to health services in Argentina: The case of the National Survey of Risk Factors 2009]. *Salud Colect.* 2015;11(4):523-35.
8. Pérez Andrés C. [Should consensus techniques be included with qualitative investigation techniques?]. *Rev Esp Salud Publica.* 2000;74(4):319-22.
9. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010. Buenos Aires: INDEC; 2012.
10. Pavillon G, Maguin P. [The 10th revision of the International Classification of Diseases]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 1993;41(3):253-5.