



ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

CONCEPTOS BÁSICOS

Experiencia en la Provincia de Formosa, Argentina

DR. ALBERTO ZORRILLA

(Coordinador)

Dra. Julia Costanzó

Lic. Noemí Juárez

Dra. Cristina Mirassou

Dr. Julio Monsalvo

Dr. Darío Ozuna Quintana

Dra. Marie Yvonne
Ranaivoarisoa de Ventura

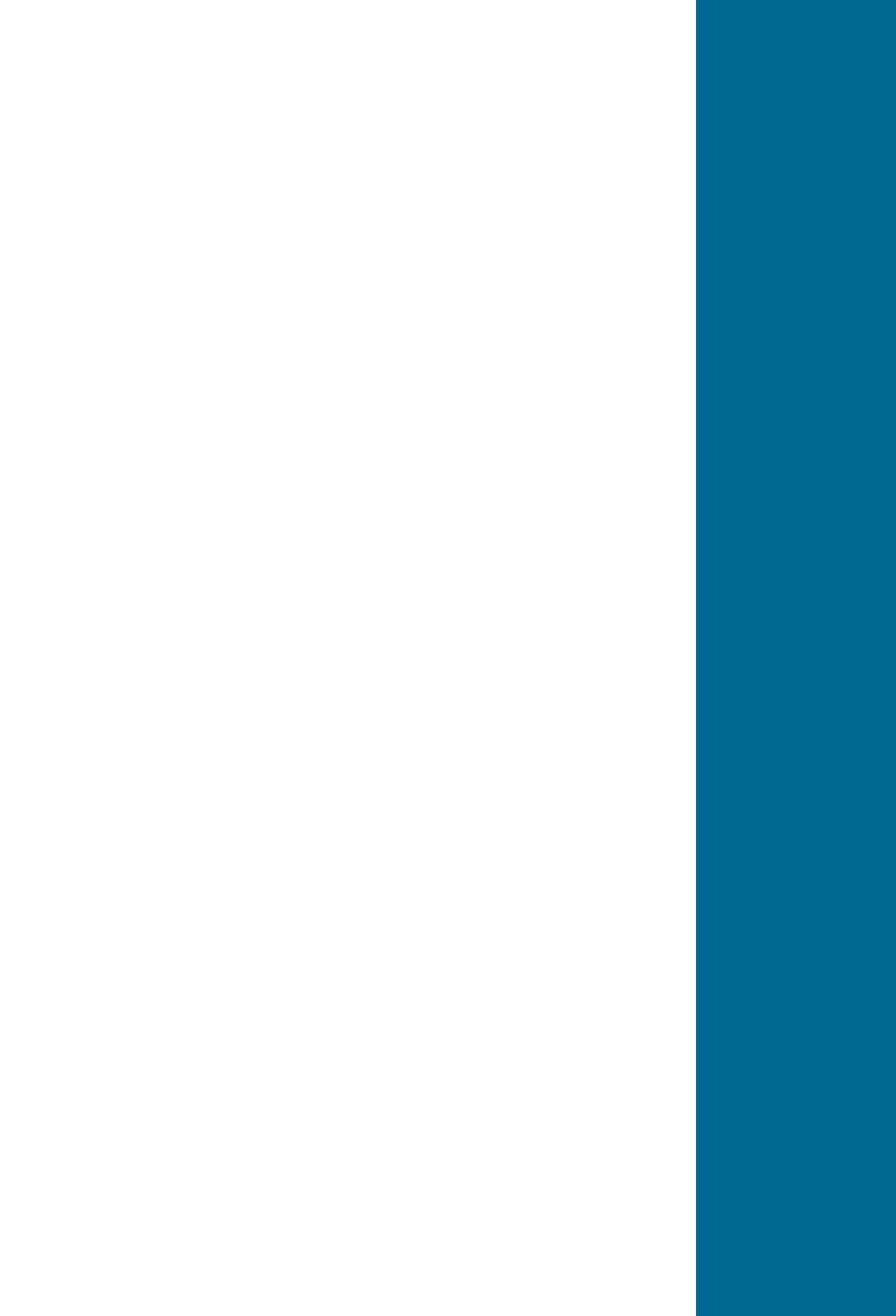
Arq. Aurora Velozo de Espinosa

Prólogo:

Dr. Ginés González García

EDICIONES
ciccus





**ATENCIÓN
PRIMARIA
DE LA SALUD**

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

CONCEPTOS BÁSICOS

Experiencia en la Provincia de Formosa, Argentina

DR. ALBERTO M. ZORRILLA
(Coordinador)

Han participado los siguientes invaluable compañeros,
integrantes del Grupo de Apoyo al Fortalecimiento
de APS en el NEA

Dra. Julia Costanzó

Lic. Noemí Juárez

Dra. Cristina Mirassou

Dr. Julio Monsalvo

Dr. Darío Ozuna Quintana

Dra. Marie Yvonne Ranaivoarisoa de Ventura

Arq. Aurora Velozo de Espinosa

EDICIONES
ciccus





Atención Primaria de la Salud : conceptos básicos : experiencia en la provincia de Formosa, Argentina / Alberto M. Zorrilla ... [et al.] ; coordinación general de Alberto M. Zorrilla ; prólogo de Ginés González García. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Fundación CICCUS, 2020.

200 p. ; 23 x 16 cm.

ISBN 978-987-693-821-1

1. Salud. 2. Atención Primaria de Salud. I. Zorrilla, Alberto M., coord. II. González García, Ginés, prolog.

CDD 362.10425

Coordinación, diseño y producción editorial: Andrea Hamid

Corrección: Alejandra Teijido

Imagen de tapa: Albert Ekka para Pixabay

Imágenes interiores: Pixabay

© Ediciones CICCUS - 2020
Medrano 288 - CABA (1179)
(54 11) 4981.6318
ciccus@ciccus.org.ar
www.ciccus.org.ar



Hecho el depósito que marca la ley 11.723.

Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de este libro en cualquier tipo de soporte o formato sin la autorización previa del editor.

Impreso en Argentina

Printed in Argentina



Ediciones CICCUS recibió el **Diploma de Honor Suramericano** que otorga la Fundación Democracia desde su Programa de “Formación en Valores en el Mercosur y la Unasur”.
Círculo de Legisladores,
Honorable Congreso de la Nación.



Ediciones CICCUS ha sido merecedora del reconocimiento **Embajada de Paz**, en el marco del Proyecto-Campaña “Despertando Conciencia de Paz”, auspiciado por la Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

ÍNDICE

Prólogo	10
<i>Dr. Ginés González García</i>	
Introducción	14
<i>Dr. Alberto M. Zorrilla</i>	
Conceptualizando la salud	20
<i>Dr. Alberto M. Zorrilla</i>	
Declaración de Alma Ata y su correlato en la Constitución de la Provincia de Formosa	34
<i>Dr. Alberto M. Zorrilla</i>	
De Alma Ata al presente	42
<i>Dr. Julio Monsalvo</i>	
Componentes de la estrategia de Atención Primaria de la Salud	59
<i>Dra. Julia Costanzó</i>	
Territorialización en la Atención Primaria de la Salud	72
<i>Arq. Aurora Veloza de Espinosa</i>	
Conceptos básicos del área programática	80
<i>Dra. Cristina Mirassou</i>	
Población de responsabilidad	88
<i>Dra. Cristina Mirassou</i>	
Diagnóstico de salud del área programática	101
<i>Dra. Julia Costanzó</i>	
Conceptos de epidemiología	110
<i>Dra. Marie Yvonne Ranaivoarisoa de Ventura, Dr. Julio Monsalvo, Dr. Alberto M. Zorrilla</i>	
Epidemiología en el área local	122
<i>Dr. Julio Monsalvo</i>	
Descentralización y participación	126
<i>Dr. Darío Ozuna Quintana</i>	
Programación local de actividades en el primer nivel de atención	133
<i>Dra. Julia Costanzó, Dra. Cristina Mirassou</i>	
Anexos	148
Sobre las autoras y los autores	192

**“ESCRIBO ESTAS LÍNEAS EN JUNIO
DE 2020, EN PLENA PANDEMIA DEL
COVID-19. FORMOSA SIGUE DANDO
BUENAS NOTICIAS POR SU CAPACIDAD
DE INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN
SANITARIA...”**

*Ginés González García
Ministro de Salud de la Nación*

PRÓLOGO

Este libro brinda cabal testimonio de una experiencia poco conocida –y, por lo tanto, poco aprovechada– en nuestro país, y es a la vez una herramienta para quienes quieran comprender cómo se puede pasar a la acción concreta a partir de principios que a veces parecen demasiado abstractos o inalcanzables. No es casual que este aporte provenga de una provincia que ya hace años destaca por organizar importantes debates sobre las ideas políticas en nuestro país y que, paralelamente, muestra logros rotundos en distintas áreas de gestión.

Coordinado por un viejo amigo, el doctor Alberto Zorrilla, el texto describe magistralmente el hilo conductor que vincula la experiencia formoseña iniciada en 1995 con las estrategias de salud de tres hitos históricos: el sanitarismo de Ramón Carrillo, primer ministro de Salud Pública de la Nación desde 1949; el Sistema Nacional Integrado de Salud impulsado en 1975 por Domingo Liotta, del cual tuve el honor de formar parte, aunque en la provincia de San Luis; y la conferencia de Alma Ata de 1978, que lanzó a la Atención Primaria de la Salud como organizadora de los sistemas de salud.

Estas estrategias tuvieron varios puntos en común: una visión de la persona humana que integra las perspectivas biológica, psicológica, espiritual, cultural, familiar, comunitaria y social; el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermeda-

des; el enfoque multisectorial, que asume que no hay política de salud posible si no se la complementa con una política de sustentabilidad y desarrollo humano y social; la garantía de continuidad de la atención a través del funcionamiento en red de los servicios de salud; la participación de la comunidad que impulse una construcción colectiva de la salud; el acceso a tecnología apropiada y a un precio justo; el pleno aprovechamiento de procedimientos científicamente respaldados que todas las personas puedan entender y aceptar; la planificación concertada con distintos actores y sectores del sistema de salud; la formación de recursos humanos; y la promoción de la investigación.

Varios de esos principios están receptados en la Constitución de la Provincia de Formosa y han servido de soporte para la formulación de una experiencia de territorialización que resultó ejemplar en varios aspectos. Inicialmente, en términos de planificación concertada con profesionales, técnicos y referentes de la sociedad civil, y también por haber logrado notables avances en la planificación local. Segundo, por la organización de las competencias según niveles de complejidad y por la distribución territorial del gasto público. Tercero, por el trabajo en red y las definiciones de distritos y áreas programáticas. Cuarto, por la responsabilidad sobre una población geográficamente individualizada para cada establecimiento. Quinto, por la caracterización ambiental, demográfica, cultural, socioeconómica y epidemiológica de cada área programática. Y, por último, algo determinante: por haber alcanzado resultados sanitarios contundentes.

Escribo estas líneas en junio de 2020, en plena pandemia del COVID-19. Formosa sigue dando buenas noticias por su capacidad de innovación en la gestión sanitaria. Actualmente, por su estrategia para la reanudación y reprogramación de los servicios de salud; por su esquema de vacunación en todo el territorio provincial bajo una estrategia domiciliaria; y también por la realización de múltiples capacitaciones a bioquímicos, técnicos y otros profesionales de laboratorios provinciales para el abordaje seguro de los posibles pacientes sospechosos o positivos de COVID-19.

Muchos se preguntan de qué manera el crecimiento económico puede favorecer la salud de la población, en este caso: la de una provincia que hace algunas décadas tenía un nivel de desarrollo socioeconómico muy inferior al del promedio nacional. Agrego que también deberíamos preguntarnos de qué manera la mejora en las políticas sanitarias impulsó mejores resultados en la salud de la población, que a su vez fueron pilares sobre los que se impulsó el desarrollo económico y social de los formoseños y las formoseñas en las últimas décadas.

Ginés González García
Ministro de Salud de la Nación

**“TODAS LAS PERSONAS TIENEN IGUAL
DERECHO A LA VIDA
Y A LA SALUD”.**

*Principios doctrinarios definidos
por el general Perón y expresados
por el Dr. Ramón Carrillo*

INTRODUCCIÓN

El 11 de diciembre de 1995 asumió como gobernador de la Provincia de Formosa el Dr. Gildo Insfrán; desde entonces, comenzó a cumplir las promesas preelectorales y desarrolló el Proyecto Formoseño que daría la estructura necesaria para construir el Modelo Formoseño. Uno de los pilares de este proyecto es la decisión política de la defensa de la salud del pueblo, enunciada en los artículos 80 y 81 de la Constitución Provincial, que prescribe que la Atención Primaria de Salud (APS) es la estrategia fundamental del sistema. Hasta entonces, esto sólo era una mera enunciación sin efectos prácticos, ya que se mantenía una mortalidad infantil del 32%, una baja cobertura de inmunizaciones, una alta morbimortalidad materna, y habían más de 200 nuevos casos de tuberculosis por año (con su complicación mortal más frecuente, la meningitis tuberculosa) y una alta incidencia del mal de Chagas y otras patologías evitables; además, en la provincia había una baja accesibilidad al agua potable y a la energía eléctrica, una red vial insuficiente y comunicaciones deficientes, y el Estado Provincial tenía un alto nivel de endeudamiento que llegaba al 120% del PBI, el 98% de la Coparticipación Federal de Impuestos se encontraba embargada, y las empresas de agua y electricidad y el banco provincial estaban privatizados. En tal panorama se tornaba imprescindible desarrollar un sistema de salud eficiente con accesibilidad para toda la población.

Esta obra intenta describir ese rico proceso que debía partir necesariamente de la planificación adecuada para la realidad social, política, económica y cultural

formoseña. Afianzando nuestra identidad como pueblo, nos reconocemos multiculturales y plurilingües, como lo señala el Preámbulo de la Constitución Provincial. En nuestra tierra tenemos un 7% de población originaria, con sus tres lenguas diferentes: los Qom, Pilagás y Wichí, distribuidos en todo el territorio provincial, propietarios de más de 300.000 hectáreas y poseedores de una rica cultura que los caracteriza. El guaraní, por su parte, es el medio de comunicación habitual de una gran parte de la población criolla, matizada por algunos inmigrantes europeos, todos distribuidos territorialmente en la vastedad de 72.066 km² con sub-regiones geográficas condicionantes.

Antecedentes

El antecedente más cercano a este proyecto fue la experiencia del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creado por la ley 20.748, al que se adhirió la Provincia de Formosa y que comenzó a desarrollar a partir del 03 de noviembre de 1975, basada en los principios peronistas de salud enunciados por el Dr. Ramón Carrillo, quien fuera el primer ministro de Salud de la República Argentina (1946-1954) durante el gobierno del general Perón.¹ Esta experiencia fue abortada cruelmente por la dictadura cívico-militar iniciada el 24 de marzo de 1976.

Tras el regreso a la vida democrática en 1983 se intentaron diversas expresiones de sistemas de salud que sirvieron de antecedentes valiosos para la construcción que comenzaría, ya en forma ininterrumpida, en diciembre de 1995. En 1984 se revitalizaron las zonas sanitarias, que ya habían sido diseñadas en 1975 durante el SNIS, y en 1989 el ordenamiento del sistema sanitario recibió un fuerte impulso con la sanción y ejecución de la Carrera Sanitaria Provincial.

En esos años, el Programa SANOS (Seamos Artífices de Nuestra Organización Sanitaria) reforzó en la práctica el concepto de participa-

¹ En 1946 el Dr. Ramón Carrillo es nombrado al frente de la Secretaría de Salud Pública, elevada a ministerio en 1949. (N. del E.)

ción popular en el cuidado de la salud. La reforma de la Constitución Provincial fue necesaria para dotarnos de un marco legal sustantivo; así, se incorporaron los artículos 80 y 81, en los cuales de forma taxativa se obliga al Estado a construir un sistema de salud basado en la APS.

Teniendo el marco legal y la decisión política, era ahora necesario ponernos de acuerdo en el marco conceptual y las acciones consecuentes. Con el convencimiento de que la salud es una construcción social y que la persona interactúa con su medio social y natural, condicionándose mutuamente, se decidió crear el Ministerio de Desarrollo Humano, tras la fusión del ex-Ministerio de Salud con el Ministerio de Desarrollo Social. De esta manera, nos adherimos a los principios doctrinarios definidos ya en 1946-47 por el general Perón y expresados por el Dr. Carrillo:

- **Todas las personas tienen igual derecho a la vida y a la salud.**
- **No puede existir una política sanitaria sin una política social que la sustente.**
- **Las conquistas de la técnica médica deben estar al alcance de quien las necesite.**
- **Puesta al alcance de cada una de las personas, la salud debe ser considerada como un objetivo del desarrollo humano y no sólo como uno de los medios para alcanzarlo, y por ello necesita del sistema educativo para facilitar la comprensión de las personas sobre lo que significa la salud.**

Las definiciones que se construyen por consenso son fundamentales para lograr una unidad de concepción que redunde en unidad en la acción.

Nuestro marco conceptual incluye conceptos básicos, como la salud, definida en la Constitución Provincial como “un proceso de equilibrio bio-psico-social y espiritual, y no solamente como la ausencia de enfermedad o afección”. Se entiende, por ende, como un hecho social que resulta por la acción o inacción individual y comunitaria, y se afirma como un derecho humano fundamental e inalienable.

Siguiendo el mandato constitucional, se eligió a la APS como la estrategia más adecuada para alcanzar las metas propuestas, apoyados en la base doctrinaria de la Justicia Social como un valor universalmente aplicable, íntimamente relacionado a la concepción más general de los derechos humanos. Entendemos a la APS como filosofía con una lógica de pensamiento, con una forma singular de análisis de las situaciones dadas y como la estrategia fundamental del sistema.

En este libro compartimos la experiencia formoseña contada por sus propios protagonistas: profesionales de la salud comprometidos con el ideal de “Salud para todos”. Es el resultado de un taller de Atención Primaria de Salud realizado en el año 2003 para el equipo de salud de la Zona Sanitaria con cabecera en la ciudad de Saladas, de la Provincia de Corrientes, estructurado en módulos con instancias presenciales y actividades a desarrollar en terreno por los cursantes, que fueron evaluados en base al desempeño reflejado en el cumplimiento de las consignas dadas.

Este curso fue solicitado por el Ministerio de Salud Pública de Corrientes; apoyado por el Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa, el Ministerio de Salud de la Nación y la representación en Argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); y desarrollado por los integrantes del Grupo de Apoyo al Fortalecimiento de la APS en el NEA, de la Fundación Compartir de la ciudad de Formosa.

Estructuramos esta obra en capítulos que describen los diferentes componentes y cómo se pusieron en práctica, con la esperanza de que sirva como antecedente para quienes estén interesados en el tema. Se trata de una colaboración desinteresada desde nuestra experiencia, que tuvo como resultado la mejora de las condiciones sanitarias de

nuestro pueblo, acompañando el aumento de la infraestructura de las comunicaciones, productiva y social que permitió el desarrollo integral del pueblo formoseño.

Algo tenemos en común: el convencimiento de que la APS es la filosofía que debe sustentar el paradigma holístico de la salud, y que la estrategia válida para su implementación y desarrollo es la estructuración de los sistemas locales de salud, por medio de los cuales se puede construir un sistema de salud con amplia y efectiva participación de la comunidad que verdaderamente dé respuesta a las necesidades del pueblo.

Este convencimiento se fue consolidando a medida que, desde 1996, desarrollábamos las actividades pertinentes a su implementación en la Provincia de Formosa, en el cumplimiento del taxativo mandato constitucional reflejado en los artículos 80 y 81 de la Carta Magna Provincial y en la decisión política del gobernador de la provincia, el Dr. Gildo Insfrán.

En estos años hemos adquirido una experiencia que hoy ponemos a consideración de la comunidad para su enriquecimiento, para que los estudiantes de las ciencias de la salud tengan un material de estudio e iniciación en el tema, y como un aporte de los que creemos en la utopía de que es posible construir un mundo saludable.

Dr. Alberto M. Zorrilla

CONCEPTUALIZANDO LA SALUD

Dr. Alberto M. Zorrilla

Definir la salud en pocas palabras no es tarea fácil, como tampoco lo es encontrar una igualdad de criterios respecto a este concepto, ya que estos han ido variando con las percepciones de las distintas civilizaciones. En la Antigüedad —y aún hoy—, en algunos grupos humanos se creía que las enfermedades eran un castigo de los dioses; a medida que se evolucionaba en las distintas etapas del conocimiento, este “castigo” se iba expresando de manera distinta de acuerdo a las teorías y descubrimientos que se iban elaborando, pasando por los humores, los miasmas, etc. En todas las situaciones, la persona afectada era un sujeto pasivo que, con “culpa” o sin ella, padecía del genio de una divinidad o malignidad superior.

En la modernidad, y hasta los albores de la década de 1950, se identificó a la salud con una expresión poética: “el silencio de los órganos”, tratando de señalar en forma didáctica la idea de que, si bien los procesos fisiológicos no son advertidos por las personas, cuando se alteran llaman la atención sobre el órgano afectado. Tal expresión está en consonancia con la tendencia a reconocer a la enfermedad en la simpleza de la directa relación causa-efecto.

Aún hoy, si hacemos la pregunta “¿Qué es para cada uno de nosotros estar sano?”, nos encontraremos con una diversidad asombrosa de respuestas que van desde la ausencia de dolor hasta algunas más elaboradas como el equilibrio de cuerpo, mente y espíritu, pasando por el sentirse bien, “lo más importante”, comer bien, vivir bien, no estar enfermo, ser feliz, estar enamorado, tener trabajo, vivienda, familia, etc. Debo aclarar que estas expresiones fueron recogidas en una encuesta realizada por estudiantes de primero y segundo año de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Formosa (UNaF) en el trans-

curso del año 2003. Como una constante, podemos observar su consideración como un valor importante; igualmente, lo que campeaba en todas las respuestas era la relación de diversas facetas de la vida con la salud.

Además de las distintas percepciones de las personas sobre el concepto de salud, existen otras definiciones consideradas oficiales y académicas, como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), expresada en 1948 como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición, que ha sido aceptada oficialmente por todos los países, incluye taxativamente el concepto de lo social, donde se resumen las cuestiones económicas, laborales, de relación entre las personas, los vínculos intra e interfamiliares, etc., y en este aspecto coincide con las apreciaciones que habíamos encontrado en las respuestas de nuestra encuesta.

Actualmente se plantean varias objeciones a esta definición. Algunos dicen que usar la palabra “estado” se refiere a una situación estática, como si fuera una fotografía que atrapa un momento de la vida, lo cual no condice con el concepto de salud, ya que esta se trata de un continuo fluir. Otros opinan que la expresión “completo bienestar” marca una meta muy lejana, inalcanzable e imposible de visualizar, que disminuye el ánimo de llegar a ella.

Un tercer grupo opina que a ese enunciado le falta un componente esencial del ser humano: la esfera espiritual, que si bien es una realidad para la percepción de todas las personas, es muy poco considerada en las ciencias, salvo por algunos científicos, como el Dr. Ramón Carrillo, primer ministro de Salud de nuestro país, que allá por el año 1946, al elaborar los planes de salud para la Argentina, tenía en consideración la faceta espiritual en el mismo nivel del cuerpo, de la mente y de lo social. Más tarde, el Dr. Víctor Frankl, eminente psiquiatra vienés, creador de la escuela de la Logoterapia y sobreviviente del holocausto de la Segunda Guerra Mundial, hablaba del ser humano como un equilibrio bio-psico-espiritual.

Basándose en esas y otras fuentes, en su artículo 80, primera parte, la Constitución de la Provincia de Formosa propone otra definición:

El Estado reconoce a la salud como un proceso de equilibrio bio-psico-espiritual y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad; y un derecho humano fundamental, tanto de los individuos como de la comunidad, contemplando sus diferentes pautas culturales.

Esta definición incorpora el concepto de proceso, significando a la vida de cada persona como un *continuum*, un constante devenir que provoca cambios en cada momento, y al que uno debe ir adaptándose. Ya no se trata de una fotografía, sino de una película cinematográfica.

Además, tal definición hace mención al concepto de equilibrio, el cual, parangonando con la física, es una armonía de fuerzas en constante acomodamiento. Aquí se percibe la intención de involucrar efectivamente al ser humano en su salud, para que la entienda como consecuencia de su acción o inacción, tanto en su relación consigo mismo como con su familia y su comunidad. De allí que la salud no se puede entender fuera del marco del desarrollo humano, el cual se plantea, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), como “el proceso de ampliar la gama de opciones de las personas, brindándoles mayores oportunidades de educación, atención médica, ingreso y empleo, y abarcando el espectro total de opciones humanas desde un entorno físico en buenas condiciones hasta libertades económicas y políticas”.

Al tener tan íntima relación con la vida, la salud es considerada como un derecho humano fundamental e inalienable que refleja las oportunidades y se expresa en calidad de vida. “La salud no es todo, pero ese todo es nada sin la salud”, plantea un dicho muy conocido. Por ello la gente entiende que la “buena salud” es sólo uno de los “bienes” que buscan las personas, y por tanto el objetivo de promover una mayor equidad en salud no puede aislarse del objetivo de mejorar las oportunidades de vida en una forma más generalizada.

Ahora bien, ¿qué se entiende por oportunidades de vida? La acepción más usada es “la probabilidad de realización personal o social, con base en condiciones estructurales dadas”. En razón de que existen conjuntos sociales con oportunidades de vida similares, la sociología los denomina “grupos”. Entre esas oportunidades de vida debemos

considerar el medioambiente donde vive la gente y la forma en que las personas se relacionan con los demás, es decir, la trama social que los contiene. A esta suma de ambos ambientes la llamaríamos ecosistema. Por su parte, la expresión del nivel de vida saludable alcanzado por la población o grupo social se expresa como calidad de vida.

Concluimos, entonces, que la salud es un producto social en tanto es el resultado de la acción de las personas en forma particular y de la comunidad en su conjunto, ya que el hecho social influye en el hecho biológico, y viceversa, potenciándose mutuamente.

En definitiva, el deseo de construir salud nos impulsa a realizar el análisis de cómo están conformados los grupos sociales y a trabajar para una integración intersectorial de las actividades que promueven el desarrollo humano, centradas en los criterios de Justicia Social como un valor universalmente aplicable: equidad, eficiencia social, participación comunitaria, solidaridad, todo ello relacionado a la concepción más general de los derechos humanos.

Vista desde la concepción del desarrollo humano integral y sustentable, al que hacía mención más arriba, la salud es un objetivo estratégico que exige niveles de educación general adecuados para poder comprender su propio significado. Aquí entendemos la importancia de la educación formal y no formal en la construcción de esquemas de razonamiento que conduzcan a la formación de hábitos saludables que se incorporen al bagaje cultural personal, familiar y comunitario. En este sentido podemos afirmar que la salud es también un hecho cultural.

Quiero compartir una expresión del pensamiento del Dr. Ramón Carrillo:

- **Cultura y civilización son las coordenadas que determinan fundamentalmente la actitud del hombre ante Dios y ante el Universo.**
- **Pero para librar esta guerra de dos frentes, el hombre necesita una cuidadosa preparación que lo instrumente eficientemente. Necesita, ante todo, de la salud. La salud no es en sí misma y por sí misma, el bienestar, pero sí es una condición ineludible del bienestar.**

- No es pues un fin, sino un medio y, en el mejor sentido, un medio social. Porque no se trata de asegurar la salud para un goce más o menos epicúreo de la vida, sino para que el hombre se realice plenamente como ser físico, intelectual, emocional y moral, afianzando su conquista del medio exterior y su propio dominio interior.

DETERMINANTES

La salud no atañe solamente al ser humano en tanto individuo; hay otros elementos que intervienen en ese proceso, como el agua, el aire, la tierra, la luz solar, y se deben tener en cuenta también las relaciones con los animales, los vegetales, los minerales, que son fuentes de alimento, vestimenta, etc., que hacen a la armonía de la Creación.

Pero todos estos factores estarían en vano si los hombres no nos planteáramos un tipo de relación que tenga en cuenta la dignidad de cada uno de nosotros tanto en la distribución de los bienes y servicios como en las relaciones laborales, económicas, políticas y en todo lo que hace a las vinculaciones sociales, con el espíritu de ponernos en el lugar del otro, cuidando nuestro ecosistema y administrándolo de tal modo que sea saludable para todos los que habitamos la Tierra y para quienes nos sucederán. El hombre sin medioambiente es inviable; el medioambiente sin el hombre no tiene sentido.

Podemos agrupar a estos factores determinantes en: 1) factores biológicos o genéticos; 2) factores ligados al ambiente socio-económico, donde se incluyen el medioambiente, las redes de apoyo social, el empleo y las condiciones de trabajo, la educación, los ingresos económicos, la vivienda, etc.; 3) factores ligados al estilo de vida, correspondientes a los hábitos de salud y la capacidad de adaptación ante los cambios; y 4) factores relacionados al sistema sanitario, en cuanto a la calidad de los servicios asistenciales, de prevención de enfermedades, de promoción de salud y de rehabilitación.

Comparto otro pensamiento del Dr. Ramón Carrillo: “Frente a las enfermedades que generan la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio de los pueblos, los microbios como causas de enfermedades son unas pobres causas”. Tengan en cuenta que lo decía en 1947, convencido de que la salud es una construcción social y que la persona interactúa con su medio social y natural, con el cual, insisto, se condiciona mutuamente. Eran muy pocas las personas en el mundo que pensaban de esta manera.

DERECHO A LA SALUD

La segunda parte del párrafo del artículo 80 de la Constitución formoseña se refiere a la salud como un derecho humano fundamental, pero surge la pregunta: ¿derecho a qué? En primer lugar, a ser atendido adecuadamente cuando ese proceso de equilibrio se altera, es decir, cuando aparece lo que conocemos como enfermedad; y segundo, a gozar de un ecosistema saludable (tanto el medioambiente físico como el social) que permita a la persona desarrollarse en forma integral.

En la filosofía del derecho se dice que todo derecho engendra una obligación; en este sentido, si tenemos derecho a la salud, ¿cuál es nuestra obligación? En principio, a mantener nuestro equilibrio bio-psico-espiritual adoptando hábitos saludables y previniendo las enfermedades, teniendo siempre en cuenta que mi dolor provoca sufrimiento a mi familia y afecta a mi comunidad; pero también, en lo social, a cuidar el ecosistema en todas sus expresiones, tanto físicas como humanas, como son las relaciones interpersonales.

Nos corresponde a todos construir conjuntamente, de una forma proactiva y comprometida, esta concepción de que la salud es un hecho social porque si alguno de nosotros hace algo contrario a esta idea o deja de hacer lo que debe, nuestro proceso de equilibrio se altera. Es también un imperativo ético, ya que nadie puede considerarse sano si, por nuestra acción u omisión, otra persona es sometida a algún padecimiento; por lo tanto, involucra todos los actos de mi existencia, de mi familia y de la comunidad.

