

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autor: Luis Alberto Rodríguez

APORTES PARA UNA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DE LA APS EN BASE A LA CARACTERIZACION DEL AREA PROGRAMATICA DEL HOSPITAL PARMENIO PIÑERO (CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES)

2008

Citar como: Rodríguez, L. A. (2006). Aportes para una estrategia de fortalecimiento de la APS en base a la Caracterización del Área Programática del Hospital Parmenio Piñero (Ciudad Autónoma de Buenos Aires). [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

1.- Introducción: Objetivos, relevancia	3
2.- Marco teórico	6
Nuevas Dimensiones en APS	6
2.1 Relevamiento de experiencia de APS aplicadas en distintas regiones	8
Canadá	12
• Un modelo lógico de APS basado en Resultados	
• Eficiencia en APS en el ámbito Internacional	
3- Desarrollo	16
3.1. Análisis de la estrategia de APS en el Área Programática del Hospital P. Piñero	16
3.1.1 Descripción y Articulación del Sistema	17
3.1.2 Promoción y protección de la salud	19
3.2 Población	23
3.2.1 Composición de la población de los centros de salud	28
3.2.2 Perfil socioeconómico de la población	28
3.3 Situación de salud de la población	31
3.3.1 Principales problemas de salud relevados en el Área Programática	31
4- Conclusiones y recomendaciones	38
5- Bibliografía	43
Anexo Bibliográfico	44

I.- Introducción: Objetivos – Relevancia

La atención primaria de salud (APS) es la base del sistema de atención de salud en los distintos países del mundo. Para la mayoría de las personas, la APS es el punto de entrada al sistema de salud, a menudo a través de un médico de familia. La estructura sanitaria del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires prevé la existencia de redes de salud compuestas por hospitales cabecera (modelo hospitalocentrico) Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) y los consultorios y Centros Médicos Barriales (CMB) que conforman el Plan Médico de Cabecera (PMC) para articular y acercar la atención de la salud a la población.

Es en ellos donde se resuelven los problemas de salud a corto plazo y se manejan la mayoría de los problemas crónicos de salud. También es donde se llevan a cabo actividades de promoción y educación para la salud, y donde los pacientes con necesidad de servicios más especializados se conectan con la atención secundaria.

Para llevar adelante estas estrategias es necesario conocer las características de la población incluida que permitan articular la oferta a la demanda, o la demanda a la oferta según se estime. Por eso el presente trabajo intenta conocer las características de la población del área programática del Hospital Parmenio Piñero, pues se estima que, conociendo las características de la población a cargo, los planes y programas que se implementen desde el Hospital podrán dar respuesta a las necesidades sanitarias de la población en términos de promoción, prevención y atención.

Con la intención de considerar trabajos relacionados a la Eficiencia y a los Resultados vinculados a la APS en países desarrollados, cuya evaluación del impacto ha sido muy buena, han sido incluidos en el presente trabajo como referencias comparables.

Si bien los Sistemas de Salud Basados en la APS¹ son más amplios en escala e impacto que la simple provisión de servicios de salud, estos sistemas crean sinergias con otros sectores para ayudar a orientar los procesos de desarrollo humano. Junto a otros sectores y actores, la APS tiene un enorme papel que jugar (aunque no exclusivo) para promover un desarrollo humano sostenible y equitativo.

La calidad de vida relacionada con la promoción de la salud conduce a prácticas impulsoras del derecho a la existencia y al bienestar, para la construcción de personas libres y autónomas en la toma de decisiones.

El presente trabajo se va a circunscribir en el área programática del hospital General de Agudos Parmenio Piñero, que pertenece a la Red de Atención del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ubicado en el barrio de Flores.

Los objetivos a los que apunta este trabajo se centran en:

- Identificar y describir las características de la población incluida en el Área Programática del Hospital Parmenio Piñero.
 - Categorización de la población en edad, sexo, nacionalidad, educación y nivel de cobertura de salud.
- Identificar las problemáticas de salud de la población incluida en el Área Programática del Hospital Parmenio Piñero y articular posibles estrategias de solución.
- Conocer las características socioeconómicas, demográficas, de salud y enfermedad, culturales, que permitan diseñar o adecuar las políticas vigentes.