Se puede concluir que la salud obedece a múltiples causas, todas relacionadas entre sí. Es una situación compleja, multivariable, en la cual desempeñan un importante papel la justicia social y la solidaridad.

SALUD PÚBLICA

Es importante también analizar los diversos conceptos que tratan de explicar qué es la salud pública. Desde diversas posiciones ideológicas se construyeron varias acepciones que se pueden resumir en las siguientes:

1) Acción gubernamental

Identifica a los establecimientos asistenciales dependientes del Estado, ya sean municipales, provinciales o nacionales.

2) Participación del gobierno y de la comunidad

En esta acepción, a las acciones del gobierno se agregan las acciones realizadas por las organizaciones de la comunidad.

3) Servicios no personales de salud

Aquí se identifican las acciones aplicadas al medioambiente, como el saneamiento ambiental, el control de vectores, etc., y las que se realizan sobre la comunidad en general, como la educación para la salud. Es decir, son acciones que no están dirigidas hacia una persona particular.

4) Lo anterior más servicios preventivos a grupos vulnerables

Esta es una ampliación del punto anterior, ya que se agregan las acciones directas sobre las personas, como la vacunación, los programas de atención de la madre y el niño, etc.

5) Problemas de salud pública

Se refiere a los eventos que ponen en peligro a un gran número de habitantes, como derrames tóxicos, catástrofes, entre otros.

6) Visión integral

Esta acepción no refiere a un conjunto de servicios en particular ni a un tipo de problemas o acciones determinadas, sino que se interpreta como un nivel específico de análisis diferente, ya que se da a nivel poblacional. En este sentido, la medicina clínica actúa a un nivel individual, mientras que la salud pública interviene en grupos de personas.

Hablamos del interés de la sociedad de asegurar las condiciones en las cuales las personas puedan ser saludables. En esta acepción la salud debe ponerse al alcance de cada una de las personas y debe considerársela, repetimos, como un objetivo del desarrollo humano y no sólo como uno de los medios para alcanzarlo. Para ello exige la instrucción general, o al menos una comprensión, del significado de la salud para las personas, y por tanto se puede decir que tiene dos grandes campos de aplicación:

- a) En el campo del conocimiento: la salud debe entenderse desde una visión inter y transdisciplinaria, integradora de disciplinas científicas.
- b) En el ámbito de acción: refiere a esfuerzos sistemáticos para la identificación de necesidades de salud y organización de servicios integrales, que incluyen la organización de los servicios asistenciales, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la rehabilitación integral y la coordinación de acciones, aunque trasciendan los servicios de salud.

SALUD PARA TODOS

En la reunión de Alma Ata, en 1978, la expresión de un anhelo de la población mundial, interpretado por los participantes de ese evento, que fue propiciado y realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), surgió y se sintetizó en el lema “Salud para todos en el año 2000”. Esa iniciativa tenía los siguientes objetivos:

Estilos de vida conducentes a la salud

- Desarrollar políticas y sistemas de apoyo social
- Mejorar los conocimientos y motivaciones para una conducta saludable

- Promocionar conductas
- Disminuir los hábitos dañinos

Creación de ambientes saludables

- Política ambiental saludable
- Control de los riesgos ambientales
- Control del agua, el aire y los alimentos
- Protección contra residuos
- Mejora de las viviendas
- Protección contra los riesgos laborales

Proporcionar una asistencia adecuada

- Distribuir adecuadamente los recursos
- Desarrollar equipos de trabajo
- Coordinar los servicios
- Asegurar la calidad de los servicios

Apoyo para el desarrollo del sistema

- Desarrollar la investigación
- Facilitar los recursos
- Crear sistemas de información sanitaria
- Formar a los profesionales
- Educar a los sectores no sanitarios
- Evaluar la tecnología sanitaria

Para lograr estos objetivos se diseñaron dos estrategias trascendentes: la Atención Primaria de Salud (APS) y los sistemas locales de salud (SILOS).

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Este término fue acuñado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en Alma Ata, actual República de Kazakstán, por la OMS en septiembre de 1978. Básicamente, la APS es la estrategia elegida para alcanzar la meta de “Salud para to-

dos”, clave para el desarrollo de los pueblos conforme al espíritu de la justicia social. Este concepto permite varias perspectivas de análisis, como serían:

- **Conjunto de actividades:** requiere la inclusión de la educación sanitaria, la provisión de alimentos y de agua accesible y saludable, el saneamiento ambiental, cuidados materno-infantiles, inmunizaciones, la prevención de las enfermedades, la provisión de medicamentos esenciales, etcétera.
- **Nivel de asistencia:** implica el desarrollo y fortalecimiento del primer nivel de atención, punto de contacto interactivo con las personas a nivel individual y con la comunidad. En este nivel corresponde también el establecimiento de relaciones a fin de potenciar el autocuidado y la autorresponsabilidad.
- **Estrategia de organización de servicios sanitarios:** establecimiento de una red de prestadores de complejidad creciente (según el riesgo de enfermar o morir de las personas aquejadas por alguna afección) diseñada de tal forma que se pueda atender a toda la población, que sea accesible y que tenga una adecuada relación de costo-beneficio. Los integrantes de esta red deben estar abiertos a la relación intersectorial.
- **Como una filosofía:** desarrollar un sistema sanitario que asuma a la salud como un derecho humano fundamental e inalienable, con criterios de justicia e igualdad en el acceso y el disfrute del mismo para todos los ciudadanos.

La APS se dirige hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad. Dentro de este concepto, la persona, la familia y la comunidad son el fundamento del sistema de salud.

Requisitos básicos

- **Criterio multisectorial:** la salud no existe de modo aislado.
- **Participación de la comunidad:** la salud no es un bien que se da, sino es el resultado de una construcción colectiva. Debe ser una respuesta de la comunidad a los problemas que perciben sus miembros.
- **Tecnología apropiada:** se debe contar con procedimientos y equipamientos científicamente satisfactorios que la gente pueda entender y aceptar. Estos deben ser financieramente viables para poder romper la dependencia de tecnologías sofisticadas de enorme costo y de eficacia no probada.

Elementos principales

- **Integral:** se considera al hombre y a la mujer desde una perspectiva bio-psico-espiritual y social.
- **Integrada:** interrelaciona los elementos y se integra funcionalmente.
- **Continuada y permanente:** se acompaña a las personas a lo largo de sus vidas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia.
- **Activa:** los miembros del equipo de salud trabajarán en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades con énfasis en la educación sanitaria con adecuadas formas de comunicación social.
- **Accesible:** sin barreras para que la población pueda tener contacto con el sistema.
- **Basada en el trabajo en equipo:** de los trabajadores de la salud y de las disciplinas asociadas.
- **Comunitaria y participativa:** participación de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades.

- **Programada y evaluable:** basada en programas con objetivos y metas, mecanismos de control y evaluación permanente.
- **Docente e investigadora:** formación permanente de los trabajadores de la salud, con actividades de investigación aplicada en materias propias de su ámbito.

Como vemos, no es medicina de segunda para ciudadanos de segunda, con profesionales y tecnología de segunda.

Pilares

La APS se asienta en cuatro pilares fundamentales: prevención de las enfermedades, promoción de la salud, atención del daño y rehabilitación. Todo ello asentado en los cimientos de la participación de la comunidad.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Esta estrategia busca avanzar sobre:

- **El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la APS.**
- **La atención a los problemas de salud considerados prioritarios en grupos humanos en situación de riesgo.**
- **El proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo dichos postulados.**

Los sistemas locales de salud son los ámbitos adecuados para lograr la participación social, la tarea intersectorial, la descentralización y la planificación más efectiva para la gestión de las necesida-

des de cada grupo humano. Son también una táctica operativa para la implementación efectiva de la APS. Permiten un reordenamiento del sector salud con criterios operativos que mejoran la eficiencia del sistema, además del desarrollo de una red de efectores asistenciales de complejidad creciente, con una más equitativa distribución de los recursos desde el nivel central y una mejor evaluación tanto de las intervenciones diseñadas como del sistema en su conjunto.

Su configuración se basa en la división territorial en unidades geográficas con una base poblacional debidamente cuantificada y aceptablemente identificada. Tal división permite un análisis más cercano de los problemas identificados y de su clasificación según el riesgo, para así diseñar acciones e intervenciones más eficaces que funcionen de manera coordinada con los otros sistemas locales, formando un sistema provincial que dé respuestas valederas a los problemas de salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

Constitución de la Provincia de Formosa (2003).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

(1992), *Desarrollo Humano, Informe: 1992*, Tercer Mundo Editores, Santafé de Bogotá.

Carrillo, Ramón

(1974) [1951], *Teoría del hospital. Obras completas, Tomo I*, EUDEBA, Buenos Aires.

DECLARACIÓN DE ALMA ATA Y SU CORRELATO EN LA CONSTITUCIÓN DE LA PROVINCIA DE FORMOSA

Dr. Alberto M. Zorrilla

La Atención Primaria de Salud (APS) es considerada por nosotros como una filosofía de vida que impregna una estructura de pensamiento y de análisis, y como un marco doctrinario y estratégico para definir políticas. Esta filosofía empezó a manifestarse en nuestro país desde 1946 con la gestión del Dr. Ramón Carrillo, el primer ministro de Salud Pública de la historia institucional de la Argentina, durante el primer gobierno del general Perón. El Dr. Carrillo cuestionó el pensamiento dominante que plantea a la salud como una cuestión puramente médica, que se define hacia la atención de la enfermedad y que tiene un criterio reduccionista; sacó el concepto de ese ámbito y lo llevó hacia la comunidad y hacia la sociedad con un especial énfasis en la prevención de las enfermedades y en la adopción de hábitos saludables.

Con este nuevo criterio, en nuestro país se lograron significativos avances en la salud pública para esa época. Fue una política señera que marcó rumbos a nivel continental. Esta concepción de la salud avanzó en otras manifestaciones y latitudes, hasta que apareció la Declaración de Alma Ata en 1978.

En nuestra provincia de Formosa, como experiencia de ordenamiento de la salud con énfasis en las necesidades de la comunidad, en 1975 tuvimos el Sistema Nacional Integrado de Salud, aplicado en nuestro país como un gran avance dentro de Sudamérica. Este sistema, aprobado por la ley 20.748, redactada por el Dr. Domingo Liotta, comenzó a aplicarse en cuatro provincias en 1974: Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis. Luego, en 1976, esta experiencia fue desarticulada y violentamente truncada por la intervención de la dictadura militar.

En 1978, en Alma Ata, ex capital de Kazakstán, una de las repúblicas que conformaban la antigua Unión Soviética (URSS), se reunieron casi todas las naciones del mundo para

hablar sobre salud a instancias de la OMS en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. En la declaración surgida de esa reunión se acuñó el término Atención Primaria de Salud, traducción literal del inglés *Health Primary Care*. Si la analizamos en su integridad, podemos decir que esta es una declaración política ya que hace un diagnóstico de situación, plantea una visión y describe la estrategia para llegar a esa meta de “Salud para todos en el año 2000”.

El punto 6 dice que “la Atención Primaria de la Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables”. Podemos observar que se está refiriendo a la calidad de tecnología, tanto en procedimientos y equipamientos, que son considerados útiles para la comunidad, y ya insinúa aquí la importancia de la participación comunitaria. Estos métodos y tecnologías deben estar

...al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante plena participación igualitaria, equitativa, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

El Dr. Ramón Carrillo decía en sus bases políticas que la tecnología médica es buena si está al alcance de quien lo necesita.

Continúa el punto 6 afirmando que “la Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye su función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”. Aquí se empiezan a introducir definiciones filosóficas y políticas al trasponerse los límites de la salud del individuo y significar la importancia del hecho social de la salud, que se transfiere y se proyecta hacia las acciones de la comunidad, con lo cual nos acercamos al concepto holístico del hombre y, por lo tanto, de la salud, que es el nuevo paradigma. Además, plantea que:

[la Atención Primaria de la Salud] representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

¡Proceso permanente! Es decir, la salud no se enfoca puntualmente en una situación patológica determinada limitada en el tiempo, sino que desde una actitud proactiva de los equipos de salud trata de mantener un contacto continuo con la población desde la concepción de los individuos hasta su muerte natural.

Esta definición es después plasmada en el artículo 80 de la Constitución Provincial, reformada en 1991 y en 2003: “El Estado reconoce a la salud como un proceso de equilibrio bio-psico-espiritual y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedades; y un derecho humano fundamental, tanto de los individuos como de la comunidad, contemplando las diferentes pautas culturales”.

Esta afirmación es muy importante para plantear una política de salud coherente, ya que nuestra provincia es riquísima culturalmente por tener varias expresiones o raíces culturales: en el este, una fuerte raigambre guaraní; en el oeste, una marcada influencia andino-salteña; y en el centro, la conjunción de las dos corrientes culturales y la influencia permanente de las tres etnias aborígenes mayoritarias: la Toba (Qom), la Wichí y la Pilagá.

Continúa el artículo 80: “[El Estado] asumirá la estrategia de la atención primaria de la salud, comprensiva e integral [es decir, abarcativa a todos los aspectos del hombre], como núcleo fundamental del sistema de salud, conforme con el espíritu de la justicia social”. Esta frase es el enunciativo del artículo 81, que es más preciso y dice:

El Estado asegura los medios necesarios para que, en forma permanente, se lleven a la práctica los postulados de la atención primaria de la salud, comprensiva para lograr el más alto nivel posible en lo físico, mental y social de las personas y comunidades.

El inciso primero de este artículo dice que el Estado asegura todas estas prestaciones mediante “la constante promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud de todos los habitantes de la provincia, priorizando los grupos de alto riesgo social, asegurando una atención igualitaria y equitativa”.

El inciso segundo, por su parte, dice que el Estado garantiza “la capacitación permanente de los efectores de salud en todos los niveles de atención, como asimismo de la comunidad, para que esta sea protagonista de su proceso de salud”. La comunidad es la protagonista, no una invitada cualquiera, sino iprotagonista! En el proceso de desarrollo de salud, los protagonistas somos todos nosotros, toda la comunidad.

Se asegura en el inciso tercero “la planificación y evaluación participativa de las acciones de salud, orientadas fundamentalmente a las enfermedades y males sociales, socio-ambientales, endemo-epidémicos y ecológicos-regionales”. Abarca todos los aspectos de la vida del hombre, tanto individualmente como en sociedad.

El inciso cuarto asegura: “la investigación social, biomédica y sobre los servicios de salud, orientada hacia los principales problemas de enfermedades de la población; el uso de tecnología científicamente válida y socialmente aceptada; y el suministro de medicamentos esenciales”. Aquí cabe preguntarnos: ¿qué son los medicamentos esenciales? Si abrimos el vademécum, que es la lista donde están todos los productos con nombres comerciales que se fabrican en el país, encontraremos más de 5.000 medicamentos. ¿Todos sirven? No. ¿Todos son útiles? No. Eso es parte del gran negocio de los medicamentos.

Los medicamentos esenciales son aquellos útiles para el tratamiento de las enfermedades, científicamente comprobados, indicados en

el momento preciso y que tengan como misión recuperar o sacar al paciente del proceso de enfermedad, o al menos de ayudarlo a bien morir.² Básicamente, los medicamentos esenciales no son más de 200.

En el inciso quinto, el Estado también asegura “el contralor de las acciones y prestaciones médico-sanitarias, teniendo como referencia los principios éticos del ejercicio profesional”. La salud es un imperativo ético tanto en nuestro desempeño como miembros de una familia y de una comunidad como en el ejercicio de nuestra profesión. Esta concepción debe impregnar la forma en la que encaramos nuestro trabajo.

En el inciso sexto asegura también el Estado “toda otra acción del sistema de salud e intersectorial, que convenga a los fines del bienestar de los individuos y tendiente a mejorar la calidad de vida de la población”. Es decir, el problema de la salud no pasa solamente por el Ministerio de Desarrollo Humano y la Subsecretaría de Salud Pública, sino que involucra a todos los estamentos o sectores de nuestra comunidad, como las universidades, las organizaciones libres del pueblo, las personas en forma individual, los clubes, la medicina privada, las obras sociales, los seguros, toda acción de la comunidad, el Ministerio de la Producción, la Secretaría de Turismo, etc. Todos estos sectores también intervienen en el concepto de salud, y ni qué decir del Ministerio de Cultura y Educación que es el aliado invaluable, ya que si la población no tiene un adecuado nivel de instrucción no podrá comprender los fundamentos teóricos de la importancia de la salud.

En el inciso séptimo asegura también “la confección y utilización obligatoria por los organismos efectores de un vademécum medicamentoso básico social adecuado a las patologías regionales”. Entonces, por ejemplo, ¿por qué vamos a andar comprando medicamentos para la fiebre del sueño, que es una enfermedad africana, y no para la leishmaniasis, que sí es una enfermedad regional?

Este es el contexto, el marco legal y conceptual desde donde se empezó a organizar el Ministerio de Desarrollo Humano, que comenzó a

² Esto significa tratarlo con dignidad. Hablamos, por ejemplo, de medicamentos para calmar el dolor. No para ayudarlo a morir, sino a *bien morir*.

funcionar en diciembre de 1995, a partir de la asunción del Dr. Gildo Insfrán como gobernador, con sus tres subsecretarías: de Salud Pública, de Desarrollo Social y de Gestión Administrativo-Financiero. Este ministerio plantea un sistema de desarrollo humano funcional que no sea muy rígidamente estructurado donde cada uno piense en hacer sólo lo que está en su cuadradito, sino que cada quien, además de hacer bien lo que tiene que hacer, debe encontrar la forma de interrelacionarse con los otros estamentos para poder llegar a este estado de bienestar que la población requiere.

Este sistema de desarrollo humano está enriquecido por los organismos estatales y por los organismos de la comunidad. Está conformado por una red de salud y una red social con áreas normativas y de apoyo que se distribuyen geográficamente, constituyendo una trama de subredes, como la de información, la de vigilancia epidemiológica, tanto social como sanitaria; una ambiental, de bromatología, de odontología, de laboratorio, de salud mental y de discapacitados. Dichas subredes se integran y se apoyan a través de los efectores de ambas redes (salud y social). Estos efectores son aquellos que brindan alguna intervención o atención tanto en la salud como en el área social.

BIBLIOGRAFÍA

Carrillo, Ramón

(1974) [1951], *Teoría del hospital. Obras completas, Tomo I*, EUDEBA, Buenos Aires.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud

(1978), *Declaración de Alma Ata*.

Constitución de la Provincia de Formosa (2003).

Frankl, Víctor

(1963), *Psicoanálisis y existencialismo*, 4^{ta} edición en español, Fondo de Cultura Económica, México.

Guerrero, Rodrigo, Carlos González y Ernesto Medina
(1986), *Epidemiología*, Addison-Wesley Iberoamericana, Buenos Aires.

Kroeger, Axel y Ronaldo Luna
(1992), *Atención primaria de salud: principios y métodos*, 2^{da} edición,
Editorial Pax México, Ciudad de México.

Lemus, Jorge Daniel
(1996), *Atención primaria de salud. Áreas programáticas*, 2^{da} edición,
Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad del Sal-
vador, Buenos Aires.

Mazzafero, Vicente Enrique et al.
(1994), *Medicina en salud pública*, 2^{da} edición, Editorial El Ateneo, Bue-
nos Aires.

DE ALMA ATA AL PRESENTE

Dr. Julio Monsalvo

Del 06 al 12 de septiembre de 1978, la ciudad de Alma Ata, capital de la República de Kazakstán, en ese entonces integrante de la desaparecida Unión Soviética, fue el escenario de la celebración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada en forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Se cumplen más de cuatro décadas de la celebración de esa conferencia, y mucho se ha hablado y se ha escrito sobre Atención Primaria de Salud (APS). Hablar hoy de este concepto genera múltiples y diversas imágenes mentales que evidencian disímiles maneras de entenderla. ¿Por qué existen tantas y tan variadas ideas sobre atención primaria, muchas de ellas opuestas entre sí? Parecería que esta diversidad de apropiaciones del término no es tan inocente.

ATENCIÓN PRIMARIA EN EL IMAGINARIO ACTUAL

Como comentábamos, se habla bastante a menudo sobre APS, muy especialmente en los sectores de la salud y de educación, y es mencionado tanto por trabajadoras y trabajadores que se hallan cotidianamente en contacto con la población como por planificadores, docentes y políticos.

Muy recientemente, en una de nuestras universidades, compartiendo con un numeroso grupo de estudiantes que estaban a punto de graduarse en una de las profesiones destinadas al cuidado de la salud, tuvimos la oportunidad de sondear los conceptos que estos tenían sobre atención

primaria. Una vez más se pudieron constatar las diversas concepciones que existen en el imaginario sobre la APS. El 65% de los estudiantes entendían el concepto de atención primaria solamente como “prevención de enfermedades y/o promoción de la salud”.

De las disímiles concepciones que expresaron los demás estudiantes se destacan ideas de tipo operativo: “atención primaria es visitar domicilios”; “lo que se hace en los barrios”; “algo que hace el equipo de salud con la comunidad”; “es el servicio de menor jerarquía y de menor costo en insumos”; y otros similares. El 15% relacionaba en forma difusa la APS con una estrategia, pero sin dar precisiones. Un solo estudiante mencionó a Alma Ata al expresar que de allí “surgió una estrategia de prevención y de promoción”.

Otros identificaron la APS con el primer nivel de atención. Esto es algo que se escucha con mucha frecuencia en los ámbitos de planificación y programación de acciones de salud: “Estamos priorizando la atención primaria porque estamos inaugurando nuevos centros de salud en los barrios y postas sanitarias en áreas rurales”. O bien, en la misma sintonía se dice: “Hacemos atención primaria porque aumentamos la oferta de horas médicas y odontológicas en los consultorios externos”.

En 1978, al término de la Conferencia de Alma Ata, el entonces Ministerio de Bienestar Social de Argentina decidió cambiar el nombre del Programa Nacional de Salud Rural por: Programa Nacional de Atención Primaria de la Salud. El Programa de Salud Rural contaba con una oficina donde se elaboraban las normas para el trabajo en terreno y se examinaban los programas enviados por las provincias. Una vez aprobados, la Nación enviaba los fondos destinados especialmente para el pago de agentes sanitarios rurales.

Aun hoy persiste en determinados lugares la convicción de que la atención primaria es un programa que llevan a cabo las y los agentes sanitarios; mientras que para muchos otros es lo que se hace mediante la ejecución de programas especiales, en particular los que están dirigidos a la población materno-infantil.

¿Por qué tantas concepciones disímiles? ¿Qué tienen que ver estas ideas con la propuesta original de atención primaria? Quizás podamos aproximarnos a las respuestas analizando la construcción histórica de la Atención Primaria de Salud.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CONCEBIDA EN ALMA ATA

En los años 70 se desarrolló el pensamiento de que la salud ya no depende de la ciencia clínica ni de la ciencia y la técnica de la salud pública, sino de una ciencia política. Bajo la dirección del recordado Dr. Halfdan Mahler, la OMS promovió una serie de conferencias regionales e internacionales sobre APS. Esta iniciativa culminó con la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, en la cual estuvieron representados 134 gobiernos del mundo (la totalidad de las naciones miembros de la OMS), 67 organismos especializados, organizaciones de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales.

El 12 de septiembre de 1978 se firmó el documento *Declaración de Alma Ata*, en el cual se establecen los principios básicos fundacionales de lo que hoy se llama “Atención Primaria de Salud integral, comprensiva, universal e incluyente”. La Declaración afirma que la atención primaria

...es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud no sólo señaló que “la grave desigualdad existente (...) es política, social y económicamente inaceptable”, sino que apunta a la participación del pueblo en la toma de decisiones de las políticas de salud al afirmar que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”. Además, establece que es obligación de los gobiernos cuidar la salud de sus pueblos y adoptar medidas sanitarias y sociales adecua-

das con el objetivo de que “todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”. Esa meta se fijó para ser alcanzada en el año 2000.

A continuación afirma que “la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo, conforme al espíritu de justicia social”. ¡Se habla de pueblo y de justicia social! Alma Ata propone algo superador: que todas las políticas globales, no sólo las de salud, se centren en la imagen horizonte de un mundo en que todos los pueblos gocen del mayor nivel de salud posible: “Salud para todos en el 2000”.

La meta comprometida expresaba que cada habitante del planeta debía recibir al menos las siguientes actividades sanitarias esenciales:

...la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

APARECE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SELECTIVA

“Nos vinimos de Alma Ata con estrellas en nuestros ojos, pero a poco andar nos dimos cuenta que es más fácil firmar una Declaración que tener la voluntad para llevarla a cabo”, nos diría el mismo Mahler en diciembre de 2000 en Bangladesh.

Alma Ata proponía un nuevo orden económico internacional con sentido social, solidario y de servicio. Aún no se habían acallado sus

ecos, cuando ya estaba instalado otro nuevo orden económico internacional, totalmente opuesto al espíritu de la Atención Primaria de Salud integral. Durante la década de 1980 se impusieron los programas de ajuste estructural por decisión de quienes se sienten dueños del mundo. El Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Organización Mundial de Comercio (OMC) han sido los grandes mentores y ejecutores en la imposición de estos ajustes que asolan a los países del sur.

De manera notoria, el Banco Mundial toma cartas en el tema salud y desplaza en protagonismo a la OMS, a la vez que coacciona para imponer a los gobiernos su visión capitalista de la atención de la salud. Un prominente economista del Banco Mundial traía bajo su brazo un plan para reducir la inflación de Bolivia; muy claramente expresó que se trataba de “un plan doloroso, pero necesario...”.

Es el auge de programas de recorte de gastos públicos, de ajustes fiscales, de privatización de los servicios de comunicaciones, salud, educación, transporte, entre otros. Están muy bien identificados quiénes son los que sufren los dolores y quiénes son aquellos que necesitan de estos planes.

En este contexto, el pragmatismo imperante afirma que la propuesta de Alma Ata es utópica, inviable y que se trata de un plan global demasiado costoso. Los expertos idean políticas para mejorar los indicadores de las estadísticas convencionales. Así nace la idea del enfoque de riesgo.

Con entusiasmo, UNICEF lanza su propuesta de revolución de la supervivencia infantil, GOBI (por sus siglas en inglés), que prioriza cuatro objetivos: control del crecimiento, terapia de las diarreas mediante la rehidratación oral, promoción de la lactancia materna e inmunizaciones. Esto es lo que se da en llamar atención primaria de salud selectiva. Aunque luego se agregan otros objetivos, no cambia el enfoque pragmático que dirige las acciones a objetivos y poblaciones seleccionadas.

Estos programas de atención primaria selectiva sólo logran una reducción de indicadores, a tal punto que una tasa de mortalidad infantil alta sigue siendo un indicador del deterioro de la calidad de vida de esa población; por el contrario, una tasa de mortalidad infan-

til reducida mediante estos programas no necesariamente indica una mejoría en la calidad de vida.

Ya no se mencionan ninguno de esos contenidos mínimos que Alma Ata declaraba como derechos de cada persona: suministro de alimentos, agua potable, medicamentos esenciales, entre otros. La atención primaria de salud selectiva se muestra como el brazo sanitario de las políticas de ajuste.

LA DÉCADA DE LOS 90

La noche de la globalización neoliberal

Al desaparecer la URSS, Estados Unidos quedó como única superpotencia, y se proclamó triunfalmente el fin de la historia, el dominio del capitalismo a nivel planetario y la globalización neoliberal. Su objetivo máximo: dolarizar la economía de los países. Todo subordinado a las famosas leyes de mercado. En este contexto transitan libremente capitales y mercaderías, en tanto se levantan horribles muros, no de cemento, pero sí represivos para evitar el tránsito de personas, especialmente de los pobres de los sometidos países del Sur que desean llegar al llamado primer mundo para recibir algunas de sus migajas.

La atención primaria de salud selectiva sigue dominando la escena, operativizando las políticas que devienen de la ideología de un ser humano reducido a la condición de consumidor o de cliente que debe decidir sobre el consumo de prestaciones para el cuidado de la salud. Ello es un cínico golpe, en nombre de la libertad (de mercado), a la dignidad de las personas, quienes por el solo hecho de existir tienen el derecho humano fundamental a la salud y a la vida.

Mientras tanto, los impactos en la salud y en la vida de las personas se incrementan. Las desigualdades que Alma Ata proponía reducir se multiplican, a la vez que se ahondan las diferencias. Los enormes capitales y las decisiones se concentran en muy pocas manos; de manera autoritaria e inconsulta se forman precios, se fijan tasas

de interés, se incrementan las deudas externas; se sancionan leyes de desregulación y flexibilización laboral; se congelan los salarios en tanto se liberan los precios; emerge con toda su crudeza el fenómeno de la desocupación, lo cual es una verdadera exclusión social, con todas sus secuelas; se explotan impunemente y con crueldad a las personas que aun poseen un trabajo; proliferan contrataciones precarias, remuneraciones en negro, explotación de mujeres y de niños, etcétera.

A las injusticias sociales se añaden de manera inédita las injusticias ecológicas. Desde el advenimiento de la llamada Revolución Industrial, a partir de 1850 se comienza a constatar la desaparición de especies vivas. Lo que prende las luces de alarma es que la disminución de la diversidad biológica cobra dramáticas características en esta década de 1990, a tal punto que eminentes biólogos ya señalan que el planeta ha comenzado a sufrir la sexta extinción.

Se denomina “gran extinción” al fenómeno de desaparición de una significativa cantidad de especies en un breve lapso de tiempo. En toda su historia, nuestro hermoso planeta ya ha sufrido cinco grandes extinciones, y los biólogos dicen que en cada una desapareció al menos el 65% de la diversidad biológica. De estas cinco grandes extinciones, la más conocida popularmente es la ocurrida hace 65 millones de años cuando desaparecieron los dinosaurios.

No existe una explicación científica consensuada respecto a las causas que provocaron cada una de estas grandes extinciones; sin embargo, los científicos están de acuerdo en la causa que provocó esta acelerada pérdida de especies durante la década de los 90: el intervencionismo irracional de un modelo de explotación-extinción promovido por la globalización neoliberal que enferma a todo el ecosistema del planeta Tierra.

Una manifestación más de esta enfermedad global es la aparición, en pocas décadas, de nuevas enfermedades y el recrudescimiento de otras llamadas emergentes, ambas señaladas por la OMS como antropogénicas.

Explotación, exclusión y extinción es lo que caracteriza este modelo del neoliberalismo globalizado.

El amanecer de las protestas y propuestas

Entre las densas sombras de la tenebrosa noche neoliberal de los 90, despuntan las luces de un nuevo amanecer. Por aquí y por allá aparecen focos de protesta y de resistencia que generan propuestas. A pesar de este panorama de dolor y sufrimiento global, pareciera que la voluntad de vivir es más fuerte.

El 01 de enero de 1994 entró en vigor el Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y sus vecinos, Canadá y México. Ese mismo día hizo irrupción el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en el Estado de Chiapas, al sur de México; un levantamiento que no se propuso tomar el poder, sino “apenas algo más difícil: un mundo nuevo”, expresaba el subcomandante Marcos.

El 20 de noviembre de ese mismo año, en Seattle, frente a la sede de la reunión de la OMC, más de 50.000 personas interrumpieron las negociaciones: eran campesinos, sindicalistas, mujeres y ecologistas que decidieron defender la vida. Para muchos estudiosos, Seattle marcó el inicio de los movimientos mundiales contra el neoliberalismo, ya que a partir de allí comenzaron a hacerse visibles las manifestaciones masivas de protestas.

Hechos similares al de Seattle ocurrieron en Davos, en Niza y en tantos otros lugares donde se reunieron algunos de los tres actores señalados como los artífices de este modelo: el Banco Mundial, el FMI y la OMC.

Se generaron, entonces, diferentes propuestas, como la creación de la coalición Jubileo 2000, en 1997, que reclamaba la cancelación de las deudas de los países del tercer mundo. Por otra parte, en 1998 se creó la Asociación por una Tasa Tobin de Ayuda a los Ciudadanos (ATTAC), la cual proponía gravar con un 0,5% a cada movimiento de los capitales especulativos (estimados en 1.500 billones de dólares por día). James Tobin, premio Nobel de Economía, propuso en 1972 este gravamen para frenar el torrente de la especulación monetaria; más adelante, ATTAC retomó esa propuesta con otro objetivo: crear un fondo para eliminar la pobreza e impulsar el desarrollo sustentable, bajo una administración democrática en el seno de las Naciones Unidas.

Una pléyade de prestigiosos científicos que se hallan en las fronteras de la ciencia, como el físico Fritjof Capra, nos proponen que la ciencia vaya al encuentro de la sabiduría. Los focos de resistencia van más allá de los medios universitarios y académicos, que vienen propugnando un cambio de paradigma, no sólo científico, sino también cultural para que la vida continúe. Son focos que están permanentemente vivos, con todas sus contagiosas energías, en la cotidianeidad del campo popular.

Se multiplican las familias, comunidades, grupos y organizaciones que demuestran día a día que es posible otro tipo de relaciones y sistemas que respetan la vida. Surgen así cultivos agroecológicos (producción saludable de alimentos para alimentar y no para lucrar), la producción local de semillas y de energía no contaminante, experiencias autogestivas para el cuidado de la salud, nuevas formas de comercio y de intercambios no monetarios, y de esta forma se hace infinita una variedad de propuestas que emergen de estas experiencias solidarias.

De manera fundamental, las propuestas para salvar la vida surgen de la formidable resistencia de los pueblos originarios y comunidades campesinas que han sabido mantener una fuerte identidad cultural, y así se sienten siempre parte de la naturaleza y como una especie más en el ecosistema.

ASAMBLEA MUNDIAL POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS

Las banderas de la Conferencia de Alma Ata fueron rápidamente arriadas por el pragmatismo neoliberal con la consigna: “Hay que hacer lo que se pueda”.

Justo es señalar que el único país que demostró y sigue demostrando la voluntad política de cumplir con la meta de salud para todas y todos, es Cuba. Esto está reconocido por todas las personas e instituciones que se ocupan de constatar la situación de salud de los pueblos del mundo.

Sin embargo, en otros lugares del mundo compañeras y compañeros que se sintieron identificados con la propuesta de atención primaria de salud integral y universal, no claudicaron. En todos los continentes procuraron de una y mil maneras llevar adelante estos postulados de participación popular y de lucha por la justicia en el ámbito de la salud, y se formaron múltiples organizaciones que trabajaban y aún trabajan denodadamente en los más diversos escenarios.

Con indignación, y rechazando con firmeza al pragmatismo que no hacía más que proclamar que “no se puede hacer otra cosa”, se percibía muy claramente que el año 2000 nos encontraría con “salud para nadie”. Así muy bien lo señalaba nuestro amigo David Werner, célebre luchador por los derechos humanos, autor de *Donde no hay doctor: una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos* (1973), entre muchos de sus libros.

En todo el mundo fue germinando la idea de producir un hecho político y popular en el 2000, año meta de “Salud para todos”. Por más de una década se discutió la idea de producir una nueva Alma Ata: una conferencia, no de los gobiernos, sino del pueblo; una asamblea popular mundial. Un sueño alocado, pero los alocados soñadores son los que hacen mover la historia de vida de las personas y la historia de la humanidad.

El sueño comenzó a concretarse. Fueron ocho las organizaciones, coaliciones y redes no gubernamentales que, con el lema “Oír a los que nadie oye”, convocaron a la Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, reunida finalmente en Savar, Bangladesh, del 4 al 8 de diciembre del año 2000. Más de 1500 personas procedentes de 93 países nos reunimos para compartir los plenarios matutinos, la diversidad de talleres por las tardes y deleitarnos con las noches culturales en las que diferentes países y regiones se expresaron con danzas y cantos. La música y las expresiones corporales nos comunican como una suerte de idioma universal.

En vez de gráficos y estadísticas, vimos rostros y escuchamos voces de varios representantes de los pueblos del mundo que dieron testimonio acerca de los impactos de la globalización neoliberal en la salud y en la vida de las personas y del ambiente. Mujeres iraquíes nos contaron acerca de los efectos del uranio empobrecido lanzado con

misiles en la Guerra del Golfo de 1991, una verdadera guerra atómica sin el hongo nuclear; abuelas africanas nos relataron sus dramas para criar a sus nietos huérfanos, cuyos padres fallecieron a causa del SIDA o el VIH; valientes mujeres de Maranhao, al norte de Brasil, nos dieron detalles de sus luchas para defender el ambiente; entre muchas otras situaciones de todas partes del mundo que se expusieron en las jornadas matutinas. Se trataba efectivamente de *oír a los que nadie oye*.

Los plenarios de las mañanas mostraban el panorama mundial de los impactos en la salud de los pueblos y del planeta provocados por este modelo dominante; por las tardes, asistimos a 236 talleres en los que vivenciamos la esperanza, ya que eran propuestas generadas de las experiencias cotidianas de grupos y organizaciones. Salud, medio ambiente y justicia social, agricultura y salud, participación democrática, salud de los grupos marginados y autogestión comunitaria eran algunas de las numerosas temáticas que abordaban los talleres.

El 8 de diciembre se aprobó la *Declaración para la salud de los pueblos*, en cuya redacción se trabajó por más de dos años, durante la preparación de la asamblea, mediante talleres regionales y numerosas otras actividades, incluyendo la recolección de relatos de personas y de organizaciones varias. La asamblea no se planteó como un evento más, y se buscaba que la declaración no fuera un documento que terminase sólo en la expresión de buenos deseos; por este convencimiento surgió el Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos, que tomó la declaración como su programa de acción.

Esta declaración explicita que las bases para formular las políticas de salud se hallan en “los principios de una Atención Primaria en Salud universal e incluyente, concebidos en la Declaración de Alma Ata de 1978”. Y añade: “Ahora más que nunca se requiere de un enfoque equitativo, participativo e intersectorial”.

La declaración hace varios llamados a la acción a los pueblos del mundo. Llama a que la salud y los derechos humanos prevalezcan sobre los asuntos económicos y políticos; llama a abordar los determinantes más amplios de la salud y asumir los retos económicos, sociales, políticos y ambientales; llama contra la guerra y toda forma de violencia, bregando por la paz y el anti-armamentismo y por políticas

hacia un sector salud centrado en la población; y culmina con un llamado a la participación de los pueblos por un mundo más saludable.

El Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos se pone en marcha, teniendo como meta de su accionar a la visión expresada por la asamblea en su declaración: “Un mundo en el cual una vida saludable para todas y todos sea una realidad”. Los ejes centrales de esa visión de un mundo mejor son “la equidad, el desarrollo ecológicamente sostenible y la paz”.

Un mundo que respete, aprecie y celebre toda vida y diversidad; un mundo que permita el florecimiento de los talentos y habilidades para enriquecer uno/a a otro/a; un mundo en el cual las voces de los pueblos guíen las decisiones que afectan nuestras vidas.

De manera contundente se afirma: “Hay más que suficientes recursos para lograr esta visión”.

RUMBO AL SIGLO XXI

A comienzos de la década de los 2000 sucedieron varios hechos de enorme trascendencia para el futuro de la humanidad. Mencionamos sólo dos:

Primero, la Marcha Mundial de las Mujeres, que inició el 8 de marzo y culminó el 17 de octubre de 2000 con una movilización frente a la sede de las Naciones Unidas. Unas 6000 organizaciones no gubernamentales de 161 países se movilizaron y juntaron más de 5 millones de firmas para denunciar que no habrá futuro posible sin el respeto por la integridad física y mental de las mujeres, sin igualdad entre mujeres y hombres, y sin una distribución solidaria de la riqueza.

Ese mismo año en Bolivia se produjo un hecho notable: en Cochabamba, la Coordinadora en Defensa del Agua y de la Vida protagoni-

zó del 4 al 11 de abril la llamada Guerra del Agua. Los habitantes de esta ciudad se opusieron a la privatización de la distribución del agua y del sistema de riego, y conformaron una comuna para lograr sus propósitos y continuar su lucha contra la privatización de las aguas subterráneas de Potosí, que se pretendían vender a una empresa norteamericana instalada al norte de Chile.

Foro Social Mundial

Desde 1970 se reúne en Davos, Suiza, el Foro Económico Mundial. Allí, quienes por asalto han constituido un gobierno mundial de facto (ya que nadie los eligió), toman decisiones que afectan nuestras vidas. Como iniciativa para oponerse al “pensamiento único” de este foro, se convocó al primer Foro Social Mundial, llevado a cabo entre el 25 y el 30 de enero de 2001,³ en Porto Alegre, Brasil, reuniendo a 15.000 personas de todo el mundo. El lema: “Otro mundo es posible”.

En el segundo Foro Social Mundial (2002) nos reunimos unas 70.000 personas, y en el tercero, en el año 2003, éramos ya 140.000 las que exigíamos “otro mundo posible”. Son miles los talleres, las ponencias y las mesas de debate en los que, desde las prácticas de esos innumerables focos de resistencia, se elaboran teorías y se generan propuestas viables para un mundo diferente. Se trabajan construcciones de economía solidaria, ejercicios de democracia participativa, desarrollo ecológicamente sustentable, producción de energías no contaminantes y de alimentos saludables, cuidado del agua y muchas más propuestas que evidencian energías inteligentes dirigidas a la continuidad de la vida.

La presencia de la juventud es protagónica no sólo en las marchas y en el colorido campamento, sino también en las propuestas y en los debates, y la paz como valor humano fundamental es uno de los ejes dominantes durante todo el evento. Es una verdadera Asamblea de la

³ En la misma fecha en que se realizó el Foro Económico Mundial en Davos.

Humanidad conformada por artesanas y artesanos de ese otro mundo más justo y saludable.

El tema salud también está en esta asamblea en los talleres y debates. Previamente, en los años 2001 y 2002 tuvo lugar el Foro Internacional en Defensa de la Salud de los Pueblos.

El Foro Social Mundial 2004 fue convocado para realizarse en India. En tanto, para el mes de julio de 2004 se convocó también a la Segunda Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos en Porto Alegre.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LOS ECOSISTEMAS

Desde la enseñanza de los pueblos originarios y comunidades campesinas venimos proponiendo la Atención Primaria de Salud de los ecosistemas. Estos pueblos nos han enseñado desde su resistencia, varias veces secular, un paradigma totalmente diferente al de la modernidad occidental y eurocéntrica. Si bien cada uno tiene su propia identidad cultural, todos ellos tienen algo en común que los distingue de la cultura occidental moderna: se sienten parte de la naturaleza y no se enfrentan a ella. El ser humano, la especie humana, es naturaleza. Por supuesto, mucho menos se considera a la naturaleza como una reserva de “recursos” para explotar.

La vida del suelo es la premisa básica esencial para la salud. La Tierra es la Madre que engendra vida; a ella nos pertenecemos. Este sentimiento de pertenencia genera una ética diferente en las relaciones con la flora, la fauna, el curso de los ríos, los mares, el aire y entre los mismos seres humanos.

Nuestra especie humana está amenazada desde la aceleración de esta pérdida de la diversidad biológica, tan necesaria como la biodiversidad cultural, que enriquece la creatividad, estimula el arte y los talentos, y potencia conocimientos y procedimientos provenientes de ancestrales sabidurías que tienen a la vida misma como centro y que antropológicamente llevan al ser humano a un estado de espiritualidad superior.

El pensamiento único neoliberal ha pretendido homogeneizar las culturas con la finalidad de lograr un mismo patrón de consumo. “Quieren que todos consumamos Coca-Cola y que todos nuestros niños jueguen Pokémon”, nos diría Hugo Blanco, dirigente campesino de Los Andes peruanos, en el Foro Social Mundial. La fuerza de la humanidad, que anhela vivir, ha impedido la concreción de este objetivo, a pesar de que están a su servicio todos los medios masivos de comunicación y los programas de la educación formal. La biodiversidad cultural sigue estando presente.

Es altamente probable que el dirigente campesino de San Pedro, Misiones, Francisco Tingo Vera, y el mencionado científico Fritjof Capra no se conozcan; sin embargo, ambos coinciden de manera notable en su visión de que las sociedades humanas deben aprender de la naturaleza.

Tingo nos propone que leamos el libro del bosque, en donde conviven todas las especies cooperando unas con otras. “En el bosque hay una comunidad de vida”, nos va comentando, “leamos el libro del bosque, el libro de la naturaleza, que nos da tantas lecciones para la comunidad de los seres humanos. Si observamos, en el bosque no hay mayores problemas. ¿Por qué es así? Porque en el bosque no hay egoísmo, siempre están trabajando uno para el otro”.

En tanto, Capra nos insta a eco-alfabetizarnos para salvar al mundo, proponiéndonos que aprendamos de los ecosistemas que son “verdaderas comunidades sostenibles de plantas, animales y microorganismos”. Dice Capra que “ser eco-alfabeto significa comprender los principios de organización de las comunidades ecológicas y utilizar dichos principios para crear comunidades humanas sostenibles”.

En la naturaleza todo se recicla, no se produce basura; lo que es desecho para uno es alimento para otro. El desafío es abordar el cuidado de la salud integral de los ecosistemas para que la vida continúe. Ecosistemas de los cuales nosotros somos parte; la población humana es un componente más que se relaciona con toda forma de vida.

En la Atención Primaria de Salud de los ecosistemas ya no es suficiente lo interdisciplinario; se requieren equipos de trabajadoras y trabajadores transdisciplinarios, en donde cada integrante posea en profundidad los conocimientos de su competencia y los esenciales de

todas las demás áreas, para así lograr aprehender, desde una visión holística, la trama de vida de los ecosistemas.

Sigue vigente aquello de que “es mejor prevenir que curar”. Nos negamos a aceptar la enfermedad como parte permanente del paisaje. Un ecosistema local sano nos permitirá recuperar ese derecho natural a nacer, vivir y morir en salud, como cualquier espécimen de otra especie. Las relaciones armoniosas entre los componentes del ecosistema van dejando cada vez menos espacio a la enfermedad, para así ganar en salud. De aquí en adelante, operativizando la Atención Primaria de Salud de los ecosistemas vamos concretando esta aspiración. Mejor que curar es prevenir, y mejor que prevenir es ganar en salud.

BIBLIOGRAFÍA

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud
(1978), *Declaración de Alma Ata*.

Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos
(2000), *Declaración para la Salud de los Pueblos*.

COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Dra. Julia Costanzó

Abordamos los componentes de la Atención Primaria de la Salud (APS) como la estrategia que da operatividad a su filosofía, lo que implica un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos fundamentales, que garantice su defensa prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y el disfrute de este derecho por todos los ciudadanos.

Por consiguiente, la APS involucra a todo el sistema de salud, desde el 1º nivel de atención hasta el de mayor complejidad en la provincia, basando todo su accionar en el principio de equidad como característica esencial o principio básico de su estrategia. Esta equidad se entiende como la igualdad de oportunidades de acceso en todos los niveles, y para garantizarla se hace necesario dirigir más recursos a los sectores más necesitados. Teniendo en cuenta que la salud es un derecho fundamental del ser humano y parte integrante de la justicia social, los gobiernos deben otorgar la mayor prioridad a la tarea de ofrecer a los sectores más pobres de la sociedad el acceso a un nivel digno de asistencia.

Los esfuerzos para disminuir las inequidades se pueden plantear a través de tres dimensiones básicas:

■ **Equidad en la asignación de recursos financieros:** esto no quiere decir que todos reciban lo mismo, sino que cada uno reciba lo que necesita.

■ **Equidad en el acceso a los servicios:** es la posibilidad de recibir atención en cualquier episodio de enfermedad y de cualquier nivel de complejidad.

■ **Equidad en los resultados:** es la forma más radical de la equidad. Supone que, independientemente de

las condiciones sociales y económicas, del lugar de nacimiento, de residencia o el tipo de trabajo, todos los sectores de la población alcanzan equivalentes resultados de salud medidos por indicadores clásicos, como la esperanza de vida y las tasas de morbilidad.

Los componentes son:

- Accesibilidad
- Extensión de cobertura
- Atención por niveles de complejidad
- Tecnología apropiada
- Intersectorialidad
- Participación comunitaria

La operativización de estos componentes se implementa en forma progresiva, simultánea y sinérgica.

Como eje troncal para la reorganización, se identifican: a) la definición de la población de responsabilidad por área programática; b) la delegación progresiva de responsabilidad administrativa y toma de decisiones en los equipos locales de salud a través de sus directores; y c) la categorización de los distintos efectores existentes en los tres niveles de atención de complejidad creciente.

ACCESIBILIDAD

Es la condición variable de la población para poder utilizar los servicios de salud. La Declaración de Alma Ata refiere que la APS debe ser “puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comuni-

dad”. Las personas no deben tener dificultades para tomar contacto y utilizar los distintos servicios o recursos sanitarios.

En la accesibilidad se pueden considerar varias dimensiones: geográfica, institucional, económica o financiera, y cultural.

La geográfica está dada por las distancias y/o accidentes topográficos, y se operativiza, como dice la declaración, “llevando la atención de salud lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas”.

La institucional refiere a todas las barreras que hemos creado como sistema: tiempos de espera, horarios estrictos y reducidos de turnos de atención, circuitos internos burocráticos, exigencia de documentación, rechazos, etc., fundamentalmente en razón de que los servicios muchas veces adecúan exclusivamente sus ofertas a las necesidades o prioridades de los agentes de salud o del sistema.

La económica es una de las barreras más importantes. La financiación del sistema de salud y su carácter público, privado o mixto, pueden influir de forma decisiva en la accesibilidad al sistema por parte de las capas sociales más desfavorecidas.

Por último, las barreras culturales tienen que ver con las dificultades en el diálogo entre las personas, la aceptación de pautas culturales diferentes y la aceptabilidad de los servicios de salud por parte de los diferentes grupos étnicos.

¿Cómo hemos tratado de operativizar este componente para disminuir las barreras?

Geográfica

En el interior de la provincia se implementó la visita programada médica y del equipo de salud a todas las colonias, parajes y comunidades aborígenes de las áreas programáticas una vez por mes en puestos sanitarios A1, escuelas rurales, etc., para realizar actividades preventivas, controles de niños y embarazadas, inmunizaciones, controles de foco, seguimiento de programas y asistencia a demanda.

A partir del año 1997 se incorporaron a la atención de salud unas 6000 familias campesinas beneficiarias del Programa de Asistencia Integral al Pequeño Productor Agrícola (PAIPPA). En la ciudad capital se implementó la atención por extensión del efector (centros de salud) a los barrios más periféricos y carenciados del área programática mediante la visita programada en Casas de la Solidaridad, capillas, escuelas, etc. Además, se extendió la atención especializada de las áreas de psiquiatría, odontología, dermatología y oftalmología a los hospitales del interior.

Se organizaron salidas programadas a los barrios y localidades con todas las especialidades, y a través del programa provincial “Por nuestra gente todo” se garantizó la provisión de medicamentos, anteojos, prótesis dentales, etc. Para realizar los controles de embarazo y acercar la atención a la población objetivo, se descentralizaron las obstétricas de los hospitales de 3º y 2º nivel a los centros de salud.

Se crearon nuevos centros de salud con delimitación de sus áreas programáticas y se extendió la red de laboratorios a los centros de salud A2 de los distritos 8 y 9 en la capital y en el interior, en Clorinda, y de algunos hospitales distritales a las otras áreas programáticas del distrito.

Institucional

Se extendieron los horarios de atención médica de los centros de salud, se organizaron salidas domiciliarias de enfermeras para completar los esquemas de inmunizaciones y captar familias o pacientes de alto riesgo, y se implementó el sistema de citas programadas y de solicitud de turnos para inter-consultas y/o pedidos de estudios al 2º nivel a través de la red de comunicaciones radiales del ministerio.

Cultural

Para la atención en las comunidades aborígenes se incorporaron agentes sanitarios y parteras tradicionales aborígenes.

Financiera o económica

Se garantizó la provisión gratuita de medicamentos a pacientes ambulatorios, y en los operativos “Por nuestra gente todo” se proveyeron de manera gratuita anteojos y prótesis dentales. Además, se incorporaron medicamentos esenciales provistos por LAFORMED y otros programas nacionales como Maternidad e Infancia, Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), REMEDIAR + Redes, etcétera.

EXTENSIÓN DE COBERTURA

La cobertura es la proporción de la población que recibe un servicio en relación a la población que lo requiere, e indica si el servicio está llegando a la población que realmente lo necesita.

El lema “Salud para todos en el año 2000” y la frase de la Declaración de Alma Ata “Puesta al alcance de todos...” manifiestan formalmente la intención de incluir a todas las personas, sin dejar a nadie fuera del sistema. Es decir, garantizar el acceso universal a todos los servicios esenciales.

Ampliar la cobertura de los servicios de salud implica tres aspectos fundamentales: a) mejorar el acceso y la utilización de los servicios; b) aumentar la disponibilidad relativa de recursos; y c) poner en funcionamiento un sistema técnico-administrativo que responda a las necesidades de la población.

ATENCIÓN POR NIVELES DE COMPLEJIDAD

Tanto la índole de los problemas de salud como los métodos conocidos para su atención, admiten distintas soluciones técnicas y administrativas; en consecuencia, los sistemas de prestación de servicios pueden organizarse por niveles de atención, con diversas instancias

de resolución de problemas de salud, vinculados entre sí por un sistema de envío de pacientes (referencia – contrarreferencia).

La columna vertebral de la APS es una eficiente organización de sus tres niveles de atención con complejidad ascendente:

El 1º nivel es la puerta habitual de entrada a la red. En general, las actividades se enfocan primordialmente en preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones de prevención de enfermedades, promoción de hábitos saludables, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible mediante una combinación de recursos simples y poco complejos, la tecnología apropiada y los medicamentos esenciales.

El 2º nivel refiere al hospital, con actividades destinadas a la restauración de la salud, donde se atienden daños poco frecuentes y de mediana complejidad. Los servicios que otorga son proporcionados a los pacientes derivados del 1º nivel y a los que se presentan espontáneamente con urgencias médico-quirúrgicas.

El 3º nivel es aquel que realiza actividades de restauración y rehabilitación de la salud de los usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, y que han sido referidos de otros niveles.

La Provincia de Formosa organiza la atención de salud en tres niveles, según la categorización del nivel de riesgo de los problemas que se atienden y la complejidad que posean:

El 1º nivel de atención resuelve las patologías de bajo riesgo, y en su acción se incluyen a las familias y las actividades comunitarias de salud. Comprende los centros de salud y hospitales del interior de baja complejidad. El médico generalista es el perfil profesional más adecuado para este nivel.

Los establecimientos son categorizados como:

A1: Extensión del 1º nivel. Visita médica programada.

A2: 1º nivel de atención ambulatoria con atención médica diaria.

A3: 1º nivel de atención con servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

A4: 1º nivel de atención con internación de bajo riesgo (parto) y servicios auxiliares.

El 2° nivel de atención resuelve las patologías de mediano riesgo con especialidades básicas, respuesta quirúrgica y guardia médica activa. Son los hospitales cabeceras de los distritos del interior, y se categorizan de la siguiente manera:

B1: Cirugía de baja complejidad.

B2: Cirugía de mediana complejidad.

El 3° nivel de atención atiende las patologías de alto riesgo con servicios ambulatorios y de internación. Son los hospitales de mayor complejidad, como el Hospital Central, el Hospital de la Madre y el Niño, el Hospital Odontológico y el Laboratorio de Vigilancia Epidemiológica, todos ubicados en la Capital Provincial. Se categorizan con la letra “C”.

En la ciudad capital, el Hospital de la Madre y el Niño y el Hospital Central constituyen, a su vez, el 2° y 3° nivel de referencia de los centros de salud.

Desde el punto de vista sanitario, el territorio provincial ha sido organizado en 12 distritos de salud: cuatro localizados en la ciudad capital y ocho en el interior. En total, cuenta con 191 efectores de salud (132 A1, 31 A2, 3 A3-Urbano, 16 A3-Rural, 9 A4), 68 áreas programáticas, seis hospitales distritales y tres hospitales de 3° nivel.

TECNOLOGÍA APROPIADA

Esta no sólo refiere a la aparatología, sino a “todo cuerpo de conocimientos aplicados al control, transformación o creación de cosas o procesos naturales o sociales” (Bunge, 1985). La Declaración de Alma Ata señala que “la APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables”.

La manera más eficaz de lograr que la tecnología tenga una base apropiada consiste en tomar el problema como punto de partida y luego buscar o crear una tecnología que responda a la situación y recursos locales. Se considera una tecnología apropiada cuando los recursos están disponibles, las prioridades socio-sanitarias la justifican, su introducción es planificada y su manejo es asegurado.

Se exige, entonces, una tecnología sanitaria científicamente satisfactoria que la gente pueda entender y aceptar, para romper así la cadena de dependencia de una tecnología sanitaria de una eficacia muchas veces no probada, de excesiva complejidad y de enorme costo, y además para poder desarrollar otro tipo de tecnología satisfactoria, culturalmente aceptable y financieramente viable en niveles de complejidad creciente.

Como ejemplo tenemos el uso en todos los niveles de la historia clínica y carné perinatal, las fichas y gráficos de evaluación nutricional de niños, embarazadas y adultos, los gestogramas, la cinta métrica para mediciones de altura uterina, los estetoscopios biauriculares y de Pinard, las balanzas, los pediómetros, tallímetros, nebulizadores, laboratorios de análisis clínicos, ecógrafos en el 2º y 3º nivel, etcétera.

Es importante comprender que la estrategia APS no significa la negación del gran valor de los avances tecnológicos modernos en el cuidado integral de la salud; por el contrario, sugiere la necesidad de organizar el uso de la tecnología de manera que sus beneficios lleguen a toda la población y no quede restringida solamente a grupos que tengan facilidades para su acceso.

INTERSECTORIALIDAD

El sector de servicios de salud no puede alcanzar el objetivo de “Salud para todos” por sí solo, aún con la participación de la comunidad. Otros sectores de la vida comunitaria, como la producción, la agricultura, la ganadería, la industria, la vivienda, la educación, las obras públicas y los servicios sociales, tienen una poderosa influencia en la salud y deben estar involucrados en el proceso de planificación y desarrollo de este ámbito.

La intersectorialidad es la articulación orgánica del sistema de salud con las distintas áreas de gobierno y las organizaciones de la sociedad civil, que se produce en sus diferentes manifestaciones en todos los niveles del sistema.

En este sentido, se han realizado convenios con los ministerios de Educación para la implementación de los programas de Salud Escolar y de Salud Bucal. Además, en articulación con los ministerios de Producción y de Educación, y con la integración de los equipos de salud locales en las unidades de gestión local, se llevó a cabo el programa PAIPPA. También se hizo un convenio con el Instituto de Comunidades Aborígenes (ICA) para la capacitación de agentes de salud aborígenes y se han dado articulaciones con distintos organismos internacionales de cooperación como la Unión Europea, organizaciones de Canadá, de España, etcétera.

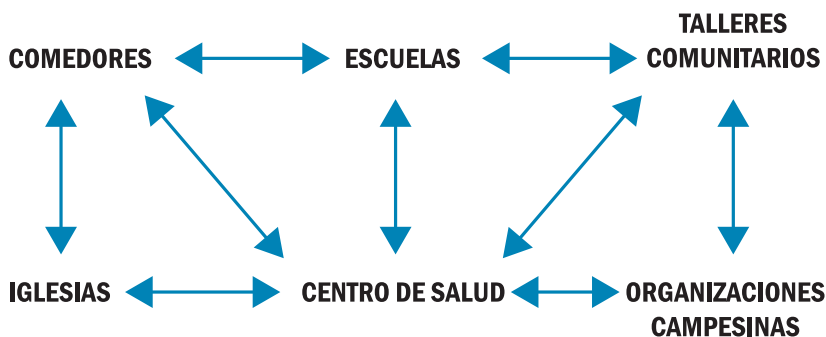
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

El cambio fundamental que lleva implícita la APS es que la comunidad y los individuos dejen de ser objetos de atención y se conviertan en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella.

Es importante reconocer el equívoco significado que frecuentemente se le da al término de participación, en tanto algunas veces se lo percibe como el suministro de dinero, trabajo o servicio voluntario por parte de la comunidad para ayudar en proyectos de salud ya determinados previamente, en los que generalmente la comunidad no participa desde su planificación.

Muy raras veces la participación comunitaria es puesta en práctica, específicamente en la toma de decisiones sobre prioridades, políticas y servicios de salud. La estructura de estos últimos muchas veces tiende a ser una barrera, y en esto particularmente también tienen incidencia los contextos socio-políticos y las estructuras sociales, económicas y culturales de cada país.

La participación comunitaria es la relación cara a cara que se da fundamentalmente en el 1º nivel, una relación más espontánea e informal entre los actores locales de la comunidad del área programática.



En este aspecto, desde el nivel central se ha tratado de promover la participación con la realización de talleres de salud comunitaria y, desde enero del 2002 hasta la fecha, con la creación del Programa de Salud Comunitaria y el Programa de Rehabilitación con Base Comunitaria, que promueven la revalorización de los saberes de la comunidad.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Los sistemas locales de salud representan el instrumento de ejecución y son el eje operativo de la reorganización y reorientación del sector salud. Su propósito es lograr la equidad, eficacia y eficiencia social con la participación activa de la comunidad. Basados en un enfoque sistémico de la salud, se enmarcan en el proceso de descentralización del Estado en procura de una mayor eficiencia y democratización.

Su estructura implica la definición de una red de servicios con niveles de atención diferenciados que deben asumir conjuntamente la responsabilidad de dar una atención integral a la población.