¹ Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Agosto 2005

Esta indagación resultará relevante a los fines de que contribuirá a detectar si hay correspondencia entre los planes y programas de salud y las necesidades detectadas en la población, en el caso de que alguna de ella no esté contemplada en los planes y programas vigentes.

2.- Marco Teórico:

Como se describió precedentemente, la atención primaria de salud (APS) es la base del sistema de atención de salud en los distintos países del mundo. En los últimos años hay una preocupación creciente relativa al acceso y a la calidad de la APS y Argentina no es la excepción. Al ser invitados a reflexionar sobre las distintas opciones sobre el modo más adecuado para sostener su sistema de atención de la salud, muchos países sugieren una reforma a APS. La población, en algunos casos, está bien dispuesta a aceptar nuevos modelos de provisión de servicios que mejorarían o sostendrían el nivel de atención proporcionado.

La tendencia actual es la de acercar la salud y su red a la población e intensificar las tareas de promoción y prevención a través de campañas masivas de información y difusión, detección de enfermedades asintomáticas e inmunización. Se presume que estas estrategias son más efectivas si se conocen los perfiles y características de la población y si hay articulación con otras instituciones.

Nuevas dimensiones en APS²

La posición de Argentina llevada a la Conferencia Internacional sobre APS convocada por la OMS (Alma Ata 1978) y no modificada posteriormente, deja claro, por un lado, que la APS no limita "su acción a la atención de los así llamados sectores marginados", sino que se considera "una forma de organizar los recursos para atender a la población". Por otro lado, implica un compromiso de cambio en la estructura actual de los servicios al reconocer que la APS requiere ineludiblemente articularse con la zonificación y regionalización de los servicios".

² Atención Primaria de la Salud. Nuevas Dimensiones. Ediciones Isalud Nº 3. Dr. Rubén Torres. Pág. 178/188.

Sin embargo, las limitaciones impuestas a estos postulados teóricos, hicieron que aquellos principios se vieran desvirtuados en el momento de su concreción en un programa de acción.

La concepción del ser humano desde el punto de vista del proceso salud / enfermedad es abordada desde una integralidad distinta, es inclusiva y contextualiza la salud también vinculada a los ámbitos de vida y costumbres del paciente, esta visión más humanizada ha permitido asistir, educar, contener a los pacientes que en zonas geográficas como la que se analiza, y con poblaciones tan heterogéneas es relevante.

Hoy la lógica está dirigida a pensar en términos de red de servicios, asociando y organizando las heterogeneidades propias de cada uno de sus componentes, compartiendo recursos, operando conjuntamente y trabajando con el otro. Esto no quiere decir que la medicina no tenga ningún efecto sobre la salud, sino que la mayor parte de las enfermedades son menos sensibles a incrementos adicionales de recursos en el sistema, por cuanto esta organización requiere un importante cambio conductual y actitudinal desde ambas partes:

- A) reconocer que el otro existe y aceptarlo,
- B) conocer quién es y qué hace,
- C) y “asociarse”, es decir compartir objetivos y proyectos.

Si bien en determinados momentos y situaciones los mecanismos de competencia funcionan mejor y son más eficaces, la correcta dosificación de estos instrumentos con la cooperación entre individuos, el trabajo en grupo y el establecimiento de valores comunes que estimulen la solidaridad resulta importante.

El mencionado modelo (hospitalocéntrico) cuenta con muchos aliados en todas las empresas que obtienen beneficios del sector y en las facultades de medicina donde

se reproduce el modelo conceptual que lo sustenta, pero la rigidez de la propia institución hospitalaria y sus posibilidades de cambio constituyen debilidades para afrontarlo.

La atención primaria no ha buscado, ni tiene el apoyo de los sectores medios de la sociedad, necesita modificar sus propuestas de actividad preventiva y promoción de la salud para que sean apreciadas por esos sectores.