El nivel central está determinado por el equipo ministerial de apoyo a la gestión global, y tiene relación directa con organizaciones gubernamentales provinciales y nacionales y con organismos internacionales.

El nivel local está compuesto por los efectores del primer nivel de atención. Su expresión geográfica es el área programática con una delimitación definida, en zonas más homogéneas donde se establecen las relaciones cara a cara entre los prestadores de servicios y la población. Tiene como responsabilidad el complejo: individuo-familia-comunidad.

Por último, el nivel de distrito es determinado por un conjunto de áreas programáticas. Como mínimo, incluye los primeros niveles de atención y una primera referencia, y tiene relación directa con la articulación de las relaciones intersectoriales y con organizaciones intermedias. Se constituye en un pivote entre el nivel central y el nivel local. Tiene la responsabilidad de atender el complejo: comunidad-ambiente físico y psicosocial.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

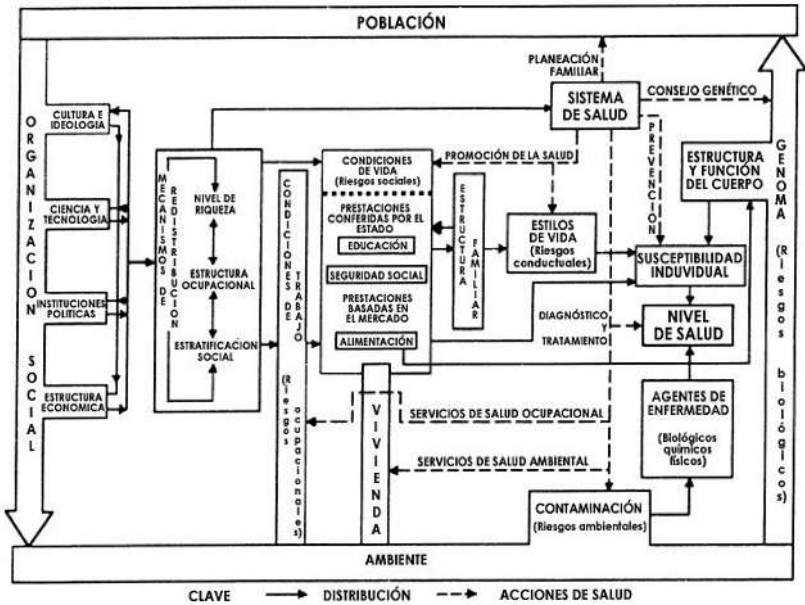
- **Globalidad:** debe tener en cuenta las diferentes dimensiones del individuo (biológica, psicológica, cultural, familiar, social).
- **Continuidad:** el centro de salud que detecte al individuo sano, a riesgo o enfermo tomará la responsabilidad del seguimiento hasta la desaparición del riesgo, la curación o la reinserción, según corresponda.
- **Integralidad:** la atención a brindar deberá contemplar la respuesta más adecuada a cada problema (prevención, recuperación, rehabilitación, etcétera).

Organización de las redes prestadoras de salud

- 1° nivel de atención: bajo riesgo.
- 2° nivel de atención: mediano riesgo. Primer nivel de referencia.
- 3° nivel de atención: alto riesgo. Segundo nivel de referencia.

APS - SALUD PÚBLICA

COMPONENTES DE APS



TERRITORIALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Arq. Aurora Velozo de Espinosa

LA EXPERIENCIA FORMOSEÑA

Esta experiencia consistió en el trabajo conjunto y consensuado entre los niveles locales y los niveles centrales de conducción, a partir de la decisión que tomó el ministerio en función de un cambio de comportamiento del sistema de salud en la provincia de Formosa.

Desde el Área de Planificación del nivel central se participó en la elaboración, diseño, acompañamiento y apoyo del proceso, que correspondió a una continuidad en la línea de pensamiento de la conducción del ministerio y también al mantenimiento de una buena parte del equipo técnico. Esto, la continuidad en la línea de pensamiento y acción, junto con la decisión de llevarlo adelante, ha sido un factor de suma importancia para los resultados logrados en Formosa. Desde el punto de vista de un proceso de planificación, se puede decir que ha sido exitoso, pues hoy podemos evaluar los resultados concretos de modificación positiva del comportamiento del modelo.

Entre los participantes de esta experiencia están todos los que tenían algún nivel de decisión dentro del sistema de salud: directores de hospitales, centros y servicios de todo el territorio provincial; directores, jefes de Departamento y de programas del nivel central; gran parte del equipo de planificación: arquitectos, contadores, médicos, el área de estadística; y en forma focalizada, aquellos grupos a través de los cuales se detectaban o se requería solucionar problemas específicos, como, por ejemplo, la resolución de límites o la atención a determinadas comunidades, la formalización de interacciones entre dos efectos o áreas de trabajo, etcétera.

OBJETIVOS GENERALES

Desde lo organizacional: definir y ofrecer las herramientas más adecuadas para operativizar y consolidar el nuevo modelo de salud que se quería implementar.

Desde lo espacial: lograr la operacionalización del modelo a partir de una delimitación geográfica que permita: a) definir poblaciones de responsabilidad; b) obtener indicadores; c) organizar las competencias territoriales según los niveles de atención, dando lugar a un sistema de referencia y contrarreferencia; y d) determinar la distribución geográfica del gasto.

El marco conceptual con el que nos manejamos fue el de un modelo de salud que apunta a un abordaje más equitativo e integral de los problemas de la población con énfasis en los más marginados y dando respuestas a los diferentes riesgos sociales y biológicos.

Conceptos básicos

- La estrategia adoptada es la APS.
- La salud es un hecho social y un derecho humano fundamental que integra en su concepción al ambiente ecológico y social donde vive la gente, a la vez que se refleja en las oportunidades de vida de las personas y hace de manera directa al desarrollo humano.
- El desarrollo humano es “el proceso de ampliar la gama de opciones de las personas, brindándoles mayores oportunidades de educación, atención médica, ingreso y empleo, y abarcando el espectro total de opciones humanas, desde un entorno físico en buenas condiciones hasta libertades económicas y políticas” (PNUD, 1992: 18).
- La calidad de vida es la expresión del nivel de bienestar alcanzado por la población o grupo social.

Otras definiciones previas importantes

a) La necesidad de trabajar en red:

Entendemos por red a un sistema organizativo comunicacional, es decir, una manera sistemática de organizar las relaciones entre las instituciones y las personas que integran un sistema.

Existe una diversidad de redes que se diferencian por el tipo de actividades que efectúan, por los medios que utilizan o el tipo de intercambios, o por la formalidad o informalidad de los modos de comportamiento. Asimismo, a partir de los campos de acción y de los universos de trabajo se definen subsistemas y subredes interligadas.

Lo importante es entender que somos parte de una red, poder determinar los roles que nos toca jugar y nuestras relaciones necesarias con los otros, pertenezcan o no al mismo sistema, y establecer con claridad las responsabilidades, las actividades y las normativas a las cuales atenerse.

b) Tener como punto de partida el conocimiento real de la situación del área y el grupo social que se debe atender, y poder medir esas situaciones.

c) Tener claro desde dónde se actúa:

- Nivel central: conformado por el equipo ministerial. Su tarea es apoyar a la gestión global o local. Debe facilitar todo lo posible la prestación que llega a la población.
- Nivel local: es el que opera en terreno (puede ser un 1º nivel de atención o un nivel de referencia).

d) Entender qué es un área programática:

Es una delimitación geográfica, no arbitraria, que delimita un área funcional real, es decir, zonas más o menos homogéneas que tienen una dinámica propia y donde se establecen las relaciones cara a cara entre los pobladores y los prestadores de servicios (sanitario, educativo, institucional, económico-financiero, etcétera).

La definición geográfica se realiza técnicamente para poder contener la población que vive dentro de esa área, así como sus organizaciones e instituciones, lo cual permite tornarla operativa y medible a través del uso de indicadores estadísticos.

El límite del área programática está dado por el “hasta dónde llegamos con las prestaciones”. Es el área sobre la cual el efector, sea un centro de salud o un hospital, asume la responsabilidad del complejo individuo-familia-comunidad. Por eso el concepto de área programática se asocia de manera directa con el 1° nivel de atención, que es la más natural puerta de entrada al sistema de salud. Esto no evita que pueda haber niveles de referencia; de hecho, los hay particularmente en zonas rurales que tienen definidas áreas programáticas propias.

e) Entender qué es un distrito:

Es un espacio mayor que el de las áreas programáticas, y puede definirse como la agrupación intencional de un conjunto de ellas. Es un espacio con una historia y características culturales comunes, que debe estar socialmente integrado. Por tanto, ese agrupamiento de áreas programáticas no puede ser arbitrario, sino que debe elegirse en base a aquellas zonas que comparten algunas características que hacen a los problemas comunes y a las posibilidades de resolverlos dentro del sistema de salud. Es decir:

- Su delimitación está determinada por un conjunto de áreas programáticas que coordinan sus acciones de modo más estrecho.
- Incluye como mínimo los primeros niveles de atención y una primera referencia.
- Se constituye en un pivote entre el nivel central y el nivel local.
- Incluye también la red estatal prestadora de servicios y las redes privadas, tendiendo a una coordinación efectiva y eficiente de ambas.
- Articula intersectorialmente y con las organizaciones intermedias.
- Son estructuras funcionales no institucionales.
- Tiene la responsabilidad de atender el complejo comunidad-ambiente físico y psicosocial-niveles de decisión centrales.

Tanto las áreas programáticas como los distritos son determinaciones dinámicas modificables en el tiempo.

¿Con qué se contaba para llevar adelante la tarea?

Aquí es importante destacar dos aspectos que tuvieron mucha gravitación en el proceso en Formosa: el marco legal constitucional, que habilitaba y obligaba, y la decisión política de hacerlo. La participación de este proceso era obligatoria.

¿Cómo se llevó a cabo el proceso?

Se trabajó paralelamente en el gabinete y en el terreno, confluendo en sucesivos talleres donde se incorporaban aspectos conceptuales y se discutían y consensuaban otros aspectos que definían las decisiones a tomar, ya sea sobre delimitación de áreas, normatización de procedimientos, de delegación o atribución de responsabilidades.

La tarea de gabinete fue realizada por un equipo técnico interdisciplinario (del área económica, médicos, arquitectos, nutricionista, enfermeros, expertos en salud pública, estadísticos, etc.) y consintió en la realización de estudios para fundamentar técnicamente y con base científica las decisiones que se tomaban.

El trabajo se realizó a partir de información secundaria existente en diferentes organismos del Estado relacionada con aspectos poblacionales, como densidades; caracterizaciones culturales; dinámicas de crecimiento; características productivas: tipos y usos del suelo, principales producciones primarias y secundarias, zonas y regiones productivas; las comunicaciones entre zonas: distancias, isócronas de accesibilidad, distribución y calidad de las vías de comunicación (vial, fluvial, ferroviaria), existencia de telefonía y radiocomunicación; aspectos sociales y económicos: los asentamientos humanos, su distribución y tamaño, las funciones que proveen; los niveles de pobreza; los daños sociales: bajo peso al nacer, tasas de mortalidad, prevalencia de patologías, etc. También se tuvieron en cuenta las distribuciones territoriales de otras áreas del Estado, por ejemplo, las áreas de influencia municipales, áreas educativas, regiones produc-

tivas, etc. La idea era lograr determinar y consensuar el espacio más adecuado para la organización en red de los servicios de salud.

El trabajo en terreno fue realizado por los equipos locales participantes en sus respectivos lugares en intermódulos, y consistió en: a) la obtención de información: la localización de poblaciones/comunidades/parajes atendidos, la verificación de distancias, la derivación de pacientes, el ajuste o la elaboración de la cartografía del nivel local, la caracterización de las zonas comprendidas y la detección de los principales problemas; y b) la elaboración de propuestas de organización y normatización de las tareas a llevar adelante en el nuevo marco conceptual.

¿Cómo fue el trabajo de taller?



Se hizo mediante la confrontación de resultados. Se puede decir que en las reuniones de taller se fue construyendo la idea común del modelo que se quería, se podía y se estaba dispuesto a defender, a través de mesas de discusiones y consenso.

El proceso se podría resumir en tres etapas:

- 1) Definición de áreas programáticas
- 2) Conformación de los distritos

Al cabo de estas dos etapas se obtuvo:

- La información básica inicial con datos desagregados con base geográfica por distrito y área programática de la población, los niveles de atención, el rendimiento asistencial, el gasto anual por rubro (y discriminando también a los hospitales de capital), el gasto per cápita por distrito y área programática, y un primer acercamiento a un perfil epidemiológico.

- Una primera normativa básica a la cual ajustarse.

Esto dio lugar a la publicación del primer documento, el Boletín N° 1 del ministerio.

3) Implementación del modelo

Refiere a la puesta en marcha del modelo y su proceso de avance, que lleva cerca de ocho años. En esta etapa se realizaron los ajustes conceptuales y de las áreas programáticas, distritos y redes de prestadores, se dio inicio a la compatibilización con el área social, se establecieron los criterios básicos de categorización de los efectores de salud, se definieron los niveles de atención y de las otras subredes prestadoras (laboratorio, odontología, rehabilitación, diagnóstico por imagen) y se categorizaron los efectores de salud. Además, se logró que la Nación aceptara el cambio de presentación de las estadísticas provinciales, de las cuales se verificó su uso intensivo local, y se realizó un informe de monitoreo de gasto en salud trimestral y desagregado geográficamente y por rubro. Por último, se inició un trabajo conjunto, que es un objetivo no logrado aún, con las áreas de educación y producción, para la utilización de la misma base territorial para el trabajo local.

Estos logros están reflejados en el Boletín N° 2 “Modelo en Acción” del ministerio (1998).

Hoy se podría decir que están instalados aspectos estructurales que garantizan cierta continuidad al modelo y que facilitan su aplicación, en la medida que se tome la decisión.

BIBLIOGRAFÍA

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

(1992), *Desarrollo Humano, Informe: 1992*, Tercer Mundo Editores, Santafé de Bogotá.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL ÁREA PROGRAMÁTICA

Dra. Cristina Mirassou

¿Qué es el área programática?

Es el área geográfica, con su población e instituciones, asignada a un centro de salud u hospital de baja complejidad. También puede definirse como un concepto operativo en la gestión de salud pública, donde cada efector del 1º nivel de atención, sea centro de salud u hospital rural, tiene a su cargo un área geográfica definida con su población de responsabilidad para ejecutar descentralizadamente todos los programas de salud pública.

La población de responsabilidad es toda aquella que tiene domicilio en el área geográfica definida. A su vez, estas áreas geográficas se clasifican en zona urbana (todo un barrio, parte de otros, con límites entre tales calles, manzanas, la ruta, etc.) y zona rural (la localidad, las colonias o parajes más cercanos, con límites hasta tal riacho, kilómetro, ruta, camino, etcétera).

¿Responsabilidad para qué?

Para que efectivamente toda la población del área pueda acceder y recibir las prestaciones esenciales de salud pública: inmunizaciones, controles de niños y embarazadas, controles de patologías prevalentes, salud escolar y vigilancia epidemiológica.

¿Quién está a cargo del área programática?

El director del centro de salud u hospital rural es el responsable del cumplimiento en su AP de todas las políticas de salud provinciales, y de él dependen funcional y administrativamente todos los trabajadores de salud de esa AP. A su vez, en el caso de nuestra provincia, este director depende en forma directa de la Dirección de Prestaciones de Salud.

¿Cuáles son las ventajas?

Se maneja en forma directa en la gestión administrativa del personal (concede licencias, traslados dentro del AP, asigna funciones o las cambia) y en la gestión de insumos a nivel central y con todos los programas provinciales, sin intermediaciones. Esto genera un empoderamiento de la conducción del AP y agiliza la gestión, a la vez que aumenta la visibilidad en la responsabilidad de los resultados.

La relación del jefe de AP con el hospital más cercano de mayor complejidad de 2° nivel, con el cual conforma el distrito, es de igual a igual (no depende administrativamente de él). La relación es funcional en tanto le corresponde esa primera instancia de derivación para sus pacientes, interconsultas, turnos para estudios programados, laboratorio, etcétera.

¿Quién asigna el AP?

Se asigna por resolución ministerial una vez están identificados y precisados sus límites geográficos, los servicios públicos (agua, electricidad, transporte, etc.), las otras instituciones (escuelas, comedores infantiles, ONG, municipio, iglesias, etc.), y tras haberse estimado y caracterizado la población y el medioambiente físico y social.

Registros

Todos los registros provinciales se hacen con este nivel de desagregación por AP: cobertura de vacunas; nacimientos y fallecimientos; número de consultas, partos, egresos; coberturas de control de niños y embarazadas, etc. Asimismo, las provisiones de insumos (vacunas, leche, medicamentos, etc.) que retiran o reciben el centro de salud o el hospital rural están calculadas para la población del AP de acuerdo a las rendiciones o padrones que el área confecciona.

¿Para qué sirve?

- Calcular los insumos.
- Conocer las diferentes coberturas de las actividades.
- Planificar el trabajo.
- Identificar y captar la población de riesgo.

¿Qué son las extensiones?

En algunos casos es necesario extender las acciones más allá del centro asistencial porque la población se encuentra alejada. Esta extensión se realiza a través de puestos sanitarios y de los agentes sanitarios, quienes también dependen del centro de salud. De esta manera se llega a la totalidad de la población del área mediante las visitas domiciliarias programadas de los agentes sanitarios, e igualmente con visitas médicas al menos una vez por mes para la continuidad de los controles y para completar los esquemas de vacunas.

¿Qué es el distrito?

Es un concepto de organización funcional para la derivación de los pacientes desde el AP (1° nivel de atención, puerta de entrada al sistema de salud) al hospital de referencia de mayor complejidad (2° nivel de atención), así como también a las interconsultas, el laboratorio, los estudios auxiliares de diagnóstico, etcétera.

Varias AP comparten un hospital de 2° nivel y desarrollan normas y procedimientos de común acuerdo para la referencia-contrarreferencia, turnos programados, red de laboratorios, capacitación conjunta para las enfermedades prevalentes, vigilancia epidemiológica, etc. Igualmente, los registros también se agrupan por distritos.

Si se requiriese una mayor complejidad para el paciente derivado por el AP, el hospital de 2° nivel se hará cargo de la derivación al hospital de 3° nivel.

CATEGORIZACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN SEGÚN LAS FUNCIONES MÍNIMAS

1° nivel de atención

Bajo riesgo. Entrada al sistema de salud.

Funciones mínimas

- Atención permanente (horas mínimas, turnos, insumos).
- Contar con una población de referencia (5.000/10.000 personas).
- Contar con un área programática.
- Definir un equipo polivalente.

- Ofrecer atención integrada.
- Llevar un control administrativo contable mínimo.
- Tener un registro de datos sobre el paciente (carpeta familiar, historia clínica, fichas operacionales y preventivas, etc.) y sobre el área programática (demográfico, económico y social).
- Referir los pacientes a los niveles que corresponda.

Características de la atención

- Globalidad
- Continuidad
- Integralidad

2° nivel de atención

Mediano riesgo. Primer nivel de referencia.

Funciones mínimas

- Apoyo a la referencia y contrarreferencia (internación, consultas especiales, estudios complementarios, capacitación, supervisión del 1° nivel de atención).
- Rotación de especialidades, laboratorio, rayos, odontología.
- Facilitar y privilegiar a las personas referidas del 1° nivel de atención.
- Investigación y docencia con enfoque epidemiológico.

3° nivel de atención

Alto riesgo. Segundo nivel de referencia.

CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN PARA LA PROVINCIA DE FORMOSA

- A: Bajo riesgo.
- B: Mediano riesgo.
- C: Alto riesgo.

A. 1° nivel de atención

A1: Extensión del 1° nivel de atención

- Depende del 1° nivel de atención.
- Cuenta con auxiliares de enfermería o agentes sanitarios.
- Puede no tener edificio.

A2: 1° nivel de atención

- Exclusivamente ambulatorio.
- Médico permanente.

A3-Rural: 1° nivel de atención

- Con atención de partos e internaciones transitorias.
- Sin servicios auxiliares de diagnóstico.

A3-Urbano: 1° nivel de atención

- Con servicios auxiliares de diagnóstico.
- Sin internación.

A4-Rural: 1° nivel de atención

- Con internación de bajo riesgo (por ejemplo, partos normales).
- Con servicios auxiliares de diagnóstico.

B. 2° nivel de atención

B1: 2° nivel de atención

- Primera referencia.
- Cirugía de baja complejidad.

B2: 2° nivel de atención

- Primera referencia.
- Cirugía de mediana complejidad.

C. 3° nivel de atención

- Segunda referencia.
- Patologías de alto riesgo.
- Cuenta con servicios ambulatorios especializados, de internación y auxiliares de diagnóstico de mayor complejidad.

MARCO LEGAL

- 1) Constitución Provincial
- 2) Ley de Carrera Sanitaria y su decreto reglamentario
- 3) Resolución Ministerial de Puesta en Marcha de los Distritos y Áreas Programáticas, donde constan:
 - Definiciones y funciones
 - Distrito*
 - Área programática*
 - Redes de servicios de salud*
 - Subsistemas funcionales y no funcionales*
 - Estructuras institucionales*
 - Delimitaciones
 - Normas de funcionamiento

POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Dra. Cristina Mirassou

El 1º nivel de atención constituye la puerta de entrada a la red de servicios del sistema de salud. Entre otras funciones mínimas debe:

- Contar con un área programática y una población de responsabilidad establecida.
- Garantizar el acceso permanente a la atención curativa.
- Facilitar el acceso a las actividades preventivas como: control del niño sano y de embarazadas, inmunizaciones, etc.
- Llevar un sistema de registro de datos sobre el paciente y sobre el área programática (de índole demográfica, económica y social).

El área geográfica (programática) asignada al centro asistencial da el sentido de la territorialidad, y es esencial para comprender la responsabilidad del centro de salud sobre esa población y para poder planificar sus quehaceres.

Si desconocemos nuestra población y sus características, es muy difícil realizar la programación y evaluar la manera en que estamos llegando con nuestros servicios (coberturas) y el impacto de la labor realizada. Las acciones, entonces, se orientan hacia una población determinada y hacia el contexto ecológico en que esta vive.

No podemos preocuparnos solamente por las personas que llegan solicitando ser atendidas; también se adquiere responsabilidad sobre el cuidado y fomento de la salud de la comunidad. ¿Somos responsables de toda esa

población? En principio diríamos que sí, y en algunas situaciones es así, pero en otros casos esto no se cumple o sólo se cumple parcialmente.

Sabemos que dentro de una población hay:

- personas que no tienen obra social y concurren por todos sus problemas al centro de salud;
- personas que no tienen obra social y nunca demandan atención;
- grupos que tienen obra social y realizan todas sus atenciones con los prestadores de su servicio;
- personas que tienen obra social y prefieren atenderse dentro del sistema estatal en el centro de salud;
- personas de un área que concurren a otro centro de salud;
- personas que demandan atención sólo para algunas prestaciones de enfermería (por ejemplo, inyectables o curaciones) o vacunas.

Es decir, no todos los que están en nuestra área están bajo nuestra responsabilidad, excepto en los casos en los que las organizaciones de la seguridad social y las privadas celebren algún tipo de vínculo contractual con el Estado. Esto es lo que se llama la población de responsabilidad nominada, principio de un sistema de salud integrado. La seguridad social (obras sociales) y las prepagas también tienen una población de responsabilidad que está constituida por la población de beneficiarios.

En principio, somos responsables de brindar atención de calidad a las personas que han elegido al centro de salud como el lugar para recibir la respuesta a su demanda. Son aquellas que han realizado una especie de contrato y confían en nosotros.

También somos responsables de responder de la mejor manera a aquellos que demandan algunas prestaciones. Si las personas tienen obra social y han tomado la decisión de utilizar el centro de salud sólo para las vacunas, debemos ser tan responsables con ellos como si no tuviesen obra social. La atención del centro de salud no es del todo o nada (o vienen para todo o no vienen para nada). En este grupo sólo tenemos la responsabilidad de realizar esa atención puntual de la mejor manera posible.

Somos responsables de un grupo especial: el de los ausentes totales, aquellas personas que viven en el área programática y nunca fueron a ningún servicio. En estos casos debemos buscar todas las estrategias y esfuerzos posibles para captarlos.

La asignación de población de responsabilidad a los recursos estatales no es fija, y pocas veces es total. Los datos de población, como se verá más adelante, son muchas veces aproximados y deben ser permanentemente evaluados y ajustados.

El centro asistencial debe interactuar con una población de tamaño tal que le permita conocerla e intervenir en y con ella, adecuándose a sus necesidades y en condiciones de calidad asegurada (disponibilidad de recursos e insumos suficientes a los fines de garantizar las acciones).

La misión del centro de salud es definida en torno a un propósito muy exigente: mejorar el nivel de salud y contribuir a elevar la calidad de vida de la población; una tarea muy compleja, pues los problemas de salud tienen múltiples condicionantes. Por otra parte, el nivel de salud de la comunidad está determinado e influenciado por diferentes factores, muchos de los cuales exceden el ámbito de acción y los recursos del sector salud y, con mayor razón, del centro de salud.

El trabajo en torno a la salud debe ser entendido como una responsabilidad compartida entre la población y las diversas instituciones y organismos que actúan en esa comunidad. El centro de salud debe ser capaz de reconocer sus limitaciones y buscar un trabajo conjunto con las otras entidades locales y con los otros sectores sociales en beneficio de la salud colectiva.

Los miembros del equipo de salud deben conocer a su población de responsabilidad, pero no sólo la que concurre al centro de salud, sino también a aquellas personas que no lo visitan, aunque lo necesitan, ya que de ellas también somos responsables.

Para conocer cuánta población habita en el área programática podemos recurrir a diferentes fuentes de datos. En primer lugar, a las fuentes primarias, que son aquellas obtenidas en forma directa a través de encuestas o formularios realizados a los individuos o grupos, como, por ejemplo, el censo casa por casa realizado por los agentes sanitarios. Por otro lado, las fuentes secundarias incluyen toda la in-

formación que se encuentra en diferentes registros de los centros de estadísticas e instituciones, como el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), el Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO), el Registro Civil, el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, la Municipalidad, etcétera.

ALGUNOS MÉTODOS PARA ESTIMAR LA CANTIDAD DE HABITANTES DEL ÁREA PROGRAMÁTICA

En primer lugar, tenemos las estimaciones, que son los datos aproximados a partir de otros que consideramos muy cercanos a los reales y que nos permiten inferir, en este caso, la población de responsabilidad.

El censo casa por casa del área programática es otra de las mejores fuentes de información porque, además de los datos demográficos (número de viviendas, familias/vivienda, integrantes por familia, edad, sexo), en general se pueden relevar datos ambientales, socioeconómicos, el nivel educativo, los casos de enfermedad o discapacidad, y a veces también se pueden hallar datos cualitativos, que resultan de mucha importancia para detectar las necesidades.

Este método requiere tiempo y tiene un costo que puede ser amortiguado si se acompaña de otras acciones además del relevamiento de datos. Al programar el censo es importante no intentar abarcar un conocimiento exhaustivo a través de un relevamiento indiscriminado de datos, ya que esto lleva a un consumo excesivo de tiempo y recursos.

Este censo es una actividad fundamental del agente sanitario para conocer el terreno del sector a su cargo y la población que va a atender, y se va completando a través de las sucesivas visitas domiciliarias. Es un método indispensable en áreas rurales y en las periferias de las ciudades, donde son frecuentes las migraciones y los nuevos asentamientos, especialmente en las últimas. En caso de no disponer de personal para hacer los censos, se debería intentar su realización en las áreas de mayor riesgo.

Por último, un tercer método es utilizar los datos del último Censo Nacional. La población actual es el resultado de los datos del último censo más la diferencia de los nacimientos y las defunciones de cada año, además de los movimientos migratorios. Se ha construido una fórmula basada en el crecimiento poblacional que nos permite estimar la población años después del censo:

$$Po_{t+1} = Po_t (1+v)^t$$

$$Po_{t+1} = Po_{2001} (1+v)^t$$

Po_t: población censal; Po_{t+1}: población actual; v: crecimiento poblacional (0,024); t: tiempo en años transcurridos desde el censo 2001.

Ejemplo:

$$Po_t \text{ (población censal)} = 3500$$

$$Po_{t+1} \text{ (población actual)} = 3500 (1 + 0,024)^2$$

(año 2003)

$$= 3500 (1,024)^2$$

$$= 3500 \times 1,048$$

$$= 3668 \text{ habitantes}$$

Estimación a partir del número de alumnos inscriptos en la escuela del área programática

Se considera que el número de inscriptos en las escuelas de la educación general básica (1-2-3) es el 80% de la población del área de 6 a 15 años de edad, y este grupo etario representa alrededor del 23% de la población total de la región noreste de Argentina.

Ejemplo:

Matrícula escolar = 500 alumnos

500 es el 80% de 625 ($\frac{500 \times 100}{80}$)

y 625 es el 23% de la población total

$\frac{625 \times 100}{23} = 2717$ habitantes

Estimación a partir de los datos de inmunizaciones

Es el método a utilizar si se conoce que hay una buena accesibilidad a la vacunación y es el único servicio que aplica vacunas en la zona.

Tomemos el ejemplo de las vacunas Triple Viral en niños de 1 año de edad:

Número de Triple Viral aplicadas a los niños de 1 año de edad durante todo el año anterior: conociendo que los niños de esta edad representan en la región noreste argentina el 2,19% de la población general, podemos estimar cuántos habitantes tiene el área programática asignada.

Ejemplo:

En un año se realizaron un total de 325 dosis de Triple Viral exclusivamente en los niños de 1 año. Asumiendo que hemos vacunado a la totalidad de niños de 1 año, podríamos inferir que la población de esta edad en nuestra área es de 325 niños y corresponde aproximadamente al 2,2% de la población general.

Entonces, si 325 es el 2,2% de la población:

$\frac{325 \times 100}{2,2} = 14.772$ habitantes

Estimación de la población según grupo etario o condición

Los distintos grupos de población se pueden estimar a partir del conocimiento de algunos datos.

Tomemos el ejemplo para el control de embarazadas. En este caso se considera el porcentaje de nacimientos del año anterior con respecto a la población total. Si tomamos el caso de la región NEA, el porcentaje de nacimientos fue del 2,19% de la población general. Esta es la tasa de natalidad.

Por consiguiente, el número de embarazadas esperadas en el año será el 2,19% de la población total. Ejemplo: en una población de 10.000 habitantes los embarazos esperados para este año serán 219.

Siguiendo el mismo ejemplo, en una población de 10.000 habitantes y 219 embarazos esperados, el número esperado de niños menores de 1 año será 219 (2,2% de la población general).

Si desconocemos el número total de habitantes, pero tenemos la información de los nacimientos ocurridos en el área durante todo un año (datos de Registro Civil, del hospital, de los agentes sanitarios, etc.), podemos utilizar ese dato para estimar el número de embarazadas para el año siguiente, o también para saber cuántas dosis de vacunas BCG debemos realizar en menores de siete días en el transcurso del año en mi área.

Niños de 1 año: 2,2% de la población general. En caso de que tengamos el número de nacimientos ocurridos durante el año anterior, podemos restarle la cifra de defunciones de niños menores de 1 año.

Cada tramo hasta los 5 años se calculará en un 2,2% por cada año.
0 a 2 años: 4,4% de la población general.

0 a 4 años: $2,2 \times 5 = 11\%$ (11,4%, INDEC).

Estos datos de población son fundamentales para permitir la programación de las coberturas de actividades y evaluar cómo estamos trabajando. No basta con enunciar y calcular el número de actividades realizadas.

Ejemplo: si durante el un año realizamos:

25.178 consultas médicas

3.708 consultas de embarazadas

1.195 dosis de vacunas aplicadas (BCG: 871; Sabin: 324)

Esto sólo muestra la producción bruta del centro asistencial, pero no dice nada acerca de:

Si llegamos a toda la población de responsabilidad o a qué porcentaje de ella.

Si todas las consultas fueron realizadas por diferentes personas.

Si los niños vacunados recibieron todas las dosis de vacunas de acuerdo a su edad.

Si todas las personas atendidas son del área programática.

Para conocer esto es importante saber a cuántas personas tenemos que llegar: cuántas embarazadas, cuántos niños menores de 1 año, cuántos menores de 2 años, cuántos menores de 5, etc. Este dato constituye el denominador que usaremos para conocer las coberturas alcanzadas en las distintas actividades o servicios.

Recordemos que se entiende por cobertura a la relación que existe entre las personas con necesidades de un servicio de atención y las personas que reciben la atención a dichas necesidades. La cobertura nos indica a qué porcentaje de la población está llegando el servicio.

$$\text{Cobertura} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que realmente usan un servicio}}{\text{N}^\circ \text{ de personas que necesitan ese servicio}} \times 100$$

ACTIVIDAD	INDICADOR DE COBERTURA
Vacunación en menores de 1 año	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños } < \text{ de 1 año vacunados con esquema completo } \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de niños } < \text{ de 1 año}}$
Atención prenatal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de embarazadas en control } \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de embarazadas}}$
Saneamiento ambiental	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de viviendas con agua de red } \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de viviendas}}$
Atención de menores de 2 años	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños } < \text{ de 2 años en control } \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de niños } < \text{ de 2 años}}$

El numerador (parte de arriba de la relación) no siempre expresa igual calidad de cobertura.

Se debe tener en cuenta que lograr altas coberturas sólo representa la mitad de lo aspirado; la otra mitad es la alta calidad que debe lograrse simultáneamente. Por ejemplo, en el control prenatal no es lo mismo si se pretenden uno o cinco controles de embarazo. Se considera controlada aquella embarazada de bajo riesgo que se controló al menos cinco veces durante el embarazo, y la cobertura es de mejor calidad si además se incluye su captación en el primer trimestre del embarazo.

Fórmula de cálculo de cobertura por vacuna en menores de 1 año y embarazadas

BCG	$\frac{\text{Total de menores de 7 días vacunados} \times 100}{\text{Total de menores de 1 año estimado para el área programática para el año}}$
Sabin	$\frac{\text{Total de terceras dosis administradas en menores de 1 año} \times 100}{\text{Total de menores de 1 año estimado para el área programática para el año}}$
Cuádruple	Igual a Sabin.
Triple Viral	$\frac{\text{Total de 1 dosis administrada en niños de 1 año} \times 100}{\text{Población de niños de 1 año estimada para el área programática}}$
DT	$\frac{\text{Total de 2 dosis + refuerzos + esquemas completos} \times 100}{\text{Población de embarazadas estimada para el año}}$

Coberturas esperadas por vacuna

BCG: 95%

Sabin: 95%

Cuádruple: + del 80%

Triple viral: 95%

TT (embarazadas): 100%

En base a esto podemos intentar una primera clasificación de las áreas según las coberturas:

Bajo riesgo: coberturas superiores al 80%.

Mediano riesgo: coberturas entre 50 y 80%.

Alto riesgo: coberturas inferiores al 50%.

ALGUNOS EJERCICIOS...

... para ir tomándole la mano.

Si su centro asistencial cuenta con algún sistema de información del paciente y con resúmenes de actividades de algunos programas, como el de inmunizaciones, trate de evaluar las coberturas de algunas actividades básicas de la salud pública:

- 1) Cobertura de embarazadas:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de embarazadas captadas en el año} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de embarazadas esperadas durante el año}}$$

- 2) Captación temprana de embarazadas:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de embarazadas con 1 control registrado antes de las 14 semanas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de embarazadas captadas}}$$

- 3) Cobertura de niños menores de 1 año:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños menores de 1 año con ficha o HC abierta en el año} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de niños menores de 1 año del área}}$$

- 4) Cobertura de inmunizaciones:

$$\frac{\text{BCG aplicadas en menores de 7 días en el año} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de niños menores de 1 año del área programática}}$$

$$\frac{\text{3 dosis cuádruple aplicadas en menores de 1 año en el año} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de niños menores de 1 año del área programática}}$$

$$\frac{\text{Triple Viral aplicadas en niños de 1 año en el año} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de niños de 1 año del área programática}}$$

5) Índice de utilización del centro de salud en el año:

Total de consultas médicas en el año

Población total del área programática

6) Partos hospitalarios:

Total de partos asistidos en el hospital en el año x 100

Total de recién nacidos esperados durante el año

BIBLIOGRAFÍA

Equipo de capacitación regional UEP-Chaco

(1994), *Curso de capacitación en Atención Primaria de Salud para personal de centros de salud*.

Martín Zurro, Armando y J.F. Cano Pérez

(1995), *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, 3^{era} edición, Ediciones Doyma, Barcelona.

Ministerio de Salud

(1993), *Del consultorio al centro de salud*, República de Chile.

Moreno, Elsa et al.

(2000), *Guía de programación local de actividades de salud materno-infantil*, Ministerio de Salud de la Nación.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL ÁREA PROGRAMÁTICA

Dra. Julia Costanzó

Como una de las condiciones para alcanzar un adecuado nivel de salud para toda la población, la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) recomienda la aplicación de programas de salud coherentes con la satisfacción de las demandas y necesidades de salud de los individuos y sus familias a partir de un cuidadoso análisis de la situación local. Considerando que la salud es el resultado de la interacción permanente de factores genéticos, sociales y culturales, y en una pequeña proporción de los servicios sanitarios, este enfoque ecosistémico de la salud intenta abordar los problemas desde una perspectiva más amplia que permita orientar la acción sanitaria en términos individuales, comunitarios y ambientales.

El análisis de la situación de salud busca obtener información sobre todos los factores que constituyen el ambiente humano, con el fin de identificar los problemas de salud de una comunidad. Es uno de los aspectos prácticos más importantes y claves de la epidemiología.

El diagnóstico de salud es un estudio de tipo exclusivamente descriptivo que es parte del análisis de la situación de salud, el cual está constituido por estudios analíticos que sirven para caracterizar, medir y explicar el perfil de salud/enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes. Los objetivos del diagnóstico de salud son fundamentar las decisiones en materia de planificación de los servicios y servir de base para priorizar los problemas de salud y para evaluar las decisiones tomadas y el impacto de las intervenciones.

El diagnóstico comprende una fase inicial estática, referida al momento de recolección de datos de la población; y una fase dinámica, que se actualiza mediante el seguimiento y la profundización del conocimiento de los problemas existentes, y la detección, el registro y el análi-

sis de los nuevos problemas y eventos que van surgiendo después de su realización.

Como hemos planteado, si consideramos al proceso de salud/enfermedad como el resultado de la interacción permanente de factores biológicos, sociales y culturales, y en una pequeña proporción de los servicios sanitarios, el análisis o diagnóstico de situación de salud deberá tratar de obtener información sobre todos los factores que constituyen el ambiente humano, con el fin de identificar los problemas de salud, así como los factores que la determinan y su magnitud y gravedad en el ámbito que está bajo la responsabilidad de cada unidad de salud (área programática).

Intentando clasificar los factores que influyen sobre la salud, utilizamos una agrupación con fines de guía metodológica para la elaboración de un diagnóstico de salud de un área programática, teniendo en cuenta que estos factores excepcionalmente se presentan de manera individual y separados en la vida real. Para obtener la información se debe recurrir a fuentes de información primaria (obtenida de la consulta a individuos, referentes comunitarios, agentes de salud, etc.) y fuentes secundarias (registros o documentos de distintas instituciones).

ESTRUCTURA FÍSICA Y MEDIOAMBIENTAL

Se refiere al entorno geográfico en el que vive la población. Requiere la elaboración de un croquis del área programática correspondiente al centro de salud u hospital rural, utilizando como base la cartografía existente (Dirección Provincial de Vialidad, Dirección de Catastro e información suministrada por representantes de la comunidad) y determinando los límites del área; carreteras, picadas, estado de los caminos, transitabilidad en épocas de lluvias o crecientes; hidrografía; las distancias a las localidades cabeceras del área, del distrito y de la provincia; la identificación de los principales parajes, puestos sanitarios, escuelas y otras instituciones; los medios de transporte y de comunicación (radio, teléfono, etc.); los datos de viviendas; la

disponibilidad de fluido eléctrico, regularidad y fuentes; los abastecimientos de agua; y la eliminación de excretas y de residuos. Todos estos datos son recabados por la observación y por la información brindada por referentes de la comunidad.

FACTORES DEMOGRÁFICOS

La distribución etaria y el sexo, la distribución geográfica (urbanidad-ruralidad) y las migraciones adquieren un rol capital cuando se trata de analizar los problemas de salud y su resolución.

Se debe determinar la población total del área y su distribución según sexo y edad, utilizando los datos del último censo y las proyecciones al año de análisis o el censo realizado en las distintas comunidades por los agentes de salud.

El número de nacimientos y defunciones se recaban de los datos proporcionados por el Registro Civil o por el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud. La población de escolares inscriptos en las diversas escuelas puede ser suministrada por los directores de estas o a través del Departamento de Estadísticas Educativas del Ministerio de Educación.

ESTRUCTURA SOCIAL Y ECONÓMICA

Es ampliamente conocido que los pobres se enferman más, mueren más precozmente y presentan más discapacidades que las personas con mayores ingresos económicos. Este factor no sólo ejerce una determinante influencia en la salud, sino también en la utilización de los servicios.

En este ámbito se incluye la distribución de la población por “clase social”, nivel de estudios, situación laboral, desarrollo laboral de la zona, centros de enseñanza, situación familiar y grupos de población de especial interés sanitario.

Los datos de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) pueden ser recabados del INDEC, mientras que la información sobre las actividades económicas y laborales, las estructuras comunitarias, la identificación de otros organismos provinciales y nacionales y de entidades civiles y religiosas, se obtiene por la observación y por la información brindada por los mismos organismos o los referentes de la comunidad.

FACTORES CULTURALES – ESTILOS DE VIDA

Cada sociedad, en cada momento histórico, tiene un modo de vida que le es propio, expresión de las características del medio natural donde se asienta, de su organización económico-política, de su cultura, de su historia y de otros procesos generales que conforman su identidad como formación social. Esto se expresa en el espacio de vida cotidiano de las poblaciones en lo que se ha llamado el estilo de vida de cada sociedad.

La relación existente entre los hábitos y estilos de vida y la salud ha sido demostrada por múltiples estudios epidemiológicos. Se ha comprobado, además, que los estilos de vida son reflejo de las desigualdades sociales, puesto que la población de clase social u educacional bajas es la que suele mantener los peores hábitos y estilos de vida y la que menos intervenciones preventivas recibe. Por otro lado, factores muy ligados a las actitudes y creencias de una población están influenciados por cuestiones religiosas y culturales.

Los hábitos alimentarios, de higiene, vestimenta y de otros tipos son recogidos a través de la observación y encuestas a referentes de la comunidad.

FACTORES AMBIENTALES

El problema ecológico es hoy un problema de interacciones hombre-naturaleza, hombre-hombre y sociedad-sociedad. En los últi-

mos años se han acelerado los daños ambientales y sus consecuencias para la humanidad. La influencia del medioambiente sobre la salud y la calidad de vida de las personas está ampliamente documentada, y muchos estudios epidemiológicos han demostrado una asociación entre diversas patologías y los diferentes factores ambientales.

Este aspecto incluye conocer el estado de las aguas de abastecimiento y residuales, la eliminación de los residuos sólidos, el grado de contaminación atmosférica, la higiene y conservación de alimentos, etcétera.

SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud son estructuras destinadas a satisfacer las necesidades de la población en materia de salud y enfermedad. Sin embargo, su distribución no es siempre equitativa. Un factor importante a tener en cuenta es la disponibilidad de los servicios de salud, ya que esta surge de la relación entre los recursos existentes y la población a la cual están destinados. Medir la disponibilidad permite evaluar la equidad. A mayor necesidad de la población, serán necesarios mayores recursos humanos, físicos y financieros: número de médicos, odontólogos, enfermeras y de agentes sanitarios por cada 1000 habitantes; número de camas disponibles, de egresos hospitalarios; la relación entre las consultas de 1º nivel y los egresos hospitalarios, etcétera.

La identificación de los servicios de la red de atención, como puestos sanitarios, centros de salud y hospitales distritales; la utilización y accesibilidad de los recursos humanos y materiales; el sistema de información y otros servicios de sectores relacionados, tanto públicos como privados, son relevados a través de la observación y los datos de producción de los distintos servicios.

NIVEL DE SALUD

Describir el nivel de salud de una población significa medir todos los aspectos que aporten información sobre cómo se distribuye el proceso de salud/enfermedad entre los habitantes de una comunidad. Para ello se han desarrollado algunos indicadores; sin embargo, a pesar de que el objetivo sea conocer el nivel de salud, los indicadores más desarrollados son los negativos, es decir, los indicadores de falta de salud, como los de mortalidad y de morbilidad.

Hay diferentes medidas de mortalidad; las más conocidas son las tasas de mortalidad bruta y las tasas de mortalidad específicas. Dentro de estas últimas, las más útiles son las tasas específicas por edad, como la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad perinatal. También es útil emplear la tasa de mortalidad específica por causa, y resulta necesario en todo análisis de situación de salud hacer una relación entre las cinco o diez primeras causas de muerte. También es importante analizar las tendencias en el tiempo.

Para mejorar la interpretación se necesita contar con un valor de referencia, que puede ser el de cualquier unidad geográfica mayor que la nuestra; por ejemplo, el de una zona o distrito sanitario al cual pertenece nuestra área programática. Para el análisis local, además de las tasas que fundamentalmente nos permiten la comparación con otras áreas, adquieren importancia los números absolutos que dan una visión más localizada del problema y su seguimiento en el tiempo. En este sentido, por ejemplo, los fallecidos pasan de ser un simple número a ser personas concretas de nuestra comunidad.

En general, los datos de morbilidad son más difíciles de obtener, puesto que no existe un sistema de información sistemático, con excepción de las enfermedades de declaración obligatoria. La enfermedad diagnosticada constituye la parte de la morbilidad que cuenta con la información más accesible, pero refleja sólo la punta del iceberg de la morbilidad.

La morbilidad percibida es aquella que el individuo siente, pero por la cual no siempre solicita atención médica, y sólo es posible conocerla mediante encuestas. Por otro lado, la morbilidad no sentida sólo se detecta a partir de métodos de detección precoz: los exámenes

en salud, el control de niño sano, el control escolar, etc. Los datos de morbilidad se expresan mediante la incidencia y prevalencia.

Los datos de mortalidad, morbilidad y de enfermedades transmisibles serán recabados del Departamento de Vigilancia Epidemiológica, del Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud y de las planillas de consultas médicas diarias. Los registros de las instituciones sanitarias suelen ser accesibles, pero a menudo presentan problemas de falta de actualización o confiabilidad. Este asunto de los registros y el sistema de información es, en todos los niveles, un tema prioritario para avanzar en el terreno del conocimiento de la situación de salud.

INFORMACIÓN CUALITATIVA

Este tipo de información refleja lo subjetivo, los valores, las concepciones, las representaciones y percepciones de un conjunto social determinado. Es importante la información cualitativa que posean los distintos representantes de la comunidad y los trabajadores de salud de los equipos locales para conocer las necesidades de grupo poco demandantes. Conocer las preocupaciones y expectativas de la comunidad es imprescindible para orientar las intervenciones y para que estas sean aceptadas por la población.

Algunas de las estrategias para relevar esta información son: 1) los foros comunitarios, donde tanto los profesionales y no profesionales opinan sobre las necesidades de atención de salud de la población en discusiones participativas de grupos; y 2) las entrevistas a miembros de la comunidad, en las que se obtiene una visión global de esta a través de la perspectiva de los informantes clave.

El análisis de la situación de salud debe emplearse como un instrumento y no como una finalidad en sí misma, por lo que puede ser muy útil, aunque esté incompleto o tenga deficiencias. Este análisis debe ser orientado valorando la disponibilidad de información y el costo de su recogida, y evitando que sólo se convierta en un cúmulo

de datos. Su finalidad es proponer soluciones a necesidades reales frente a limitaciones concretas.

BIBLIOGRAFÍA

Martín Zurro, Armando y J.F. Cano Pérez

(1995), *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, 3^{era} edición, Ediciones Doyma, Barcelona.

Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara

(2002), “Curso de Epidemiología General. Módulo 8: Análisis de situación de salud”.

CONCEPTOS DE EPIDEMIOLOGÍA

† Dra. Marie Yvonne Ranaivoarisoa de Ventura

Dr. Julio Monsalvo

Dr. Alberto M. Zorrilla

La epidemiología debería ser conocida por todos los que intervienen en la salud de la comunidad, ya que ofrece herramientas para la comprensión integral de los fenómenos. Nos parece muy útil compartir un ejemplo extraído de una cita de Paul Hackett que grafica el rol de la epidemiología en las ciencias de la salud:

En un lugar imaginario, que puede ser en las cercanías de donde vivimos, la gente se estaba cayendo continuamente en un barranco. Como el hospital donde se atendían estaba muy alejado, a un funcionario se le ocurrió construir un hospital en el fondo del barranco. Parece una solución humana, pero bastante cara.

Otro funcionario decidió investigar quiénes se caían, en qué momento del día y los detalles del lugar. Así descubrió que las víctimas eran personas de muy bajos ingresos, con trabajo ocasional, que se caían durante la noche, aún con lluvia, que el barranco estaba en un monte poco explorado, que pertenecía a un terrateniente, que sólo se usaba para cazar y al que estaba prohibido el acceso. De la investigación epidemiológica dedujo: que la falta de trabajo en esa comunidad obligaba a la gente sin recursos a “visitar” el monte durante la noche para recolectar leña, algunos frutos silvestres y cazar algunos animalitos para poder subsistir. Eran muchos los factores que intervenían en el evento: caída del barranco. La mayoría de ellos no tenían solución inmediata. Entonces decidió colocar una valla en el borde del barranco, con lo que se evitarían las caídas accidentales.

Fue una solución más humana y barata que la propuesta del otro funcionario de construir un hospital.

ALGUNAS PRECISIONES

La epidemiología es la rama de la ciencia que estudia cualquier fenómeno que pueda alterar el equilibrio salud/enfermedad en la comunidad, investiga sus relaciones causales y factores predisponentes, y su objetivo fundamental es lograr la prevención, el control y la eliminación del fenómeno presentado.

Es un razonamiento y un método propios del trabajo objetivo en ciencias de la salud, aplicados a la descripción de los fenómenos de salud, la vigilancia de la enfermedad y la ejecución de los programas de prevención y control. Es decir que analiza todos los posibles factores que de alguna forma contribuyen a modificar la salud de la comunidad, ya sea en sentido positivo o negativo, con el objeto práctico de potenciar los primeros y tratar de reducir los segundos.

En su objeto de estudio, en el *qué*, se encuentran dos aspectos: uno que mide estadísticamente la distribución de las enfermedades en cuanto a tiempo, lugar y personas afectadas; y otro multidisciplinario referido a los determinantes de las enfermedades que incluye varios enfoques, entre los cuales se encuentra el sociológico.

En el *para qué*, o sea, la utilidad de la epidemiología, vemos que su aplicación es útil para planificar servicios, efectuar una vigilancia de las enfermedades y ejecutar programas preventivos y de control. En todos estos aspectos aparece también el componente sociológico o comunitario como recurso necesario para ejecutar esas acciones. Estos conceptos se pueden resumir en el siguiente cuadro:

Qué	Distribución de los eventos de salud	Tiempo Lugar Persona	
		Agente	<ul style="list-style-type: none"> Biológico Físico Químico
		Huésped	<ul style="list-style-type: none"> Persona
	Determinantes del proceso salud/enfermedad	Medioambiente	<ul style="list-style-type: none"> Físico Cultural Social Económico
		Sistema organizativo de la atención de la salud	<ul style="list-style-type: none"> Accesibilidad Costo Tecnología
	Para qué	Planificación racional de servicios de salud pública	Acceso
Ejecución de programas de prevención y control		Utilización Cobertura	
Evaluación de intervenciones de servicios		Impacto	

ALGUNAS DEFINICIONES ÚTILES

Epidemia

Es la ocurrencia en una comunidad o región de una cantidad de casos de una enfermedad, claramente en exceso a lo que se esperaría

normalmente para esa región y tiempo, y derivadas de una fuente común.

Son cuatro los criterios básicos para considerar una enfermedad como epidémica:

- 1) Exceso de número de casos esperados. Hay que conocer la cantidad de casos ocurridos en los años anteriores para determinar qué es lo esperado. De allí la importancia de los registros y de su análisis. Por ejemplo, el cólera en 1992, el sarampión en 1991 y 1992, y la psitacosis en 1996. Hace varios años que no se registran casos de poliomielitis en las Américas; si hoy apareciera un solo caso, sería considerado como una epidemia.
- 2) Fuente común: se refiere a la fuente de contagio.
- 3) Lugar: una población determinada.
- 4) Tiempo determinado: semanas, meses, años...

Endemia

Ocurre cuando una enfermedad persiste durante mucho tiempo en un lugar determinado, como las diarreas o la tuberculosis, y/o es característica, es decir que no se encuentra en otras zonas, como es el caso de la enfermedad de Chagas, que existe en nuestro país, pero no se notifican casos en Europa.

Pandemia

Se trata de una epidemia que interesa en varios países o continentes. Por ejemplo, se habla de la séptima pandemia de cólera desde los años 1970: apareció un foco en la India, y de allí se propagó hasta África y llegó a América Latina. Igualmente, la infección VIH-SIDA es un claro ejemplo de pandemia, ya que afecta a todos los países del mundo.

Caso esporádico

Es la presentación de un caso de una enfermedad en una comunidad sin relación temporo-espacial con otro similar.

APLICACIONES DE LA EPIDEMIOLOGÍA

Esta disciplina es un formidable instrumento que está al alcance del que lo precise y tiene diversas utilidades, como:

- Establecer el diagnóstico de situación de salud y determinar la magnitud del problema, la vulnerabilidad de la población y del agente causante, e identificar los factores de riesgo. ¿Cuántos mueren? ¿Cuántos enferman? ¿De qué se mueren? ¿De qué se enferman?
- Estudiar las causas del evento y establecer las medidas apropiadas para eliminarlas o mitigarlas.
- Medir el riesgo ante exposiciones peligrosas.
- Evaluar el efecto de nuevas medidas terapéuticas o el impacto de los procedimientos usuales.
- Determinar el pronóstico y la tendencia de las enfermedades.
- Evaluar los servicios de salud.
- Realizar capacitaciones para una lectura crítica de la literatura médica.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica tiene su origen en el siglo XVIII en Europa con la “policía médica” o los “sistemas de alarma”, y consistía en recolectar, analizar e interpretar la información sobre las prácticas médicas para verificar las epidemias y expandir órdenes, o para detectar tempranamente las pestes.

En la Argentina, la Ley de Notificaciones Médicas Obligatorias existe y se aplica desde 1960. En 1993 se establecieron acuerdos regionales que derivaron en un consenso nacional sobre las Normas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

La vigilancia epidemiológica se puede definir como la información analizada para la acción. Es el aprovechamiento de la información registrada en forma sistemática, periódica y oportuna, integrado estrechamente a su divulgación. Ofrece orientación técnica permanente a quienes tienen la responsabilidad de decidir sobre la ejecución de acciones de prevención y control, constituyendo un importante instrumento para el planeamiento y la organización de los servicios de salud.

Las actividades consisten en la recolección de datos a partir de diversas fuentes, en particular de los servicios de salud. Eso implica el uso de herramientas como las planillas y las fichas. Los datos se consolidan y analizan en tablas, gráficos o mapas que pueden facilitar su interpretación. Este análisis involucra un proceso de comparación de datos con el propósito de establecer la tendencia de la enfermedad y detectar eventuales incrementos, identificar los factores asociados y los grupos que están en mayor riesgo, y especificar los puntos más vulnerables para aplicar las medidas de control.

La divulgación periódica de la información resultante del análisis e interpretación de los datos constituye una de las etapas cruciales de la vigilancia epidemiológica, sobre todo cuando las personas que aportan los datos reciben a cambio una imagen más amplia e integral del problema objeto de control.

BIOESTADÍSTICAS EN MEDICINA: LOS INDICADORES

Conceptos y definición

Un indicador es una variable concreta que expresa cuantitativamente un fenómeno abstracto. Por ejemplo, si se quiere conocer el estado de nutrición de los niños, se necesita la utilización de indicadores como el peso en relación a la edad, la talla o el perímetro braquial.

De la misma manera, el “hacinamiento” puede medirse mediante el indicador “promedio de personas por habitación”, y el grado de ocupación de un hospital mediante la “relación entre camas ocupadas y camas disponibles”, etcétera.

Condiciones

Para ser útiles, los indicadores deben cumplir varios requisitos, entre ellos:

- La validez: es la medida en que el indicador es pertinente al fenómeno de referencia, es decir que debe medir la variable que interesa, y no otra cosa. Así, el peso es un indicador válido para medir la desnutrición; en cambio, las tasas de mortalidad no miden válidamente la atención médica que recibe la población, porque la mortalidad depende de muchos otros componentes del nivel de vida, tales como educación, vivienda, ingreso económico, etcétera.
- La factibilidad o aplicabilidad: el indicador debe requerir el uso de datos habitualmente disponibles u obtenibles en la práctica.
- La universalidad: se usa en todo el mundo.

En ciertos casos, un indicador se construye combinando a su vez diversos indicadores. De esta forma, por ejemplo, para medir las necesidades básicas insatisfechas (NBI) se toman el grado de educación del jefe de familia, el tipo de vivienda, la existencia o no de red de agua potable, la existencia de letrinas, el grado de hacinamiento, etcétera.

Indicadores de uso frecuente en salud

Tasa bruta de natalidad

$$\frac{\text{Nº de nacidos vivos en un área dada durante un año} \times 1000}{\text{Población del mismo año y en la misma área}}$$

Población del mismo año y en la misma área

Tasa de fecundidad global

$$\frac{\text{Nº de nacidos vivos en un área durante un año} \times 1000}{\text{Población femenina de 15 a 49 años del mismo año y en la misma área}}$$

Población femenina de 15 a 49 años del mismo año y en la misma área

Tasa bruta de mortalidad general

$$\frac{\text{Nº de defunciones en un área durante un año} \times 1000}{\text{Población del mismo año y en la misma área}}$$

Población del mismo año y en la misma área

Tasa de mortalidad por causa

$$\frac{\text{Nº de defunciones por una causa específica en un área durante un año} \times 1000}{\text{Población del mismo año y en la misma área}}$$

Población del mismo año y en la misma área

Tasa de mortalidad infantil

Nº de defunciones en menores de 1 año en un área durante un año x 1000

Nº de nacidos vivos del mismo año y en la misma área

Tasa de mortalidad materna

Nº de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en un área en un año x 1000

Número de nacidos vivos durante el mismo año y en la misma área

Tasa de mortalidad específica por edad

Nº de defunciones en un grupo de edad específico en un área en un año x 1000

Población de ese grupo de edad del mismo año y en la misma área

Tasa de incidencia

Nº de enfermos nuevos de una afección determinada durante un período dado en un área específica x 1000, 10.000 o 100.000

Población estimada del mismo período y en la misma área

Tasa de prevalencia

Nº de enfermos existentes de una afección determinada durante un período dado en un área específica x 1000, 10.000 o 100.000

Población estimada del mismo período y en la misma área

Además de las tasas que hemos visto se usan también otras, como la de esperanza de vida al nacimiento (e^0), que es la cantidad de años (promedio) que se puede esperar que viva un recién nacido; y la de años de vida potenciales perdidos (AVPP), que refiere al número de años de vida que se pierden por determinadas causas prematuramente o antes de una edad máxima considerada como límite de la vida productiva.

Otro indicador importante para el análisis es también el de mortalidad proporcional de Swaroop-Uemura, que indica el nivel de salud y de vida:

N° de defunciones de personas de 50 y más años de edad en un área y período dados
x 100

$$\frac{\text{N° total de defunciones ocurridas del mismo período y en la misma área}}{\text{N° total de defunciones ocurridas del mismo período y en la misma área}} \times 100$$

En los países con bajo nivel de salud y de vida, ese indicador tiene un valor reducido debajo de 25%. A medida que el nivel de salud y de vida aumenta, el indicador se eleva hasta llegar a superar el 75%.

Para poder tener una idea aproximada del estado social de una población dada se usan también otros indicadores de mortalidad proporcional, como son los de menores de 1 año de edad y los de 1 a 4 años. En estos, si de su comparación surge que proporcionalmente ocurren más defunciones en niños de 1 a 4 años que en menores de 1 año, se indica la presencia de algunos factores sociales negativos.

N° de defunciones de menores de 1 año de edad en un área y período dados x 100

$$\frac{\text{N° de defunciones de menores de 1 año de edad en un área y período dados}}{\text{N° total de defunciones ocurridas en la misma área y período}} \times 100$$

N° de defunciones de niños de 1 a 4 años en un área y período dados x 100

$$\frac{\text{N° de defunciones de niños de 1 a 4 años en un área y período dados}}{\text{N° total de defunciones ocurridas en la misma área y período}} \times 100$$

Esta disciplina es utilizable también en el 1º nivel de atención y se constituye como una herramienta imprescindible para los integrantes del equipo de salud. Deberíamos procurar instalar un criterio epidemiológico en nuestra perspectiva para hacer más eficiente nuestra labor.