Los Sistemas de Salud Basados en la APS³ son más amplios en escala e impacto que la simple provisión de servicios de salud, crea sinergias con otros sectores para ayudar a orientar los procesos de desarrollo humano. Junto a otros sectores y actores, la APS tiene un enorme papel que jugar (aunque no exclusivo) para promover un desarrollo humano sostenible y equitativo. Es importante plantear la distinción anterior porque ella nos permite establecer responsabilidades claras entre los distintos actores con miras a contribuir a los objetivos del desarrollo socioeconómico; olvidar esta aclaración podría llevar a los sistemas de salud a tomar para sí mismos, con varias consecuencias indeseables, responsabilidades que son de otros sectores. Las principales entre esas consecuencias serían el abandono potencial de las funciones centrales del sistema de salud; la implementación deficiente de funciones del desarrollo muy amplias debido a la falta de especialización (por ejemplo; alfabetización, generación de ingresos, dotación de vivienda con NBI, otros); y la generación de disputas entre los actores y agencias responsables (guerras de vecinos), lo que produce redundancias, pérdida de recursos y energía, así como daños potenciales a la salud y al bienestar de la población.

³ Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Agosto 2005

2.1. Relevamiento de experiencia de APS aplicadas en distintas regiones.

Canadá:

Un Modelo Lógico para la Atención Primaria de Salud Basado en Resultados⁴

El método del Consejo del Tesoro de Canadá está dirigido a implementar medición de rendimiento de cuentas con la finalidad de introducir mejoras continuas de la calidad y a hacer pública la información. El primer paso en este proceso es la creación de un modelo lógico. Los modelos lógicos basados en resultados vinculan linealmente las entradas (inputs) de recursos a las actividades realizadas, los servicios provistos (outputs), y los resultados logrados (outcomes). Al hacer esto, se identifican las áreas que requieran de vigilancia, evaluación y confección de informes. Se propone que el modelo lógico basado en resultados para la APS definido en este informe refleje los objetivos y las funciones del sistema de APS en Canadá al trazar los vínculos entre las entradas, actividades, salidas y resultados (outcomes) esperados de este sector, además de los contextos que influyen en los servicios de APS.

Las entradas de APS incluyen recursos fiscales, materiales y humanos. Las actividades de la APS son las operaciones que apoyan la producción de servicios específicos. Las actividades componen el eslabón principal en la cadena a través del cual se logran los resultados esperados. Se categorizan las actividades de APS en tres niveles:

- político y gobernanza,
- gestión y administración local y

⁴ *A Results-Based Logic Model for Primary Health Care*. Watson D, Broemeling A-M, Reid RJ, Black C. Laying an Evidence-Based Foundation to Guide Performance Measurement, Monitoring and Evaluation. Vancouver (BC): Centre for Health Services and Policy Research; September 2004. <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004>

- orientación clínica.

El conjunto de estos elementos forman la estructura o base de un sistema de APS. Las salidas de la APS son productos directos o servicios provistos por las actividades de APS. Los servicios pueden ser descritos en términos de volumen, tipo y cualidad. Los tipos de servicios de APS incluyen la promoción de salud y prevención de enfermedad, así como los servicios curativos, de rehabilitación y paliativos, además de servicios de apoyo focalizados en individuos o poblaciones. También se puede describir estas salidas (outputs) según cualidades tales como de respuesta (por ejemplo si los servicios provistos se proveen en forma oportuna, culturalmente apropiados y convenientes), y el grado en la cual son eficaces, integrados, continuos, coordinados y orientados hacia la comunidad y centrados en la persona.

Los resultados de los egresos de la APS pueden ser inmediatos, intermedios o finales. Los *resultados inmediatos* son aquellos directamente atribuibles a las actividades sobre las cuales los gerentes, políticos, administradores y practicantes de la APS pueden razonablemente apropiarse del control, la responsabilidad y la obligación de rendir cuentas. Del conjunto de resultados inmediatos, tres son específicos a la APS,

- el aumento de conocimiento sanitario en la población,
- la reducción de los efectos debidos a condiciones agudas y episódicas,
- la reducción del riesgo debido a condiciones de salud crónicas.