EPIDEMIOLOGÍA EN EL ÁREA LOCAL

Dr. Julio Monsalvo

CONCEPTOS BÁSICOS

El término epidemiología está conformado por tres palabras: *epi* (sobre), *demio* (de “demos”, pueblo) y *logía* (estudio). Tradicionalmente, esta disciplina trata de identificar lo que le ocurre al pueblo respecto a los fenómenos (hechos) de salud y de enfermedad. Una clásica definición habla de la distribución de las enfermedades y sus causas; sin embargo, más modernamente se ha admitido que no se puede hablar de causas, sino de factores asociados. Actualmente, este concepto se complementa con estudios de las situaciones sociales, ambientales y la construcción histórica de los hechos en estudio.

Si bien se habla de salud y de enfermedad, en la práctica sólo se ven estudios de enfermedades. El desafío es aplicar la misma metodología sobre la salud, es decir, descubrir factores que se asocian a la salud.

CONSTRUCCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE SALUD EN LA COMUNIDAD LOCAL

Componente cuantitativo

Una vez identificado el hecho, se procede a distribuirlo en tres variables en relación a:

- **Personas:** edad, sexo, actividad, instrucción, etc., de las personas afectadas.
- **Lugar:** vivienda, paraje, etc., donde ocurrieron los hechos.
- **Tiempo:** horario, días, semanas o meses de ocurrencia.

Estos datos se presentan en tablas con dos columnas: números totales / números relativos. Luego, los números relativos se presentan en gráficos (de barras, círculos, etc.). Por ejemplo, si en una comunidad se identifica el fenómeno (hecho) “personas intoxicadas con agrotóxicos”, se determina primero el número de este hecho (cantidad de personas intoxicadas).

El componente cuantitativo nos dice *qué* pasa, a *quiénes*, *dónde* y *cuándo*. Podríamos describirlo como una fotografía que captura un instante determinado.

Componente cualitativo

La aproximación cuantitativa nos ayuda a dirigirnos hacia dónde obtener los datos cualitativos. Este tipo de datos se obtiene mediante dos instrumentos:

Entrevistas: conversaciones sobre el tema que nos ocupa. En el caso del ejemplo serían las personas afectadas, los compañeros de trabajo, vecinos, familiares, etc. Las mismas entrevistas nos orientarán hacia dónde dirigirnos.

Observación: nos permitirá ver coincidencias o no con los hechos que refieren las entrevistas (uso de agrotóxicos, recipientes, mochilas, depósitos, comercios, cultivos, etc.).

Se pregunta y se observa hasta que no haya elementos nuevos que se aporten. Estos datos se agrupan especialmente en: a) regularidades: lo que se da en todas las situaciones; y b) significaciones: valor que las personas atribuyen a los hechos.

El componente cualitativo es como una cinematografía: nos aporta contribuyendo a conocer el *por qué* y el *cómo* pasan las cosas.

CRITERIOS PARA RESOLVER SITUACIONES

Se propone el concepto “Salud en manos de la comunidad”. Esto significa: todos sabemos, todos decidimos.

Conocer *qué* pasa y *por qué* pasa nos permite tomar decisiones con los siguientes criterios en un espacio de organización comunitaria:

1) Identificar factores que pueden ser controlados y/o modificados por la comunidad.

Por ejemplo, mediante los conocimientos locales, tales como el empleo de técnicas de agroecología, la producción local de semillas, la preparación de repelentes naturales para ahuyentar insectos, el reconocimiento y utilización de plantas alimenticias del lugar, la utilización de plantas, grasas, barros, etc., para aliviar y/o curar enfermedades, entre otros.

2) Identificar el problema que rebasa lo local.

Dimensionando el problema y conociendo el proceso de su formación, se pueden encarar en forma más efectiva las gestiones organizadas. Por ejemplo, la necesidad de insumos o facilidades para recuperar la fertilidad del suelo, la historia de la tenencia de la tierra, la imposición del uso de agrotóxicos, el conocimiento de las leyes al respecto, etcétera.

VER ANEXOS:

■ Ficha de investigación cualitativa: Guía para entrevistas a personas mayores

■ Guía para entrevistas a familias (y eventualmente vecinos y otros) en donde ha ocurrido un nacimiento

■ Guía para entrevistas a familias (y eventualmente vecinos y otros) en donde ha ocurrido un fallecimiento

■ Visitando Hogares

■ Charlando en el campo

DESCENTRALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN

Dr. Darío Ozuna Quintana

El enfoque de estos aspectos fundamentales de la organización sanitaria de los pueblos requiere de un criterio que implique el entendimiento de un proceso conceptual en lo estratégico, lo metodológico, lo institucional y lo programático-operativo. Descentralizar significa motorizar las acciones, cualesquiera que sean, con una direccionalidad centrífuga: de lo central a lo periférico.

En el campo de la salud este concepto tiene la misma interpretación que en cualquier otro campo institucional, con elementos y conceptos que definen su especificidad. Todo proceso descentralizador de las acciones en el ámbito de la salud sigue un trayecto normativo y operativo que, por lo común, tiene (o tuvo) su comienzo en los altos niveles de conducción política, donde lo institucional es la estructura que prevalece y funciona, deviniendo en objetivos que trascienden hacia la descentralización participativa de la comunidad.

Es decir que la descentralización sigue dos vertientes que son continuas, regulares, interactivas y simultáneas en su desarrollo: lo institucional y lo participativo de la comunidad. De lo general a lo particular: de ámbitos con delimitaciones geográficas y poblacionales imprecisas, a otros cuyas delimitaciones son concretas. De lo globalizado a lo focalizado: de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la Nación Argentina; de esta a la Provincia; y de esta a los distritos sanitarios, a las áreas programáticas, a las localidades, a las colonias y a los parajes, a cada grupo familiar de cada vivienda de una comunidad, en cuyo seno se hace tangible y precisa la realidad desnuda del problema en cuestión.

Decimos que la descentralización es un proceso a través del cual se pretende llegar a objetivos operativos y programáticos de salud con un sentido que, estratégica y tácticamente, signifique organizar y ejecutar acciones en ámbitos bien definidos y focalizados geográfica y po-

blacionalmente (áreas programáticas, localidades, colonias, parajes), y con contenidos que induzcan y conduzcan a niveles de comprensión, responsabilidad y compromiso de la comunidad con autonomía y conciencia de autogestión.

Para ello, dicho proceso debe cumplir ciertas etapas en su aplicación y ejecución:

1) LA DECISIÓN POLÍTICA DE QUE ASÍ SEA

Toda gestión de conducción política, sea nacional, provincial o municipal, define la política sanitaria a implementarse en su área de influencia. Ello significa, al mismo tiempo, la definición estratégica y metodológica de las acciones a ejecutarse por las prioridades consideradas por dicha gestión. No basta la voluntad para hacerlo si estas acciones no están acompañadas de la claridad conceptual y la decisión de implementarlas políticamente.

2) QUE EL PROCESO SE CUMPLA A TRAVÉS DE LOS CANALES INSTITUCIONALES

Habitualmente, las definiciones y sugerencias acerca de las normativas y acciones programáticas en cada problema sanitario específico provienen de sociedades o comisiones de expertos que asesoran, científica y técnicamente, a los niveles institucionales internacionales (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud), nacionales, provinciales y municipales. Ese asesoramiento se realiza a través de un encadenamiento de programas sanitarios conducidos por equipos de profesionales y técnicos idóneos y capacitados para tales fines en cada nivel institucional.

Estos niveles planifican, programan y ejecutan las acciones, en un sentido vertical, de acuerdo a los lineamientos políticos definidos. De la Nación a las provincias, y de estas a los municipios y a los equipos locales de salud, que son los efectores directos para el nivel comu-

nitario. El flujo normativo se hace corpóreo en una realidad poblacional y geográfica focalizada y concreta, e impacta sobre el grupo social que lo compone, el cual lo recibe, hasta ese momento, como un espectador pasivo del problema. El agente sanitario es el eslabón institucional primario (1° nivel) que se contacta en forma directa con esa población y forma parte de un equipo local de salud que es representativo en ese lugar de la Institución Salud.

El proceso descentralizador institucional se cumple en esta instancia. ¿Cuáles son los objetivos? Organizar normativa y operativamente al sistema local de salud (SILOS) a través de una autonomía programática transferida al equipo local de salud, para dar respuestas rápidas, eficientes y eficaces a los requerimientos sanitarios de la población de responsabilidad. Esto se logra con la capacitación permanente de ese nivel local, lo que permite el manejo normativo y operativo de los programas transferidos a los efectores naturales de dicha población.

Pero el nivel local aún no programa, o sólo lo hace de una manera parcial e insuficiente, por lo que subsiste, con mucha influencia, una relación de dependencia programática con el nivel central institucional.

3) QUE EL PROCESO DESCENTRALIZADOR LLEGUE AL NIVEL INSTITUCIONAL LOCAL CON AUTONOMÍA PROGRAMÁTICA

Eso significa que, amén de la transferencia normativa y operativa, el nivel local adquiera la capacidad de programar, identificando y priorizando los problemas, y determinando acciones de acuerdo a los objetivos programáticos elaborados en el marco del lineamiento político-institucional definido por el nivel provincial. Esa programación debe tener límites precisos de influencia geográfica y una población de responsabilidad bien definida (área programática).

Esa autonomía implica traducir la ejecución de acciones programadas en metas en costos operativos (mensuales, trimestrales, anuales), elaborando un presupuesto que debería ser parte del programa

descentralizado. El manejo de un presupuesto surgido de la realidad de una programación local, compuesta por gastos en bienes de capital y en erogaciones corrientes, significa una situación por ahora ideal, pero que optimizaría enormemente la consolidación estructural y funcional de un área programática.

La programación local debe ser resultado de un complejo estudio del área de influencia en un contexto ecosistémico definido, dinámico e interactivo entre sus componentes estructurales, y de una comprensión cabal del proceso histórico y poblacional que lo contiene.

Reconocer a los grupos y conjuntos poblacionales en cantidad y realidad de vida, por sexo, grupo etario, medios económico-productivos, religión, organización social, tipos de viviendas, lengua, idiosincrasias, características de su entorno ambiental, instituciones locales, etc., nos permitirá establecer un mejor diagnóstico de salud comunitaria, una mejor identificación de los problemas sanitarios y su ordenamiento por prioridades y por factibilidad de soluciones posibles.

Reconocer las necesidades sentidas por la población nos permitirá reconocer también lo apropiadas, convenientes y aceptadas que pueden ser las respuestas institucionales a sus requerimientos y demandas.

4) LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA COMO RESULTADO DE ESE PROCESO DESCENTRALIZADOR

La corriente descentralizadora no termina, en el nivel local, con la organización programática de su equipo de salud; al contrario, es allí donde ella comienza. Es el momento preciso en que la descentralización institucional se hace comunitaria y su estrategia es participativa.

Participar es compartir, es tener algo en común con otros, es tener parte de algo y es intervenir con otros en una determinada empresa, en su creación, elaboración y evaluación, en el compromiso y en la responsabilidad de alcanzar objetivos que beneficien a todos. La participación comunitaria es solidaridad con todos, es amor a la comunidad. Por lo tanto, es un concepto dinámico e interactivo; es ser

parte del problema; es ser actor, no espectador pasivo, de una obra comunitaria en desarrollo y crecimiento: la salud del pueblo.

La población participa por sí misma o a través de sus instituciones públicas y/o privadas que la representan. Como sea, la participación debe ser organizada y constituida como una entidad orgánica que es parte de un proceso programático local.

El equipo local de salud es el núcleo coordinador y conductor normativo en las expresiones científicas y técnicas de las acciones sanitarias, pero es parte del organismo comunitario. De él se nutre y depende. Su existencia tiene razón de ser en tanto se mantenga la armonía orgánica del conjunto comunitario.

El área programática es un cuerpo vivencialmente autónomo en lo programático, operativo y evaluativo, simplemente porque es representativo de un ecosistema poblacional concreto, o lo más cercano a él. La verticalidad institucional dejó de ser posible porque “la única verdad es la realidad”, y esa realidad es la comunidad organizada en el contexto de un ecosistema que es único, irrepetible y absolutamente propio de ella.

Sin ese concepto participativo de la comunidad, la programación sanitaria local no puede tener consistencia ni larga vida. Entonces, ¿cómo incorporarlo en ella? Sugerimos la organización de un sistema local de salud sustentado en la creación de grupos comunitarios de autogestión, conformados en una red social solidaria en la que la salud sea uno de los aspectos que la structure. Hablamos de una red social organizada y representativa de las áreas programáticas, localidades, colonias y parajes, de barrios y comunidades cerradas, que pueda funcionar inclusive en un nivel distrital y en cada área ecosistémica citada. Ello implica también un lento proceso de trabajo organizador que debe ser perseverante, continuo y permanente; pero una programación local en salud que no incluya como objetivo principal este proceso participativo carecerá de largo aliento.

La calidad coordinadora y conductora del equipo de salud local dependerá, mucho más que de su nivel de capacitación profesional, técnico y científico, de la eficacia y eficiencia del manejo de la estrategia participativa consensuada que organice y lleve adelante. El resto lo irá aportando la experiencia que irá ganando el sistema en su

conjunto a través del tiempo y de la cabal interpretación del proceso histórico que viene y deviene en él.

En definitiva, el proceso descentralizador es esencialmente participativo, así sea en el circuito institucional o en el comunitario. Ambos son integradores e interactivos, y están basados en el enlace de una red intra, inter y transdisciplinaria que va marcando paso a paso el desarrollo evolutivo (cuantitativo) y revolucionario (cualitativo) de su organización hacia los objetivos y metas fijados.

En la programación: el análisis, el consenso y el disenso; en la ejecución: el consenso y la evaluación continua.

PROGRAMACIÓN LOCAL DE ACTIVIDADES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Dra. Julia Costanzó

Dra. Cristina Mirassou

- 1) Aspectos conceptuales
 - Definición.
 - Características del proceso.
 - Momentos de la programación: diagnóstico de salud de la población; identificación de cursos de acción, normatización, ejecución y evaluación.
- 2) Aspectos operativos
 - Programación de actividades.
 - Evaluación de la cobertura y la calidad: estructura, proceso y resultados.
 - Fuentes de información.
 - Supervisión.

PLANIFICACIÓN EN SALUD

Introducción

Las organizaciones de atención de salud son estructuras complejas y dinámicas, siempre sujetas a presiones ambientales externas impuestas por la fuente de recursos económicos, las dependencias gubernamentales y organismos de la comunidad, grupos profesionales, sindicatos proveedores y la competencia de otras instituciones semejantes. Por esta razón no pueden funcionar con una estructura codificada y rígida; deben ser flexibles para poder responder satisfactoriamente a las presiones ambientales que cambian de manera constante. Para ello es necesario planificar en todos los niveles de la administración con la participación de los responsables de hacerla efectiva.

En nuestro país, el modelo de atención está centrado fundamentalmente en la demanda asistencial, actitud que conlleva una falta de respuesta de los servicios con respecto a las necesidades de la gente y, en forma especial, de las actividades de promoción de salud y prevención de riesgos. El mejoramiento del 1º nivel de atención como puerta de entrada asegura el acceso, la calidad y la equidad de todo el sistema de salud.

Dentro de las funciones del director o responsable de un área programática, la planificación ocupa un lugar relevante, ya que es un requisito para el buen funcionamiento del servicio.

La planificación es el acto o proceso de interpretar los hechos de una situación; determinar el curso de acción que se seguirá, en virtud de todos los hechos existentes y del objetivo buscado; detallar los pasos que se deben tomar para seguir el curso de acción decidido; hacer las previsiones necesarias para llevar el plan a una feliz conclusión; y establecer comprobaciones y balances para ver cuánto se aproxima el desempeño al plan.

La planificación no es la mera enunciación de un futuro deseado y de sus acciones específicas necesarias. Constituye un instrumento que permite utilizar eficientemente al personal en la atención de los pacientes y emplear con eficacia los recursos y las instalaciones físicas para alcanzar las metas que se fijen. Sin ella no se pueden satisfacer adecuadamente las demandas de la comunidad ni efectuar la organización racional del servicio. La planificación en salud es un producto multisectorial.

Hay diferentes modelos de planificación; los dos más usados son el normativo y el estratégico, y ambos comparten las siguientes condiciones o requisitos:

- Diagnóstico de situación.
- Imagen objetivo.
- Coherencia: compatibilidad intra e intersectorial, y con la política global.
- Factibilidad.
- Viabilidad.
- Estrategia.
- Evaluación.

Todo plan de salud se inicia con el establecimiento de las necesidades y prioridades surgidas del análisis de situación de salud de una determinada área. Su propósito es conducir un estado de salud existente percibido como insatisfactorio a un estado deseado (imagen objetivo). Se debe explicitar a quién se va a aplicar, en qué área se va a desarrollar y el lapso en el que se efectivizará (corto, mediano o largo plazo).

La planificación normativa fue la utilizada inicialmente, con planes generales concebidos para tres a cinco años, los cuales eran evaluados recién al finalizar el período estipulado, sin posibilidad de replantear el diagnóstico inicial ni analizar las actividades programadas. Algo imposible en sistemas tan complejos como los sociales; por ello y por diversas causas, hubo muchos fracasos.

La planificación estratégica es planteada como una alternativa de planificación que es posible aplicar sobre sistemas no predictibles y administraciones que sólo controlan parte de las variables importantes del sistema, y también como un proceso continuo que se evalúa continuamente para adaptarse a los cambios. Su característica fundamental es que en distintos momentos de la planificación incluye cálculos o previsiones de lo que van a hacer los demás actores sociales a favor o en contra. También reconoce que no hay una sola solución, y que la más factible y viable es producto de la negociación, el consenso y la coordinación de voluntades.

Es necesario identificar los distintos actores y conocer sus intereses, así podremos reconocer fortalezas y debilidades en nuestro frente interno, y oportunidades y amenazas en lo externo.

I. ¿Qué es la programación local?

Programar es prepararse anticipadamente para hacer algo lo mejor posible: ¿qué queremos hacer y qué necesitamos para hacerlo? La programación local es un proceso de planificación desarrollado a nivel de los servicios locales de salud, que tiene como propósito fundamental canalizar los recursos de salud (humanos, tecnológicos, fi-

nancieros) hacia la satisfacción de las necesidades más imperativas y a la solución o control de los problemas más trascendentes de la población de cada área programática de salud. De esta manera, la programación local se convierte en el eje conductor de una gestión descentralizada.

Paganini (1990) la define como un proceso de carácter científico por el cual, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población, un servicio es capaz de:

- Identificar las necesidades de atención de salud de una población y las prioridades de acción en base a riesgos poblacionales.
- Orientar los recursos y actividades de la red de servicios para resolver los problemas prevalentes en las poblaciones más necesitadas.
- Promover la participación de la comunidad en la definición de prioridades y en la realización de actividades.
- Ajustar permanentemente las actividades de salud para lograr la cobertura efectiva y la resolución de los problemas de salud.
- Evaluar los procesos y resultados de las acciones de salud.

¿Cuáles son las características del proceso de programación local?

- Es continuo, con distintas etapas o momentos que no tienen comienzo ni término definidos.
- Es flexible y está adaptado a la realidad de cada contexto.
- Es simple; no debe generar un exceso de actividad administrativa.
- Es generador de ideas y de soluciones creativas locales a partir del diálogo permanente entre el equipo de salud, la comunidad y la investigación local.

■ Es permanentemente ajustado. Si bien es parte de una programación inicial, se va ajustando durante la implementación de acuerdo a la supervisión y monitoreo de los procesos y resultados que se van registrando.

Comprende tres etapas básicas:

- 1) Diagnóstico y fijación de prioridades y objetivos.
- 2) La programación local propiamente dicha.
- 3) El monitoreo y la evaluación.

II. Momentos de la programación local

1) *Diagnóstico*

a) Diagnóstico de salud de la población

Surge del análisis de las estadísticas demográficas, vitales y epidemiológicas, de la oferta de servicios y también de lo que la gente opina respecto a sus necesidades y lo que espera de los servicios. El diagnóstico local tiene como productos finales la clasificación de las familias según las categorías de riesgo y la identificación y priorización de las necesidades y problemas de la comunidad.

b) Identificación y priorización de los problemas

A partir de la información recogida de las diferentes fuentes es posible realizar un listado de los problemas que estén afectando a la comunidad y, en forma conjunta y participativa, el equipo de salud y la comunidad pueden proceder a su análisis.

Para cada uno de los daños o problemas identificados el equipo de salud debe analizar: ¿cuáles son las respuestas que actualmente da el servicio en términos de cobertura y calidad de la atención? ¿Cuáles son las características del modelo de atención? ¿Está centrado en torno a la demanda? ¿Hay actividades programadas con anticipación? ¿Cómo es el cumplimiento de los horarios y el uso del tiempo? ¿Cómo

es la actitud del personal con la población usuaria? ¿Estimula la participación comunitaria? ¿El personal de salud genera confianza en la población? ¿Hay actividades en coordinación con otras organizaciones de la comunidad, escuelas, municipios, comedores infantiles?

El análisis conjunto y participativo del equipo de salud y la comunidad tiene dos objetivos:

1. Establecer el consenso sobre el orden de prioridades. Esto se puede realizar en función de:
 - La magnitud: a cuántas personas afecta.
 - El riesgo: ¿qué causa las enfermedades, incapacidades o muerte?
 - La trascendencia: ¿qué importancia le asigna la comunidad?
 - La vulnerabilidad: ¿puede ser controlado o eliminado eficazmente a mediano o corto plazo con la tecnología disponible en la comunidad o en el área de salud?
 - La factibilidad: ¿existe disponibilidad real o potencial de recursos adecuados?
2. Determinar los responsables de las acciones y/o provisión de recursos, y definir las normativas y el cronograma de ejecución de la acción (programación participativa).

2) La programación local propiamente dicha

Permite a cada unidad de salud compatibilizar la cobertura asignada con los recursos humanos, la planta física y los equipamientos existentes (cobertura real).

a) Identificación de cursos de acción: normatización

Una vez caracterizada la población de responsabilidad, su perfil epidemiológico, los grupos de riesgo y su cuantía, la organización y capacidad resolutoria de los servicios y la cantidad de horas de atención disponibles, deben buscarse las normas y estrategias más apropiadas para la solución de cada problema de salud mediante la discusión participativa del equipo de salud y la comunidad.

La confección de un programa operativo es la fase inicial de la programación; esta tiene además una fase dinámica de reajuste continuo que responde no sólo a los nuevos eventos producidos, sino también a las actividades programadas no cumplidas. A partir de los problemas priorizados, ese plan operativo debe incluir cuáles son las estrategias a seguir, las metas a alcanzar, las actividades a realizar (cronograma, número, fechas), los recursos necesarios, el presupuesto y los responsables de la ejecución.

3) Ejecución y evaluación

La evaluación es permanente, consiste en identificar en qué medida se han alcanzado las coberturas y los estándares de calidad que se formularon como objetivos. Permite identificar las deficiencias, desvíos y restricciones, así como también los aciertos, potencialidades, oportunidades y fortalezas de la ejecución y su contexto, a fin de modificar, ratificar, innovar o reforzar los cursos de acción de la programación.

En toda evaluación hay comparación entre lo programado y lo ejecutado. Las comparaciones pueden ser mediciones numéricas (indicadores cuantitativos), por ejemplo, porcentaje de embarazadas controladas de las embarazadas esperadas en el año. También pueden ser comparaciones entre conductas, actitudes, hábitos, creencias o satisfacciones (indicadores cualitativos) que se expresan en descripciones verbales que se pueden recoger por entrevistas o encuestas.

Formas de evaluación durante la ejecución

- **Monitoreo:** es la vigilancia permanente de la ejecución de la programación.
- **Supervisión capacitante:** consiste en la supervisión sistemática de la ejecución de las actividades y las tareas que la conforman, a fin de corregir los desvíos o deficiencias mediante la capacitación del personal en servicio, que está orientada a la solución de problemas para lograr mejores estándares de cobertura y calidad.

III. Programación local de actividades de salud materno-infantil

Sabemos que las actividades de mayor impacto positivo sobre la salud materno-infantil son:

- La atención integral de la salud de la mujer en edad reproductiva (educación para una sexualidad sana y procreación responsable).
- Atención del embarazo, parto y puerperio.
- Atención del recién nacido.
- Promoción de la lactancia materna.
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, inmunizaciones y atención de las patologías prevalentes.

Ejemplo N° 1: Programación local del control de embarazo

Área programática: 10.000 habitantes.

Centro de salud: cuatro médicos de 30 horas semanales.

Embarazadas estimadas para el año por tasa de natalidad de 2,5%: 250.

A partir de esta cifra se inicia la programación: ¿qué cobertura se dará a estas 250 embarazadas esperadas? ¿Se controlará a todas o sólo una parte?

Según las normas:

Un embarazo de bajo riesgo bien controlado requiere cinco controles.

Un embarazo de mediano o alto riesgo requiere entre siete y nueve controles.

Habitualmente se consideran de riesgo el 20% de los embarazos esperados.

En nuestro ejemplo tendremos entonces 200 embarazos de bajo riesgo y 50 de mediano y alto riesgo.

Cálculo de recursos humanos

200 embarazadas x 5 controles: 1.000 consultas

50 embarazadas x 8 controles: 400 consultas

¿Cuántas horas médicas requiero?

Las horas-personal se calculan según alguna norma de rendimiento. Para nuestro ejemplo se estiman 15 minutos para las consultas de bajo riesgo y 30 para las de alto riesgo, lo que resulta en:

$$15 \text{ min} \times 1.000 \text{ consultas} = 15.000 \text{ min} = 250 \text{ horas}$$

$$30 \text{ min} \times 400 \text{ consultas} = 12.000 \text{ min} = 200 \text{ horas}$$

Ajuste con la realidad

Nos preguntamos: ¿podemos hacerlo en nuestras condiciones y con nuestros recursos? En nuestro ejemplo, las 450 horas anuales necesarias para el control de todas las embarazadas esperadas se puede cumplir ampliamente con un médico generalista o tocoginecólogo que use sólo una parte de su tiempo contratado.

Se estima que un médico contratado por 30 horas semanales (6 horas diarias) trabaja en promedio 250 días anuales (deducidas las vacaciones y ausencias por enfermedad o capacitación), es decir:

$$6 \text{ horas} \times 250 \text{ días} = 1.500 \text{ horas al año}$$

O sea que esta actividad de 450 horas al año le va a insumir sólo un tercio de las horas contratadas.

Ejemplo N° 2: Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año

Siguiendo con el ejemplo anterior: para una población total de 10.000 habitantes se aplica la tasa de natalidad del 2,5%, lo que resulta en 250 niños menores de 1 año.

A partir de esta cifra continuamos la programación. Respecto a la cobertura: ¿controlaremos a todos o solamente a una parte? ¿Algunos niños tienen riesgos o daños que requieran una atención especial?

Según las normas:

Los recién nacidos serán controlados dos veces en el primer mes. Se estiman 30 minutos para cada consulta.

$250 \text{ niños} \times 2 \text{ consultas} \times 30 \text{ min} = 15.000 \text{ min} = 250 \text{ horas}$

Los niños de 1 a 11 meses eutróficos y sin otros riesgos biológicos o sociales pueden ser estimados en un 80% del total de niños menores de 1 año. En nuestro ejemplo son:

$200 \text{ niños} \times 10 \text{ consultas} \times 15 \text{ min} = 30.000 \text{ min} = 500 \text{ horas}$

Entre las patologías más frecuentes se encontrarán los de bajo peso al nacer (7%) y los desnutridos (13%). Se deberá estimar que alrededor del 20% de nuestra población menor de 1 año requerirá un control de 15 minutos cada 15 días:

$50 \text{ niños} \times 24 \text{ consultas} \times 15 \text{ min} = 18.000 \text{ min} = 300 \text{ horas}$

Cálculo de recursos humanos

Para el control de 250 recién nacidos se requerirán 250 horas médicas anuales.

Para el control de 200 niños eutróficos y sin riesgos: 500 horas médicas anuales.

Para el control de 50 niños desnutridos o con riesgos: 300 horas médicas anuales.

Si sumamos el total de horas necesarias tendremos 1.050 horas médicas anuales para atender al total de niños menores de 1 año.

Ajuste con la realidad

Nos preguntamos: ¿podemos hacerlo en nuestras condiciones y con nuestros recursos? ¿Las horas médicas disponibles son suficientes? ¿Estamos en condiciones de aplicar las normas? ¿Será necesario disminuir la meta de cobertura del 100%?

En nuestro ejemplo tenemos:

4 médicos x 6 horas diarias contratadas x 250 días laborables = 6.000 horas médicas disponibles.

El control del embarazo al total de las embarazadas esperadas según las normas es igual a 450 horas.

El control de todos los niños menores de 1 año esperados según las normas es de 1.050 horas.

BIBLIOGRAFÍA

Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública de Cuba - Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa (1996), "Taller de Planificación estratégica en la gestión hospitalaria".

Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan E. Jara (2002), "Curso de Epidemiología General. Módulo: Rol de la epidemiología en la planificación estratégica".

Ministerio de Desarrollo Humano (1997), "Taller de Programación local participativa de salud", Coordinador docente: Julio Monsalvo.

Ministerio de Salud Pública de Ecuador (1991), "Manual de programación local en el nivel de atención básica".

Moreno, Elsa et al. (2000), *Guía de programación local de actividades de salud materno-infantil*, Ministerio de Salud de la Nación [en línea], dirección URL: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/14-Guiaproglocal.pdf>

Paganini, José María (1990), "Programación en los sistemas locales de salud", en *Publicación Científica N° 519*, Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud, Washington D.C.

Zurita, Alfredo (1993), "Módulo: Planificación sanitaria", Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional del Nordeste.

Partos en establecimientos oficiales en relación a los nacidos vivos ocurridos

AÑOS	NACIDOS VIVOS OCURRIDOS	PARTOS EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS	PORCENTAJE
1996	12.819	10.057	78,4
1997	12.209	9.715	79,6
1998	12.239	9.729	79,5
1999	12.446	10.519	84,5

Razón consultas externas / egresos hospitalarios

AÑOS	CONSULTAS MÉDICAS	EGRESOS HOSPITALARIOS	RAZÓN CONSULTAS / EGRESOS
1995	774.079	32.591	1 inter. cada 24 consultas
1996	859.674	34.036	1 inter. cada 25 consultas
1997	1.022.244	36.350	1 inter. cada 28 consultas
1998	1.133.834	38.359	1 inter. cada 30 consultas
1999	1.168.218	38.973	1 inter. cada 31 consultas

Cobertura de inmunizaciones

VACUNAS	Años				
	1995	1996	1997	1998	1999
BCG	45%	36%	54%	74%	88%
Antisarampionosa	85%	102%	103%	113%	87%
Antitetánica	33%	67%	75%	90%	83%
Sabin	66%	82%	92%	100%	96%
Triple bacteriana	37%	81%	91%	98%	93%

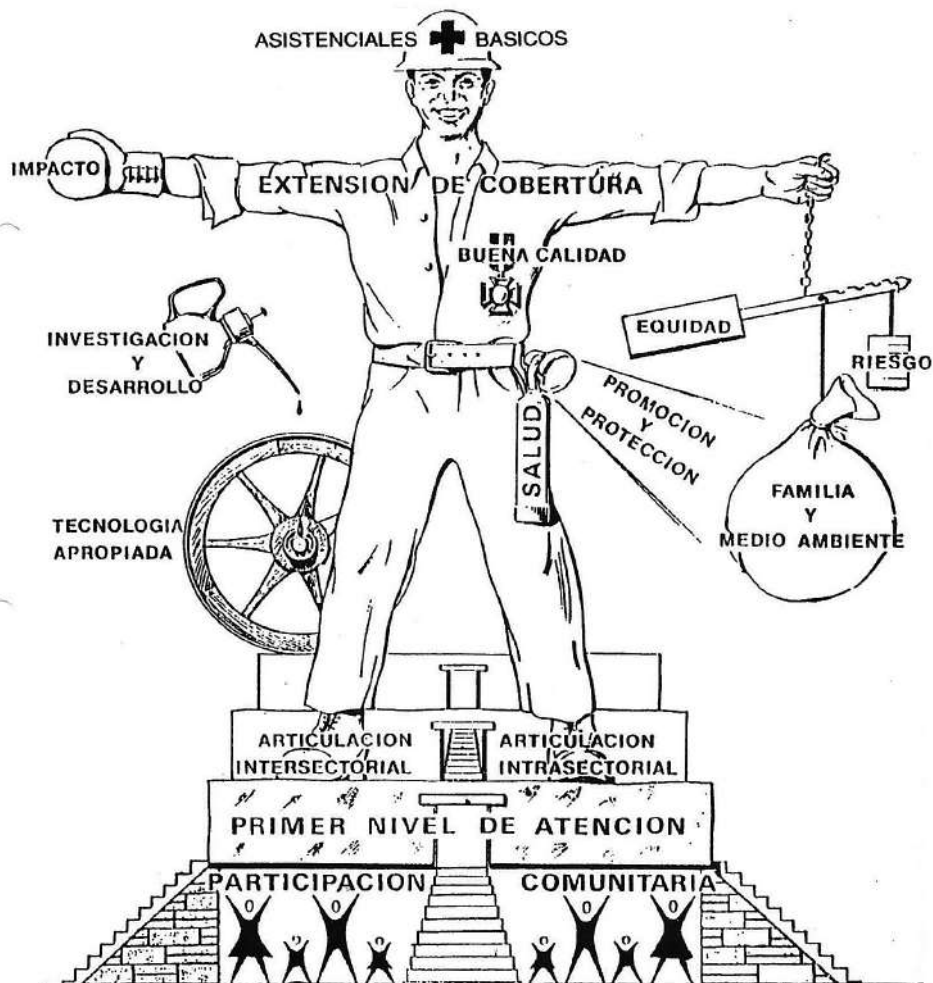
Lo desarrollado tiene una aplicación efectiva y es solamente el relato desde donde empezamos. A partir de allí el sistema se fue desarrollando hasta llegar adonde estamos hoy. Significó un gran esfuerzo para el gobierno provincial en un contexto nacional de gran restricción de recursos y estrechez presupuestaria. Aun así, el gobernador Insfrán tomó la decisión de realizar inversiones en infraestructura y equipamiento, que sirvieron de base para el desarrollo del sistema de salud provincial.

Como ejemplo, cito las inversiones en infraestructura entre 1996 y 1999 que llegaron a \$ 27.550.404,96, y en equipamiento, en el mismo lapso de tiempo, por una suma de \$ 10.148.673. Deseo recordar que la paridad con el dólar era de 1 a 1.

Las estadísticas nos ayudan.



ANEXOS



Esquema tomado del libro Atención primaria de salud. Áreas programáticas (1996), del Dr. Jorge Daniel Lemus.

GUÍA METODOLÓGICA PARA EL CONOCIMIENTO DEL ÁREA PROGRAMÁTICA. APOYO A LAS PASANTÍAS Y/O ROTACIONES DE PROFESIONALES RESIDENTES

Propósito de esta guía

Como lo expresa el título, este documento es sólo una guía. Se aspira que, quien sea residente, pueda contar con un instrumento que ayude al reconocimiento y recolección de datos, y que le permita obtener un conocimiento del área programática de un efector del sistema de salud pública.

Consideraciones previas

Salud pública

La salud pública es reconocida, más que como una disciplina, como una ciencia social. Sus objetos de estudio son las condiciones de salud de las poblaciones y su entorno. En otras palabras, debe ocuparse de la salud de los ecosistemas y sus poblaciones. Esto significa que tiene que abordar aspectos sanitarios, sociales, políticos, económicos y ambientales.

La salud pública es también una ciencia que aporta a la gestión del cuidado de la salud colectiva. En síntesis: la salud pública es la salud del pueblo.

Epidemiología

Una de las disciplinas indispensables para la salud pública es la epidemiología. Es importante tener presente el origen de esta denominación: *epi*, sobre; *demio*, de demos, pueblo; *logía*, estudio. En suma, estudio

de lo que le ocurre al pueblo. Pero en la práctica esto se ha reducido al “estudio de la distribución de las enfermedades y sus causales”.

La distribución clásica tiene tres variables: personas, lugares, tiempos. Sin embargo, lo que le ocurre al pueblo son fenómenos de no-salud y también de salud. Esto último es todo un desafío: estudiar los fenómenos saludables y sus factores asociados. Se hace necesario abordar la epidemiología social a los efectos de una comprensión más profunda y dinámica de los fenómenos de salud y de no-salud.

La epidemiología social incluye a la historicidad como una variable para el análisis científico. Una manera concreta de operativizar estos estudios en profundidad es incluir los datos cualitativos.

Área programática

El concepto de área programática es operativo en la gestión de la salud pública. Cada efector de salud, sea hospital o centro de salud, tiene a su cargo un área geodemográfica de responsabilidad y también el cumplimiento en su área local de las políticas de salud provinciales.

Las políticas de salud pública deben garantizar el cuidado de la salud de la población, en tanto, como dijimos, la salud pública es la salud del pueblo.

Por ello, todos los programas establecidos desde la conducción central deben tener autonomía operativa en cada área programática, e incluso aquella debe ser la responsable del cuidado de la salud de ese ecosistema local que es el área programática, ya que la salud de las personas está relacionada con todos sus componentes: suelo, agua, flora, fauna, aire.

Objetivos de la pasantía en un área programática

Se proponen los siguientes objetivos docentes a lograr mediante la pasantía de la/el profesional residente por un área programática:

1. Saber reconocer y recolectar datos cuantitativos y cualitativos que permitan conocer el área programática.

2. Saber sistematizar los datos y describir la situación de vida, en general, y de salud, en particular, de la(s) comunidad(es) del área programática (población y entorno).
3. Tener capacidad de identificar problemas sanitarios de la población, del ambiente y de los servicios locales, así como también respetar, receptar y revalorar los conocimientos y procederes locales que poseen y practican las personas y familias de diversas culturas.
4. Desarrollar aptitudes y actitudes para interactuar con personas y familias de la comunidad de diversas culturas y también con diferentes instituciones del medio: escuelas, clubes, iglesias, radioemisoras, centros vecinales, etc.
5. Desarrollar capacidades para elaborar propuestas de abordaje a los problemas identificados, y también para diseñar nuevos estudios.
6. Realizar aportes al sistema local.

Etapas del trabajo

1. Taller pre-pasantía: discusión de la guía y de los objetivos, y adquisición de algún aporte a realizar por parte de la/el profesional residente.
2. Pasantía en terreno: quince días en un área rural y otros quince días en un área urbana.
3. Taller post-pasantía: elaboración del informe.
4. Comunicación del informe en una instancia evaluativa con participación de la conducción del área programática.
5. Devolución del informe en forma presencial al área programática (la conducción dispondrá el ámbito y los participantes del sector y de otros sectores, y de la comunidad en general, según sean las circunstancias).

Trabajo en terreno

Previo al trabajo en terreno, se sugiere munirse de toda la información disponible respecto al área programática en los niveles centrales de las distintas áreas de gobierno: salud, educación, producción y otras.

1. Marco general

- Mapa de la provincia: identificación de los departamentos, de los distritos sanitarios y de sus áreas programáticas.
- Plano de la ciudad de Formosa: identificación de los distritos sanitarios y sus áreas programáticas.
- Cartografía del área programática donde se realiza la pasantía (mapa detallado).
- Límites precisos del área, la superficie y los asentamientos poblacionales.
- Identificación de instituciones, tanto gubernamentales (escuelas, delegaciones, etc.) como no-gubernamentales y civiles (iglesias, clubes, cooperativas, etc.).
- Reconocimiento de las vías de comunicación. Medios de transporte interno y a otros centros (especialmente a los centros sanitarios de referencia). Costos.
- Condiciones climáticas. Régimen de lluvias. Precipitaciones anuales. Transitabilidad de caminos. Períodos de intransitabilidad. Hidrografía, comportamiento de ríos y arroyos.
- Acceso al agua: fuentes de provisión, distribución, tratamiento.
- Reconocimiento de tratamiento y destino de residuos y excretas.
- Acceso a los alimentos: alimentos del bosque nativo, existencia, recolección, producción local de alimentos, modos de producción (orgánico, convencional, transgénicos), autoconsumo, mercadeo local, provisión externa, almacenamiento, distribución, comercialización.
- Existencia de recursos locales naturales para el cuidado de la salud: plantas nativas y/o cultivadas (grasas, fangos, otros).
- Determinación de venta de bebidas alcohólicas en el área o en algunos de los sectores.
- Determinación de venta de cigarrillos.
- Población del área (según último censo). Identificación de sectores.
- Número y tipo de viviendas (según último censo).
- Visita de sectores y construcción de una tipología local de viviendas.
- Disponibilidad del fluido eléctrico. Regularidad. Fuente. Costos.
- Establecer el número absoluto de nacidos vivos, cuyas madres sean residentes del área, durante los últimos cinco años. De ser

posible, determinar cuántos nacieron en el área y cuántos fuera de ella. Asimismo, determinar en el área cuántos niños nacieron cuyas madres sean residentes de otras áreas.

- Número de niños menores de 1 año fallecidos durante los últimos cinco años.
- Construir tasas de mortalidad infantil año por año aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Total de niños menores de 1 año fallecidos durante el año}}{\text{Total de niños nacidos vivos durante el año}} \times 1000$$

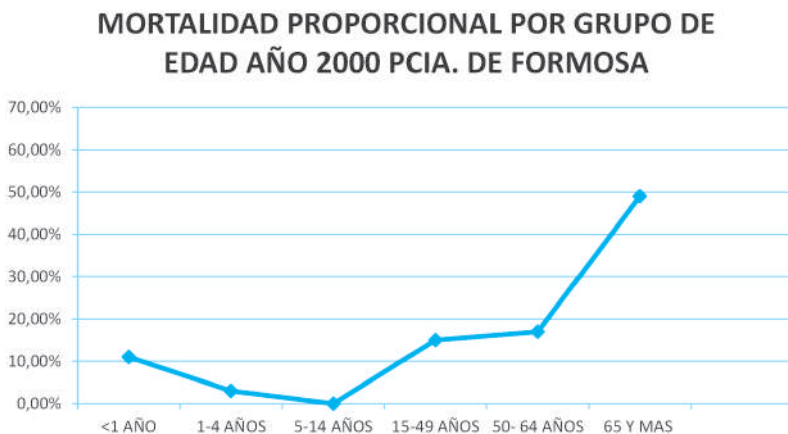
- Construir tasas de mortalidad de niños de 1 año aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Total de niños de 1 año fallecidos durante el año}}{\text{Total de niños nacidos vivos el año anterior} - \text{Menos niños menores de 1 año fallecidos}} \times 1000$$

- Distribuir el número de fallecidos durante los últimos cinco años en los siguientes grupos etarios: 0-1; 1-4; 5-14, 15-49; 50-69; 70 y más años.
- Obtener un porcentaje de fallecidos en cada grupo etario respecto al total de fallecidos aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Total de fallecidos en el grupo etario}}{\text{Total de fallecidos}} \times 100$$

- Construir un gráfico que muestre la distribución de los fallecimientos por grupo etario, tal como lo muestra el ejemplo:



- Escolares inscriptos en los establecimientos educativos en todos los niveles.
- Identificación de las distintas actividades económicas en el área.
- Características del gobierno local: categoría de municipio, radio de acción, servicios, etc.

2. Sector Salud

Efactor sanitario responsable del área:

- Nivel de complejidad.
- Trabajadores de salud: número, competencias, funciones.
- Atención de la demanda:
 - Externa: consultas médicas, odontológicas, de enfermería, otras.
 - Internación: camas generales o por servicio (porcentaje ocupacional).
 - Derivaciones.

Otros servicios que se prestan:

- Disponibilidad de vehículos.
- Medios de comunicación.

Efectores periféricos:

- Número (ubicarlos en el mapa).
- Característica de cada uno de ellos.
- Servicios que prestan.

Establecimientos privados (si los hubiera):

- Número (ubicación en el mapa).
- Características.
- Servicios que prestan.

3. Otros sectores

El residente seleccionará visitas a otros sectores gubernamentales que considere que están o deberían estar relacionados con la gestión en salud del área programática, y debe describir las características más relevantes de cada uno de ellos (servicios que se prestan, relación con el sistema sanitario, etc.). Por ejemplo, escuelas, delegaciones de ministerios provinciales y nacionales, programas especiales (Programa Social Agropecuario, Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria, etc.), destacamentos policiales, Gendarmería y otros. Asimismo, hará lo propio con instituciones no gubernamentales, como radioemisoras, canales de televisión locales, clubes, iglesias, comisiones vecinales, etc.

4. Reconocimiento y recolección de datos cualitativos

Ejemplos:

- a) Mediante entrevistas y observación participante, obtener información de las personas mayores respecto a cómo se alimentan y atienden sus problemas de salud (ver guía sugerida).
- b) Requerir opiniones, sugerencias, propuestas, etc., por parte de trabajadores de la salud, de personas que esperan en los establecimientos, y de vecinos y familias en donde se hayan registrado fallecimientos y/o defunciones.

Se sugiere tener en cuenta las “Guías para entrevistas” (no son encuestas) propuestas para la comisión NACYDEF (nacimientos y defunciones).

Sugerencias para el informe final

A los efectos de que el taller post-pasantía sea optimizado, se sugiere:

1. Elaborar un informe escrito sobre cada punto de esta guía.
2. Analizar la información cuantitativa y cualitativa.
3. Efectuar comentarios interpretativos.
4. Identificar problemas y dificultades, y factores facilitadores de la gestión en salud.
5. Elaborar propuestas y sugerencias.
6. Realizar comentarios evaluativos del trabajo.

GUÍA METODOLÓGICA PARA EL CONOCIMIENTO DEL ÁREA PROGRAMÁTICA

Se sugiere utilizar la guía para la recolección de datos cuantitativos y cualitativos en el lugar asignado de trabajo o, si el grupo lo prefiere, elegir un área concreta para hacer el estudio.

FICHA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: ENTREVISTAS A PERSONAS MAYORES

Tema: Alimentación y cuidado de la salud

Preguntas guía de las entrevistas:

¿Cómo se alimentaban antes en su niñez y juventud?

¿Cómo se curaban antes?

Guía de ordenamiento de datos

I. La alimentación de antes

¿Dónde vivía? ¿En el campo, ciudad, un barrio?

¿Qué alimentos consumía?

¿Cómo se preparaban?

¿Quién los preparaba?

¿Qué comían los bebés, los niños, los mayores?

¿Qué otras costumbres había de comidas, bebidas, etc.?

Otros comentarios:

II. El cuidado de la salud de antes

¿Dónde vivía?

¿De qué se enfermaba?

¿Cómo se curaban?

Si usaban alguna planta, ¿cuáles eran? ¿Qué parte? ¿Dónde las recogían? ¿Cómo? ¿Cómo las preparaban? ¿Para qué las usaban?

¿Quién sabía de plantas? ¿A quién le daban?

Si usaban remedios caseros, ¿cuáles? ¿Cómo se preparaban? ¿Para qué eran esos remedios? ¿Quién los preparaba? ¿Para quiénes lo usaban?

Otras cosas que usaban para curar:

Cosas que hacían para no enfermarse:

Otros comentarios:

Datos de la persona entrevistada

Nombre: Edad:

Domicilio:

Fecha:/...../..... Firma del estudiante:

Guía para entrevistas a familias (y eventualmente a vecinos y otros) donde ha ocurrido un nacimiento

NACIMIENTO

Comunidad:

Nombre del recién nacido:

Fecha de nacimiento:/...../.....

Nombre de la mamá: Edad:

¿Dónde nació?

¿Quién atendió el parto?

¿Con qué peso nació?

¿Hubo problemas?

Si hubo, ¿de qué tipo? ¿Enfermedad? ¿Familiar? ¿De atención? ¿De traslado? ¿Otro?

¿Tuvo algún problema la mamá?

¿Tuvo algún problema el niño?

¿Cómo se desarrolló el embarazo?

Si hubo problemas, ¿de qué tipo?

¿Cómo se resolvió?

¿Tuvo otros hijos?

¿Cuántos?

¿Viven todos? ¿Qué edades tienen ahora?

Si falleció alguno, ¿a qué edad?

POR FAVOR: Anotar opiniones de la familia, de vecinos, de la comunidad (acerca de otros problemas, de satisfacción o no, estados de ánimo, etc.).....

Nombre de quien recogió los datos:

Fecha:/...../.....

Guía para entrevistas a familias (y eventualmente a vecinos y otros) donde ha ocurrido un fallecimiento

FALLECIMIENTO

Comunidad:

Nombre de la persona fallecida:

Edad:

(Si es un niño, anotar fecha de nacimiento:/...../.....)

¿Dónde falleció?

¿Alguien lo atendió? ¿Quién?

¿Dónde?

¿Qué ocurrió?

.....

POR FAVOR: Anotar opiniones de la familia, de vecinos, de la comunidad (acerca de problemas, de satisfacción o no por la atención o atenciones, estados de ánimo, otras personas que actuaron, dificultades, etc.).

.....

Nombre de quien recogió los datos:

Fecha:/...../.....

VISITANDO HOGARES

Reconocer datos cualitativos en los siguientes relatos.

Son hechos reales registrados en la Provincia del Chaco. Los nombres son ficticios.

-I-

Juana, 34 años, cuatro niños pequeños. Queda embarazada. Ella y su esposo saben que padece diabetes. No consulta durante el embarazo. Llega el parto; se descompensa y fallece en el hospital. Los médicos señalan la falta de control prenatal.

En la visita al hogar, el esposo, de profesión albañil, muestra con orgullo su casa de material construida por él mismo con ayuda de Juana. Comparte un álbum de fotografías y cuenta cómo su esposa trabajaba en la casa y cuidaba a sus cuatro niños.

Todos los niños presentan su carné de vacunas, y están correctamente vacunados. Los dos pequeños eran llevados por su mamá al centro de salud y recibían la ración de leche en polvo. Durante los meses de su embarazo, Juana concurrió con sus niños al centro de salud por lo menos diez veces.

En plena puesta en marcha de un programa materno-infantil, declarado de alta prioridad por el gobierno de la provincia, durante esos contactos nadie conversó con Juana ni le preguntaron por su embarazo, que era notoriamente evidente.

-II-

Rogelio, 32 años, changarín. Cuatro hijos. Fallece por tuberculosis. La ficha clínica indica “abandono de tratamiento”.

La visita al hogar nos revela los múltiples desplazamientos de Rogelio a distintas localidades del interior para hacer “changas”.

Su esposa nos cuenta de las oportunidades en las que fue al hospital a las cuatro de la mañana para conseguir turno para la atención médica. El día que logró un turno, el médico no fue.



Teresa, 17 años, tiene un niño pequeño y está embarazada. Vive en un barrio muy alejado del centro de la ciudad. Una tarde consulta a un médico de barrio, quien le indica una inyección de penicilina. A las pocas horas se siente muy mal. Son muy pobres y no tienen más dinero que para pagar un solo pasaje en el transporte colectivo.

Teresa se traslada al hospital “del centro”, y su marido se queda cuidando a su hijo. En la guardia del hospital advierten que está muy mal, y como Teresa manifiesta estar embarazada, se dispone la internación en el servicio de obstetricia sin ser examinada.

Una enfermera se acerca y le exige que le cuente quién le ha hecho el aborto. Teresa le explica que ella no se ha hecho ningún aborto. La enfermera insiste, aduciendo que “conoce a las chinitas de ese barrio”, y le amenaza con llamar a la policía. Teresa, asustada, se va por sus propios medios del hospital.

A medianoche queda inconsciente. Un vecino la lleva en su camioneta al hospital, donde es revisada por primera vez. Se constata un útero correspondiente a un embarazo de cuatro meses y se aprecia un cuello normal con orificio cerrado.

A las pocas horas, Teresa fallece y en el certificado de defunción figura: “Shock anafiláctico”.

CHARLANDO EN EL CAMPO

Reconocer datos cualitativos en los siguientes relatos.

-|-

¡Me quedé toda la noche!

Es el invierno del 91. Participo de un encuentro con grupos de campesinas y campesinos organizados en la zona de la cuenca del Río Salado Norte, en la Provincia de Santiago del Estero.

Me asombro de la percepción del ser humano como un ser integral. Una visión ecosistémica. Nada de separar el cuerpo por un lado y el alma por el otro, y tampoco ponerse frente a la naturaleza, sino ser parte de ella.

Se habla mucho de todos los problemas que vienen en el invierno: toses, catarrros, fiebres, resfríos, gripes...

Comparten conocimientos y el uso de remedios “probados y comprobados”. Me piden que dé algún parecer. Se me ocurre contar cómo se presentan los primeros síntomas de las “toses peligrosas”. La neumonía es una enfermedad que cobra muchas vidas de niñas y niños y de personas ancianas en este norte argentino.

Doña Elena me escucha muy atentamente. Ella vive en un paraje muy lejano. Y nos cuenta a todos...

“¡Eso que nos dice Julio lo vi en una vecinita de 9 años! La mamá me llamó porque la veía mal. Y sí, cuando llegué la vi muy grave...”.

Y aquí Doña Elena se explaya con lujo de detalles todo lo que percibía en la niña. ¡Estaba describiendo una neumonía “de libro”!

“Lo primero que hice fue rezar. Encomendarme”.

Doña Elena va explicando cómo preparó un fuego adecuado para que la niña recibiera vapor de agua. Luego nos va diciendo de qué manera dobló un paño y lo calentó con una “plancha de carbón” para aplicar el calor sobre el pecho de la niña. Y añade:

“Me quedé, me quedé toda la noche sosteniendo la mano de la niña. ¡Al amanecer, la chiquita estaba mejor!”.



Enseñando a pesar niñas y niños

Jóvenes de la comunidad El Timbó, al norte de Santa Fe, se enteran de que otros grupos realizan en forma comunitaria el trabajo de controlar el peso de sus niños, y manifiestan el deseo de aprender.

Se facilita el traslado a la comunidad El Gusano, junto al arroyo del mismo nombre. Allí las doñas se reúnen todos los martes para ver juntas algún aspecto que hace a la salud.

El cuarto martes de cada mes está destinado a la pesada de los chicos. Allí, cada mamá tiene una fotocopia con las gráficas de crecimiento y le han agregado algunas hojitas con otros temas, como las vacunas. Ellas la llaman “La libreta del buen desarrollo”.

Es una tarde muy agradable de ese otoño de 1998. Llegamos, y todo está preparado en el salón comunitario: agua fresca, tortas fritas, mate, sillas y la balanza “pilón” ya atada a una rama de un árbol del lindo patio. Vemos copias ampliadas de las gráficas “peso/edad”. También está el amigo vecino que ayudará a alzar a los chicos para pesarlos.

Todo está listo para la práctica, sin embargo, las doñas del lugar, además de expresar su alegría por la visita de las chicas y los chicos tan jóvenes (todos de más o menos 20 años de edad), y de estar muy dispuestas a enseñar, se toman “el tiempo del mundo” para contar porqué lo hacen...

“Lo hacemos porque nos sentimos muy bien al ver que nosotras podemos. Ya no tenemos que depender del hospital, ir temprano al pueblo y hacer largas filas de espera... Pesar a nuestros chicos entre todas nos da mucha alegría al ver cómo los chicos están bien. Hacer esto es hacer un camino de libertad”.



La lección de vida de Doña Santa

El 9 de octubre de 1993 cae sábado. Las doñas de Fortín Olmos, allá en la Cuña Boscosa del Chaco santafesino, están convocadas a celebrar un cumpleaños. ¡Dos años cumple el costurero de la zona! En realidad, “costurero” se le llama al lugar de encuentro de los grupos de mujeres, quienes, además de coser prendas y confeccionar vestuarios, se reúnen para charlar y hacer un montón de otras cosas, como compartir nuevas recetas de cocina, remedios caseros, reconocer plantas y mucho más.

Desde la mañana tempranito vienen llegando las mujeres desde distintos parajes. La parroquia, que es el lugar físico del encuentro, posee un tentador patio con muchos árboles y plantas.

En la cocina se está preparando el almuerzo. En el salón ya luce la torta con sus dos velitas.

Las mujeres comienzan a conversar acerca de las plantas que van encontrando en ese patio y de sus propiedades para ayudarnos al cuidado de la salud. Forman grupos, las reconocen, arrancan algunos gajos de plantas cuyas hojas son usadas para hacer infusiones. Los sujetan con cinta engomada sobre papeles, y allí van anotando las indicaciones de cada una de esas plantas.

Mucho entusiasmo y risas. Observo que una señora anciana que estaba en uno de los grupos se aparta y se sienta a la sombra de uno de los árboles... sola.

Antes del almuerzo se improvisa un plenario. Se exponen todos los “papelógrafos”, compartiendo el reconocimiento de las plantas, sus propiedades y maneras de administrarlas.

Nuestra señora anciana permanece en silencio.

Viene el almuerzo... Antes del postre se prenden las velitas de la torta y se canta el cumpleaños feliz.

Otra vez, todas las mujeres y los pocos varones que participamos nos vamos al patio bajo los árboles. Mario, el doctor del pueblo, pide

dar una charla acerca de la meningitis, ya que se escucha mucho por la radio sobre esta enfermedad, dado que se están registrando muchas personas que se enferman en la provincia y en el país.

Antes de despedirnos, alguien solicita que también hable Don Julio. Me limito a manifestar mi alegría por tanta sabiduría de las doñas allí presentes acerca de las plantas.

Ya que están presentes numerosas chicas jóvenes, les ruego que se ocupen para que ese conocimiento no se pierda, que pregunten a sus abuelas, a sus tías, a sus mamás.

Nuestra anciana no ha perdido palabra de todo lo expresado por el doctor Mario y por mí. Levanta su mano y le dice a quien coordina: “Yo quiero decir algo, Doña Nildita”.

“¡Por supuesto, Doña Santa, cómo no! ¡Adelante!”, le responden.

Y lo que relato a continuación es una adaptación muy abreviada de lo mucho que Doña Santa nos compartió por unos cuarenta minutos... Todas y todos escuchándola en silencio y con mucho respeto.

“Esta mañana, cuando vi que las doñas hablaban de las plantas, quise contarles algo de lo mucho que me enseñó mi padre, pero vi que algunas mujeres se reían y, entonces, yo, Doña Santa, ‘me cosí la boca’.

Pero lo que dijeron el doctor Mario y don Julio me anima a hablar.

En primer lugar, no es cosa de agarrar una planta así nomás y arrancarla. No. Las plantas son seres vivos que hizo Dios, igual que a mí y a todos nosotros.

Tenemos que tratarlas bien, hablarles, pedirles permiso si vamos a tomar algo de ellas para curar a alguien. Explicarles para quién es y porqué les vamos a pedir una hojita, un cogollito o una flor.

Hay que saber muy bien qué parte vamos a tomar, si es una planta que tiene menos de cinco años o más; si es de las que debemos tomar una parte de ella por la mañana, antes de que el rocío se vaya; o si es de las que tenemos que pedirle su partecita por la noche.

Tampoco es cuestión de hacer un ‘té para el hígado’. ¡No! ¿Es el hígado el que funciona mal? ¿Y qué le pasa? Y sobre todo, ¿por qué está mal? ¿Qué estamos haciendo con nuestras vidas? No es cuestión de vivir de cualquier manera, comer cualquier cosa, y si uno se siente mal tomar un té y luego seguir haciendo lo mismo...

¿Le hacemos caso al Sol? ¿Nos levantamos y nos acostamos con él? ¿Qué hacemos cuando nos despertamos? ¿Damos gracias por estar vivos, como hacen los pajaritos cuando cantan? ¿Abrazamos a los árboles?”.

Y así, doña Santa sigue desgranando conocimientos sobre la alimentación, sobre las relaciones entre las familias y los vecinos, sobre los estilos de vida saludables. El tiempo pasa sin sentirlo... Y al final nos dice:

“...hay una cosa que no sé, que no aprendí: leer, yo no sé leer”.

FRAGMENTOS DE LA CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD⁴

Los ESTADOS partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

4 La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. Mond. Santé*, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26^a, la 29^a y la 39^a Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38 y WHA39.6), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984 y el 11 de julio de 1994, respectivamente, se han incorporado al presente texto.

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

ACEPTANDO ESTOS PRINCIPIOS, con el fin de cooperar entre sí y con otras en el fomento y protección de la salud de todos los pueblos, las Partes Contratantes convienen en la presente Constitución y por este acto establecen la Organización Mundial de la Salud como organismo especializado de conformidad con los términos del artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas.

CONSTITUCIÓN DE LA PROVINCIA DE FORMOSA (Reformada en 2003)

Artículo 80.- El Estado reconoce a la salud como un proceso de equilibrio bio-psico-espiritual y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad; y un derecho humano fundamental, tanto de los individuos como de la comunidad, contemplando sus diferentes pautas culturales.

Asumirá la estrategia de la atención primaria de la salud, comprensiva e integral, como núcleo fundamental del sistema de salud, conforme con el espíritu de la justicia social.

Artículo 81.- El Estado asegura los medios necesarios para que, en forma permanente, se lleven a la práctica los postulados de la atención primaria de la salud, comprensiva para lograr el más alto nivel posible en lo físico, mental y social de las personas y comunidades, mediante:

- 1) La constante promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud de todos los habitantes de la Provincia, priorizando los grupos de alto riesgo social, asegurando una atención igualitaria y equitativa.
- 2) La capacitación permanente de los efectores de salud, en todos los niveles de atención, como asimismo de la comunidad, para que esta sea protagonista de su proceso de salud.
- 3) La planificación y evaluación participativa de las acciones de salud, orientadas fundamentalmente en las enfermedades y males sociales, socio-ambientales, endemo-epidémicos y ecológico-regionales.
- 4) La investigación social, biomédica y sobre los servicios de salud, orientada hacia los principales problemas de enfermedad de la población; el uso de tecnología apropiada científicamente válida y socialmente aceptada; y el suministro de medicamentos esenciales.