El mantenimiento o mejora de las condiciones laborales en APS es un cuarto resultado inmediato.

Los resultados intermedios incluyen áreas en que los actores en la APS tienen un grado menor de control, no obstante los servicios de APS tienen capacidad de ejercer un impacto. Estos resultados incluyen:

- capacidad de responder con el recurso adecuado,
- eficacia del sistema de la atención de salud,
- satisfacción y equidad en el sistema de salud y
- adecuación del proveedor y lugar.

Resultados finales incluyen un sistema de atención de salud sustentable y responsable, la mejora y o mantenimiento funcional, de la resiliencia y de salud para los individuos y un mejor estado de salud y bienestar para la población. Se reconoce que fuerzas externas (contextos sociales, culturales, legales y regulatorios, físicos y económicos) además de las características de la población y la participación en APS, ejercen una influencia sobre las entradas, las actividades, las salidas (outputs) y los resultados.

De acuerdo con el abordaje del Consejo del Tesoro de Canadá, la eficacia del sistema de APS es la relación entre de entradas, actividades y salidas. En comparación, la efectividad del sistema de APS es una función de salidas y resultados. Dado que los factores externos afectan el logro de los resultados inmediatos, intermedios y finales, hace falta recurrir a análisis sofisticados para poder atribuir los resultados finales a las actividades de APS.

Este modelo lógico deberá enfocar y unificar los esfuerzos evaluadores para permitir que los diferentes actores puedan trabajar desde una base conceptual (y un léxico) común y compartida en cuanto a las principales entradas, actividades, salidas (outputs) y resultados del sector de APS.

Además, establece una teoría común sobre los vínculos lógicos entre estas diferentes dimensiones y suposiciones compartidas en cuanto a estas dependencias. Define, además, las áreas en las cuales se necesita información, evaluación y

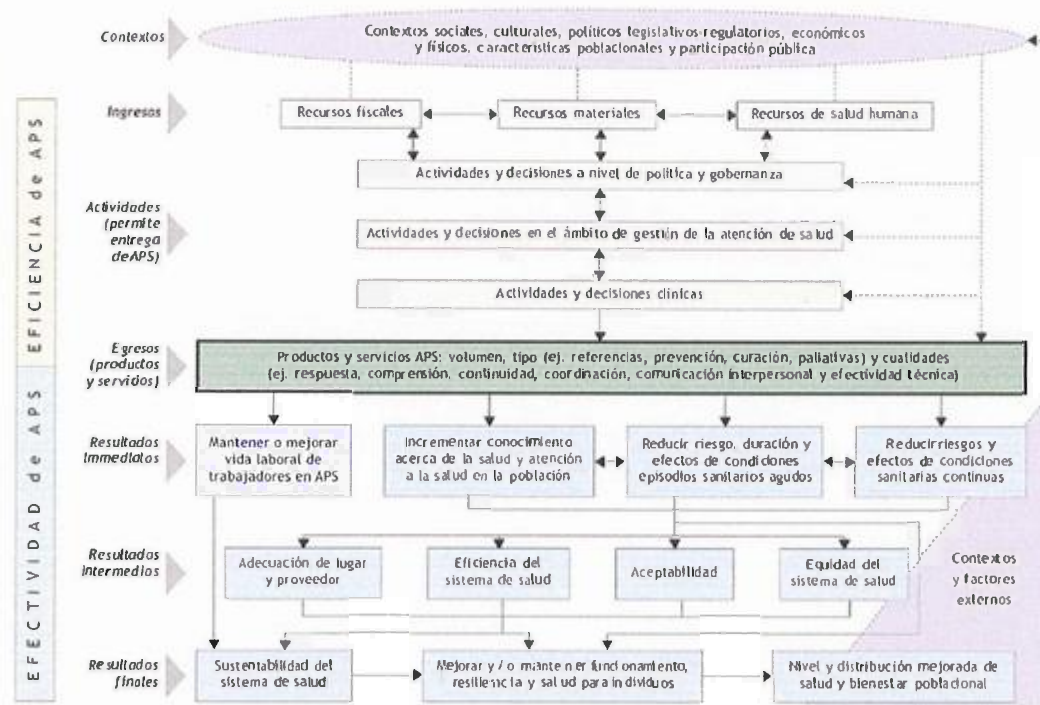
evidencia para que los decidores, el personal administrativo y los practicantes puedan planear, implementar e informar sobre la renovación de la APS.