- 5) El contralor de las acciones y prestaciones médico-sanitarias, teniendo como referencia los principios éticos del ejercicio profesional.
 - 6) Toda otra acción del sistema de salud e intersectorial, que convenga a los fines del bienestar de los individuos y tendiente a mejorar la calidad de vida de la población.
 - 7) La confección y utilización obligatoria por los organismos efectores de un vademécum medicamentoso básico social adecuado a las patologías regionales.
- El Estado provincial promoverá la legislación correspondiente.

SÍNTESIS: CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dr. Julio Monsalvo

Siglo XX

Hasta los años 40

Salud = no enfermedad; medicina clínica; atención individual (“al lado de la cama del enfermo”); enfermedades por “causas externas”.

1902: Se funda la Oficina Sanitaria Internacional (luego Organización Panamericana de la Salud).

Años 1940-1960

1945: Fin de la Segunda Guerra Mundial.

24 de octubre de 1945: Creación de la Organización de las Naciones Unidas.

1949: Creación del Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina. Ramón Carrillo (1906-1956) es el primer ministro de Salud.

07 de abril de 1948: Creación de la Organización Mundial de la Salud.

10 de diciembre de 1948: Declaración Universal de Derechos Humanos.

Auge de la salud pública como técnica.

Años 70

Salud como un hecho político.

Conferencias regionales e internacionales sobre atención primaria de salud (OMS-UNICEF).

06-12 de diciembre de 1978: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud – Alma Ata (Kazakstán). Participaron 134 gobiernos y 67 organizaciones y ONGs.

La Declaración de Alma Ata: conceptos y postulados de la atención primaria de salud comprensiva e integral, universal, incluyente.

Años 80

Deudas externas de los países del sur. Ajustes.

“Atención Primaria de Salud Selectiva”.

Otras apropiaciones del término: salud rural; medicina simplificada; primer nivel del sistema de atención de los problemas de salud; abaratamiento de costos.

Años 90

EE.UU. es la única superpotencia. Globalización neoliberal.

Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Organización Mundial del Comercio.

Pérdida de protagonismo de la ONU.

Explotación, exclusión, pérdida de la biodiversidad.

Movimientos de resistencia: Chiapas, Seattle, Jubileo 2000, ATTAC, etc.

LA DECLARACIÓN DE ALMA ATA⁵

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

1. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.
2. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable, y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
3. El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido, y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.
4. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

⁵ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (6-12 de septiembre de 1978).

5. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo, conforme al espíritu de la justicia social.
6. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena 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 un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.
7. La atención primaria de salud:
 - a) es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
 - b) se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

- c) comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
- d) entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
- e) exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
- f) debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
- g) se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

8. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.
9. Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.
10. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico, asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto elemento esencial de dicho desarrollo.

DECLARACIÓN PARA LA SALUD DE LOS PUEBLOS⁶

Presentación

La salud es un asunto social, económico y político, y sobre todo es un derecho humano fundamental. La desigualdad, pobreza, explotación, violencia e injusticia están a la raíz de la mala salud y de las muertes de l@s pobres y marginad@s. La salud para tod@s significa que los intereses poderosos tienen que ser cuestionados/disputados, que la globalización tiene que ser opuesta y que las prioridades políticas y económicas tienen que ser cambiadas drásticamente.

Esta declaración se construye sobre perspectivas de gente cuyas voces raras veces o casi nunca han sido escuchadas antes. Estimula a la gente a desarrollar soluciones propias y a apoyar autoridades locales, gobiernos nacionales, organizaciones y corporaciones internacionales confiables.

Visión

La equidad, el desarrollo ecológicamente sostenible y la paz son los ejes centrales de nuestra visión de un mundo mejor; un mundo en el cual una vida saludable para tod@s sea una realidad; un mundo que respete, aprecie y celebre toda vida y diversidad; un mundo que permita el florecimiento de los talentos y habilidades para enriquecer uno/a a otro/a; un mundo en el cual las voces de los pueblos guíen las decisiones que afectan nuestras vidas. Hay más que suficientes recursos para lograr esta visión.

6 Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos (Bangladesh, diciembre de 2000).

La crisis en salud

La enfermedad y la muerte diaria nos enojan. No porque haya tanta gente que se enferma o porque haya gente que se muere. Estamos molest@s porque las enfermedades y muertes tienen sus raíces en las políticas económicas y sociales que se nos imponen.
(Una voz desde Centroamérica)

En décadas recientes, los cambios económicos a nivel mundial han afectado profundamente la salud de la gente y su acceso a la atención en salud y otros servicios sociales.

A pesar de los niveles sin precedentes de riqueza en el mundo, la pobreza y el hambre se están incrementando. La brecha entre las naciones ricas y pobres, entre clases sociales, entre hombres y mujeres, y entre jóvenes y ancian@s, también se ha ampliado.

Una gran parte de la población mundial aún no tiene acceso a alimentos, educación, agua potable, saneamiento, vivienda, tierra y sus recursos, empleo y servicios de salud. La discriminación sigue prevaleciendo. Esto afecta tanto la incidencia de enfermedades como el acceso a la atención en salud.

Los recursos naturales del planeta están siendo agotados a una velocidad alarmante. La degradación ambiental resultante amenaza la salud de todo el mundo, sobre todo la salud de l@s pobres.

Ha habido un aumento de nuevos conflictos mientras las armas de destrucción masiva aún son una amenaza grave.

Los recursos mundiales están concentrados cada vez más en las manos de un@s poc@s que se esfuerzan en maximizar sus ganancias privadas. La política neoliberal y las políticas económicas son hechas por un pequeño grupo de gobiernos poderosos y por instituciones internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial del Comercio. Estas políticas, junto con las actividades no-reguladas de las empresas transnacionales, han tenido efectos severos en las vidas, así como en las formas de ganarse la misma, en la salud y el bienestar de poblaciones tanto en el Sur como en el Norte.

Los servicios públicos no están satisfaciendo las necesidades de la población; se han deteriorado como resultado de reducciones en los presupuestos sociales de los gobiernos. Los servicios de salud han llegado a ser menos accesibles, más inapropiados, y distribuidos de manera más desigual.

La privatización amenaza con socavar el acceso a la atención en salud aún más y a comprometer el principio esencial de igualdad. La persistencia de la mala salud prevenible, el resurgimiento de enfermedades como tuberculosis y malaria, y el surgimiento de nuevas enfermedades como VIH/SIDA, son recuerdos drásticos de la falta de compromiso de nuestro mundo con los principios de equidad y de justicia.

Principios de la Declaración de Salud de los Pueblos

- El logro del más alto nivel de salud y bienestar es un derecho humano fundamental, sin importar el color de la persona, su etnia, religión, género, edad, habilidades, orientación sexual o clase.
- Los principios de una Atención Primaria en Salud (APS) universal e incluyente –concebidos en la Declaración de Alma Ata de 1978– deberían ser la base para formular las políticas relacionadas con la salud. Ahora más que nunca se requiere de un enfoque equitativo, participativo e intersectorial.
- Los gobiernos tienen la responsabilidad fundamental de garantizar el acceso universal a una atención en salud de buena calidad, educación y otros servicios sociales de acuerdo a las necesidades de la población, no a su capacidad de pago.
- La participación de la población y de las organizaciones populares es esencial para la formulación, implementación y evaluación de todas las políticas y programas sociales y de salud.
- La salud es determinada primordialmente por el ambiente político, económico, social y físico, y debe ser de alta prioridad al elaborarse las políticas locales, nacionales e internacionales, junto con los temas de equidad y desarrollo sostenible.

Un llamado a la acción

Para combatir la crisis mundial de salud se necesita emprender acciones a todos los niveles –del individuo, de la comunidad, nacional, regional y mundial– y en todos los sectores. Las demandas presentadas a continuación proporcionan una base para la acción.

La salud como derecho humano

La salud es un reflejo del compromiso de una sociedad para tener equidad y justicia. La salud y los derechos humanos deberían prevalecer sobre los asuntos económicos y políticos.

Esta Declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Apoyar todos los intentos por implementar el derecho a la salud.
- Exigir que los gobiernos y organizaciones internacionales reformulen, implementen y cumplan con las políticas y prácticas que respetan el derecho a la salud.
- Construir movimientos populares de amplia base para presionar a los gobiernos a incorporar la salud y los derechos humanos en sus constituciones nacionales y su legislación.
- Luchar contra la explotación de las necesidades de salud de los pueblos.

Abordando los determinantes más amplios de la salud

Retos económicos

La economía tiene una profunda influencia en la salud de la población. Las políticas económicas que priorizan la equidad, la salud y el bienestar social pueden mejorar tanto la salud de la población como la economía.

Las políticas financieras, agrícolas, industriales y políticas que respondan primordialmente a necesidades capitalistas, impuestas por gobiernos nacionales y organizaciones internacionales, expropiaron a las personas de sus vidas y de sus formas de ganarse la vida. Los procesos de globalización económica y liberalización han incrementado las desigualdades entre naciones y al interior de las mismas.

Muchos países del mundo, y sobre todo los más poderosos, están utilizando sus recursos –incluyendo las sanciones económicas e intervenciones militares– para consolidar y expandir sus posiciones, con efectos devastadores en las vidas de los pueblos.

Esta Declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Exigir la transformación del sistema mundial de comercio para que deje de violar los derechos sociales, ambientales, económicos y de salud de la población y para que empiece a favorecer a los países del sur.
- Asegurar que estas reformas incluyan regímenes de propiedad intelectual como patentes y el acuerdo de Aspectos Relacionados a Comercio de los Derechos de la Propiedad Intelectual (TRIPS), y que haya un compromiso explícito dentro del marco de la Organización Mundial de Comercio (OMC) para apoyar todas las medidas para proteger la salud pública.
- Exigir la cancelación de la Deuda del Tercer Mundo.
- Exigir la transformación radical del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional para que estas instituciones reflejen y promuevan activamente los derechos e intereses de los países en desarrollo.
- Exigir una regulación efectiva para asegurar que las ETNs (Empresas Transnacionales) no tengan efectos negativos en la salud de las personas, no exploten su fuerza de trabajo, no degraden el medio ambiente ni invadan la soberanía nacional.
- Asegurar que los gobiernos implementen políticas agrícolas orientadas hacia las necesidades de la población y no a las exigencias del mercado, garantizando así la seguridad alimentaria y el acceso equitativo a alimentos.
- Exigir que los gobiernos nacionales actúen para proteger el derecho a la salud pública en las leyes de propiedad intelectual.

- Exigir el control e implementación de impuestos sobre los flujos de capital internacional especulativos.
- Insistir que todas las políticas económicas sean sujetas a evaluaciones con respecto a la salud, equidad, género e impacto ambiental, y que incluyan medidas regulatorias para asegurar su cumplimiento.
- Desafiar las teorías económicas centradas en el crecimiento y remplazarlas con alternativas que creen sociedades humanas y sostenibles. Las teorías económicas deben reconocer las limitaciones ambientales, la importancia fundamental de la equidad y la salud, y el aporte de la labor no pagada, sobre todo el trabajo no reconocido de las mujeres.

Retos sociales y políticos

Las políticas sociales generales tienen efectos positivos en las vidas y en los medios de ganarse la vida de las personas. La globalización económica y la privatización han perturbado profundamente a comunidades, familias y culturas. Las mujeres son esenciales para el sostenimiento de la trama social en todas partes, pero muchas veces sus necesidades básicas son pasadas por alto o negadas, sus derechos son violados y su dignidad como mujeres, violada.

Las instituciones públicas han sido socavadas y debilitadas. Muchas de sus responsabilidades han sido transferidas al sector privado, sobre todo a corporaciones, o a otras instituciones nacionales e internacionales que raras veces asumen su responsabilidad ante la población. Además, el poder de los partidos políticos y de los sindicatos ha sido severamente disminuido, mientras las fuerzas conservadoras y fundamentalistas están en auge. La democracia participativa en organizaciones políticas y en estructuras cívicas debería prosperar. Hay una necesidad urgente para fomentar y asegurar transparencia y responsabilidad.

Esta Declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Exigir y apoyar el desarrollo e implementación de políticas sociales amplias con plena participación de la población.
- Asegurar que todas las mujeres y los hombres tengan derechos iguales al trabajo, a la libertad de expresión, a la participación política, a ejercer la libertad de religión, a la educación y a vivir sin violencia.
- Presionar a los gobiernos para incorporar y hacer cumplir la legislación que proteja y promueva la salud física, mental y espiritual y los derechos humanos de grupos marginados.
- Exigir que la educación y la salud sean prioritarias en la agenda política. Esto implica una educación de buena calidad, gratuita y obligatoria para tod@s l@s niñ@s y adult@s, sobre todo para las niñas y mujeres, y una educación y atención de buena calidad para l@s de temprana edad.
- Exigir que las actividades de las instituciones públicas, tales como servicios de cuidado de l@s niñ@s, sistemas de distribución de alimentos y provisiones para vivienda beneficien la salud de las personas y las comunidades.
- Condenar y buscar la revocación de cualquier política –incluyendo la ocupación– que resulte en el desalojo o desplazamiento forzado de personas de sus tierras, hogares o empleos.
- Oponerse a las fuerzas fundamentalistas que amenazan los derechos y libertades de los individuos, sobre todo las vidas de mujeres, niñ@s y minorías.
- Oponerse al turismo sexual y al tráfico global de mujeres y de niñ@s.

Retos ambientales

La contaminación del agua y del aire, el cambio de clima brusco, la disminución de la capa de ozono, la energía nuclear y los desechos, los químicos tóxicos y los pesticidas, la pérdida de biodiversidad, la deforestación y la erosión del suelo tienen amplias consecuencias en la salud.

Las raíces causales de esta destrucción incluyen la explotación no-sostenible de los recursos naturales, la ausencia de una visión holística de largo plazo, la difusión de conductas individualistas y de la maximización de ganancias, y el sobreconsumo por l@s ric@s. Esta destrucción tiene que ser enfrentada y revertida inmediata y efectivamente.

Esta Declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Hacer responsable a las empresas transnacionales y nacionales, las instituciones públicas y los militares, por sus actividades destructivas y riesgosas que tienen impacto sobre el ambiente y la salud de la población.
- Exigir que todos los proyectos de desarrollo sean evaluados con criterios de salud y ambiente, y que se apliquen restricciones y precauciones cuando cualquier tecnología o política implique amenazas potenciales a la salud y al ambiente (el principio de precaución).
- Exigir que los gobiernos se comprometan rápidamente a las reducciones de los gases de invernadero de sus propios territorios, mucho más exigentes que los del acuerdo de cambio de clima internacional, y que no utilicen tecnologías y prácticas peligrosas o inapropiadas.
- Oponerse al traslado de industrias peligrosas y de desechos tóxicos y radioactivos hacia países más pobres y comunidades marginadas, y promover soluciones que minimicen la producción de desechos.
- Reducir el sobreconsumo y estilos de vida no-sostenibles, tanto en el Norte como en el Sur. Presionar a los países industrializados ricos a reducir su consumo y contaminación en un 90%.
- Exigir medidas para asegurar salud y seguridad ocupacional que incluyan el monitoreo de condiciones de trabajo centrado en l@s trabajadores.
- Exigir medidas de prevención de accidentes y heridas en el lugar de trabajo, en la comunidad y en los hogares.
- Rechazar las patentes que amenazan la vida y oponerse a la biopiratería de conocimientos y recursos tradicionales e indígenas.

- Desarrollar indicadores de progreso ambiental y social, enfocados a la población y basados en la comunidad, y presionar para el desarrollo y adopción de monitoreos regulares que midan la degradación ambiental y el estado de salud de la población.

Guerra, violencia y conflicto

La guerra, la violencia y los conflictos devastan comunidades y destruyen la dignidad humana. Tienen un severo impacto en la salud física y mental de sus miembros, sobre todo de las mujeres y niñ@s. El abastecimiento creciente de armas, así como su comercialización internacional agresiva y corrupta, socavan la estabilidad social, política y económica y la distribución de los recursos hacia el sector social.

Esta Declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Apoyar campañas y movimientos para la paz y el anti-armamentismo.
- Apoyar campañas contra la agresión, la investigación, producción, pruebas y uso de armas de destrucción masiva y otras armas, incluyendo todo tipo de minas.
- Apoyar las iniciativas de los pueblos para lograr una paz justa y duradera, sobre todo en países con experiencias de guerra civil y genocidio.
- Condenar el uso de niños soldados, y el abuso y violación, tortura y matanza de mujeres y niñ@s.
- Oponerse a la militarización de intervenciones de apoyo humanitario.
- Exigir la transformación radical del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas para que funcione democráticamente.
- Exigir que las Naciones Unidas y los estados individuales dejen de utilizar las sanciones como instrumento de agresión que puede dañar la salud de poblaciones civiles.
- Promover iniciativas independientes y enfocadas hacia la población para declarar vecindarios, comunidades y ciudades como áreas de paz y zonas libres de armas.

- Apoyar acciones y campañas para la prevención y reducción de conductas agresivas y violentas, sobre todo en los hombres, y el fomento de la coexistencia en paz.

Un sector de salud centrado en la población

Esta declaración exige la provisión de atención primaria en salud universal y general, sin importar la capacidad de pago de las personas. Los servicios de salud tienen que ser democráticos, responsables y con suficientes recursos para lograrlo.

Esta Declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Oponerse a las políticas internacionales y nacionales de privatización de los servicios de salud y que la convierten en una mercancía.
- Exigir que los gobiernos promuevan, financien y provean la Atención Primaria en Salud Integral como la manera más efectiva de enfrentar los problemas de salud y de organizar servicios de salud públicos que aseguren acceso gratuito y universal.
- Presionar a los gobiernos para que adopten, implementen y respeten políticas nacionales de salud y medicamentos.
- Exigir que los gobiernos se opongan a la privatización de los servicios públicos de salud y asegurar la regulación efectiva del sector médico privado, incluyendo servicios médicos caritativos y de ONGs.
- Exigir una transformación radical de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que responda a las metas en salud de tal manera que beneficie a l@s pobres, evite enfoques verticales, asegure trabajo intersectorial, involucre las organizaciones de los pueblos en la Asamblea de Salud Mundial y asegure independencia de intereses empresariales.
- Promover, apoyar y ejecutar acciones que promuevan el poder y control de los pueblos en la toma de decisiones en la salud, a todos niveles, incluyendo los derechos de l@s pacientes o usuari@s y l@s consumidor@s.

- Apoyar, reconocer y promover sistemas y prácticas de curación tradicionales y holísticos y su integración a la Atención Primaria en Salud.
- Exigir cambios en la capacitación de personal de salud para que pueda estar más orientada a resolver problemas y basada en la práctica, puedan comprender mejor el impacto de los asuntos globales en sus comunidades, y sean animad@s a trabajar con y respetar la comunidad y sus diversidades.
- Desmitificar las tecnologías médicas y de salud (incluyendo los medicamentos) y exigir que estén subordinadas a las necesidades de salud de la población.
- Exigir que la investigación en salud –incluyendo la investigación genética y el desarrollo de medicinas y tecnologías reproductivas– sea llevada a cabo en una manera participativa y basada en las necesidades reales, y sea realizada por instituciones responsables. Debe ser orientada hacia las personas y la salud pública y debe respetar principios éticos universales.
- Apoyar los derechos de la población a la auto-determinación sexual y reproductiva y a oponerse a todas las medidas coercitivas en políticas de población y planificación de la familia. Este apoyo incluye el derecho a la variedad de métodos seguros y efectivos de regulación de fertilidad.

Participación de los pueblos para un mundo más saludable

Las organizaciones y movimientos de los pueblos fuertes son fundamentales para que los procesos de toma de decisiones sean más democráticos, responsables y transparentes. Es esencial que los derechos cívicos, políticos, económicos, sociales y culturales estén garantizados. Mientras los gobiernos tienen la responsabilidad primordial de promover un enfoque más equitativo a los derechos de salud y humanos, una amplia gama de grupos y movimientos de la sociedad civil y los medios de comunicación tienen un importante rol que jugar en asegurar el poder y control de la población en el desarrollo de políticas y el monitoreo de su implementación.

Esta Declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Construir y fortalecer las organizaciones de los pueblos para crear una base para el análisis y la acción.
- Promover, apoyar y ejecutar acciones que promuevan la participación de los pueblos en la toma de decisiones en servicios públicos a todos los niveles.
- Exigir que las organizaciones de los pueblos estén representadas en foros locales, nacionales e internacionales relacionados a la salud.
- Apoyar iniciativas locales hacia la democracia participativa a través del establecimiento de redes solidarias orientadas hacia los pueblos en todo el mundo.

SOBRE LAS AUTORAS Y LOS AUTORES

ALBERTO MARCELO ZORRILLA

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Urología. Posgrado en Planificación y Gestión de Políticas Sociales. Es profesor titular de Epidemiología en Nutrición y docente investigador de la Universidad Nacional de Formosa. Ha sido Secretario Ejecutivo Provincial del Sistema Nacional Integrado de Salud (1975-24 de marzo de 1976); jefe del Departamento Técnico del Hospital de la Madre y el Niño; jefe del Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (1989-1996); facilitador de cursos de planificación de programas nacionales de SIDA y consultor temporario de la Organización Panamericana de la Salud; director del Hospital Central de Formosa; ministro de Desarrollo Humano (Formosa, 1996-2002); coordinador ejecutivo del Instituto PAIPPA (2003-2009); ministro de la Comunidad (Formosa, 2009-2011). Desde 2011 se desempeña como ministro de Cultura y Educación de la Provincia de Formosa.

CRISTINA MIRASSOU

Doctora en Medicina, egresada de la Universidad de Buenos Aires. Maestría en Salud Sexual y Reproductiva por la Universidad Nacional de Córdoba. Cursó un Diploma Superior en Género y Políticas Públicas en el programa PRIGEPP-FLACSO. Ha realizado numerosos cursos, talleres y seminarios en distintas universidades e institutos nacionales. Fue directora del Hospital El Potrillo (1981-1992) y del Centro de Salud Namqom, de Formosa (1992-1995); subsecretaria de Gestión de Establecimientos Asistenciales de 1° y 2° nivel (2016); y desde 1995

es directora de Prestaciones de Salud en el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Formosa. También fue candidata suplente primera a diputada nacional (2009) y candidata suplente segunda a senadora nacional (2017) por el Partido Justicialista.

DARÍO OZUNA QUINTANA

Médico, egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, en Paraguay. Ejerció como médico rural en varias localidades del interior de la Provincia de Formosa. Director del Hospital Rural de Villa Escolar y del Hospital de Pozo del Tigre. Fue jefe del Programa de Chagas y Leishmaniasis; docente en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Formosa; e instructor de equipos técnicos interdisciplinarios de Áreas Programáticas y Distritales. Posee una destacada labor en el departamento de control de vectores.

ELSA AURORA VELOZO DE ESPINOSA

Es arquitecta y máster en Gestión Ambiental y Ecología por la Universidad Nacional del Nordeste. Ha realizado estudios de posgrado en Políticas y Gerenciamiento Social (UNaF-SIEMPRO), en Planificación Urbana y Regional (OEA-UNNE) y en Estudios Avanzados sobre Planificación y Gestión Estratégica Local (UIM-AECID, España). Además de su experiencia como investigadora y docente, fue directora de Planeamiento y Control (1979-1981) y asesora técnica (1982-1994) de la Secretaría de Planificación y Desarrollo Económico; directora de Planificación del Ministerio de Desarrollo Humano (Formosa, 1996-2002); consultora a cargo de la Coordinación de la Agencia del SIEMPRO en la Provincia de Formosa (2002-2006); y directora de Planificación de Desarrollo Local en el Ministerio de Planificación, Inversión, Obras y Servicios Públicos (Formosa, 2006-2011). Ha publicado varios trabajos y artículos de investigación, y también es autora del libro *Formosa en los albores de siglo XX. Un aporte a la comprensión de la organización espacial de la Provincia de Formosa* (1996).

JULIA ANTONIA COSTANZÓ

Médica por la Universidad De Buenos Aires. Realizó su residencia médica, especialidad Medicina General, y una maestría en Salud Pública en la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). Tiene una especialización en Docencia Universitaria y ha realizado varios cursos de posgrado en distintas universidades e instituciones nacionales. Ha trabajado como docente en varias carreras de licenciatura y en cursos de posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional de Formosa. Además, colaboró como auxiliar de docencia e instructora adscripta en la carrera de Medicina de la UNNE. Cuenta con una amplia lista de trabajos de investigación científica presentados en congresos y jornadas a nivel nacional. Fue directora del Centro de Salud Dr. Pablo E. Bargas (1990-2011) y supervisora capacitante del Área Salud del PROMIN y de la Dirección de Prestaciones de Salud del Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Formosa (1997-2002). Desde 1997 es integrante de la comisión y participante del Tribunal de Exámenes de los médicos inscriptos en las residencias médicas de Formosa.

JULIO MONSALVO

Médico, especialista en Pediatría. Diplomado en Salud Pública. Magíster Scientiae. Ha desarrollado diversos trabajos con comunidades campesinas y pueblos originarios, y una intensa actividad docente en diversos ámbitos populares, de trabajadores, técnicos y profesionales. Asiduamente es invitado por diversas universidades para aportar en cursos de grado y posgrado de diferentes disciplinas. Es autor de varios libros y artículos publicados en medios de diversos países. Se ha desempeñado como director del Departamento de Salud Pública de la Federación Médica de Córdoba; del Hospital Zonal de J.J. Castelli, en Chaco; y como director general de Atención Médica del Ministerio de Salud y Acción Social del Chaco. Fue miembro de la Comisión Nacional Asesora en Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación y jefe del Programa Salud Comunitaria del Ministerio de la Comunidad en Formosa. Es Miembro Honorario de la Federación Argentina de Medicina General. Obtuvo la Condecoración al Mérito

Institucional otorgada por la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Ciencias Médicas y de la Salud.

MARÍA YVONNE RANAIVOARISOA

Doctora en Medicina por la Universidad Nacional de Madagascar, su país de origen. Trabajó como Voluntaria de Naciones Unidas en Comoras, donde fue directora de los hospitales de Nioumachoua y Fomboni. Durante más de diez años dirigió el sistema de vigilancia epidemiológica que puso en marcha el Ministerio de Salud de Formosa, luego de la epidemia de cólera. Fue designada asesora *ad honorem* en la Dirección Nacional de Epidemiología. Cuando falleció, en octubre de 2018, estaba coordinando el equipo de la Secretaría de Salud de Córdoba, que investiga los daños por agrotóxicos en pobladores del Barrio Ituzaingó.

NOEMÍ NOELIA JUÁREZ

Licenciada en Enfermería por la Universidad Nacional del Noreste. Magíster en Administración y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud por la Universidad Favaloro. Además, tiene estudios de posgrado en Enfermería Pediátrica, Administración en Salud, Educación Médica, Bioética, entre otras especialidades, en varias universidades nacionales. Ha trabajado como docente en el Instituto Universitario de Formosa y en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Formosa. Se desempeñó como enfermera supervisora y jefe del Departamento de Enfermería (1980-1997) y coordinadora del Área Quirúrgica Obstétrica (2002-2005) del Hospital de la Madre y el Niño; integrante del equipo del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital de Alta Complejidad Pte. Juan D. Perón (2005-2011); responsable de Calidad Provincial ante la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (1999-2002 y 2011-2013); coordinadora del Distrito Sanitario VIII - Norte en Formosa (2011-2014); y desde 2011 es integrante de la Comisión Central NacyDef del Ministerio de Desarrollo Humano.





SOMOS GENTE DE PALABRA

Tomamos de ella su capacidad de construir comunidad, conciencia y una cultura de hermandades.

Palabra escrita hecha libros/semilla que nos ayuden a transitar el camino hacia una sociedad más justa e igualitaria, rumbo al Buen Vivir. Palabras puentes y no muros.

Corren tiempos en los que se las manipula para el desencuentro, la división, la xenofobia. Se las usa como excavadoras para ensanchar y profundizar grietas; como señuelos consumistas que enmudecen el daño a nuestra casa común.

Si la verdad nos hará libres, el engaño premeditado persigue esclavizar-nos, colonizarnos. Palabrerío irresponsable de pícara impostura, enfermando el entendimiento común de los sentidos, martillando informaciones falsas. Naturalizar la posverdad no es otra cosa que la celebración de la mentira. Nosotros somos los que le gritan al rey desnudo.

Queridos lectores: reciban y circulen los libros de CICCUS como una buena nueva, más allá de la temática que aborden, como un don para el discernimiento, la paz y el amor a la vida, que no es poca cosa.

CONSEJO EDITORIAL:

*Juan Carlos Manoukian, Mariano Garreta, Hugo Chumbita, José Muchnik, Diana Braceras, Héctor Olmos, José Luis Coraggio, Roberto Benencia, Nerio Tello, Federico Giménez, Pablo Medina, Adrián Scribano, Gabriela Merlinsky
María Miguel, Enrique Del Percio*

EDICIONES
ciccus

CENTRO DE INTEGRACIÓN
COMUNICACIÓN, CULTURA Y SOCIEDAD

*La presente edición está impresa
en papel ilustración de 90 grs. de producción nacional.
Se utilizó tipografía
Georgia cuerpo 10,5 con interlínea 14.*

Se terminó de imprimir en agosto de 2020
en Colorgraf Servicios Gráficos
Dr. Antonio Caviglia 27 - Wilde
Buenos Aires - Argentina
Tel: (54-11) 4353-4563
imprentacolorgraf@gmail.com

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



El 11 de diciembre de 1995 asumió como gobernador de la Provincia de Formosa el Dr. Gildo Insfrán; desde entonces, comenzó a cumplir las promesas y desarrolló un Proyecto que daría la estructura necesaria para construir el Modelo Formoseño. Uno de los pilares de este proyecto es la defensa de la salud del pueblo, enunciada en los artículos 80 y 81 de la Constitución Provincial, que prescribe que la Atención Primaria de la Salud (APS) es la estrategia fundamental del sistema.

Esta obra intenta describir ese rico proceso que debió partir necesariamente de la planificación adecuada para la realidad social, política, económica y cultural formoseña. Afianzando nuestra identidad como pueblo, nos reconocemos multiculturales y plurilingües, como lo señala el Preámbulo de la Constitución Provincial.

Estamos convencidos que la APS es la filosofía que debe sustentar el paradigma holístico de la salud, y que la estrategia válida para su implementación y desarrollo es la estructuración de los sistemas locales, por medio de los cuales se puede construir un sistema de salud con amplia y efectiva participación de la comunidad, que verdaderamente dé respuesta a las necesidades del pueblo.

En estos años hemos adquirido una experiencia que hoy ponemos a consideración de la comunidad para su enriquecimiento, para que los estudiantes de las ciencias de la salud tengan un material de estudio e iniciación en el tema, y como un humilde aporte de los que creemos en la utopía de que es posible construir un mundo saludable.