Este modelo lógico para la APS ilumina la gama de actividades que constituyen vectores potenciales para el cambio; reconoce las características distintas de la APS y los resultados atribuibles a este elemento del sistema e identifica la manera en que la APS y otros componentes del sistema de salud convergen para afectar el nivel de desempeño del sistema de salud y la salud de la población. También ayuda identificar los compromisos (trade-offs) potenciales que los diferentes esfuerzos de la renovación puedan tener.

El modelo ha sido concebido para ser útil a los tomadores de decisiones, planificadores, gestores, evaluadores de la APS para facilitar sus actividades de planificación y monitoreo de esfuerzos de renovación del sistema, información de los logros, y rendición de cuentas de los resultados.

Para ser útil, un modelo lógico debe diseñarse en consulta con actores (eventuales usuarios), y debe prestarse a un rango amplio de situaciones.

Atención Primaria de Salud (APS): Marco de Rendimiento, Medida & Evaluación



Fuente: Centre for Health Services and Policy Research

- Eficiencia en APS en el ámbito internacional⁵

En una revisión sistemática de las bases de datos antes citadas se han localizado 12 estudios publicados que tienen como objeto principal la medida de la eficiencia en la provisión de servicio de atención primaria, excluyendo aquellos que tienen como objeto nuestro país (tabla 1). A pesar de que en muchos países la atención primaria es también uno de los servicios públicos utilizados con mayor frecuencia, destaca el escaso interés, o la elevada dificultad, por el estudio de la eficiencia en su provisión.

⁵ Eficiencia en la atención primaria de salud: una revisión crítica de las medidas de frontera por Jaume Puig-Junoy Publicación original: *Rev. Esp. Salud Pública*, set./dic. 2000, vol.74, no.5-6, p.00-00. ISSN 1135

De esta forma, la representación de los estudios dedicados a la atención primaria dentro de los que tienen por objeto la eficiencia de las organizaciones sanitarias en general es bastante reducida.

Tabla 1⁶

Tabla 1
Resumen de los estudios internacionales sobre eficiencia en atención primaria basados en medidas de frontera

<i>País</i>	<i>Autor (año)</i>	<i>Método</i>	<i>Tipo de organización</i>
Estados Unidos	Huang and McLaughlin ⁹	DEA	77 programas de salud rural, 1978-1983
Reino Unido	Szczepura et al ¹⁰	DEA	52 centros de atención primaria, 1989-1991
Estados Unidos	Tyler et al ¹¹	DEA	39 centros de salud mental, 1992-93
Reino Unido	Thanassoulis et al ^{12,13}	DEA	83 District Health Authorities
Finlandia	Luoma et al ¹⁴	DEA y Tobit	202 centros sanitarios, 1991
Reino Unido	Salinas-Jiménez and Smith ¹⁵	DEA	85 Family Health Service Authorities (FHSA), 1991/2
Reino Unido	Bates, Baines and Whynes ¹⁶	DEA	Prescripción farmacéutica de 106 médicos de medicina general
Estados Unidos	Chilingerian and Sherman ^{17,18}	DEA	326 médicos de atención primaria
Reino Unido	Giuffrida and Gravelle ¹⁹	DEA y SFA	81 FHSA, 1993/4 y 1994/5
Estados Unidos	Defelice and Bradford ²⁰	SFA	924 médicos de atención primaria
Estados Unidos	Ozcan ²¹	DEA	160 médicos en el tratamiento de la otitis
Reino Unido	Giuffrida ²²	DEA, Malmquist	90 FHSA, 1990/1 a 1994/5

⁶ Nota.- Se excluyen de esta tabla los estudios relativos a España.

DEA = análisis envolvente de datos; SFA = frontera estocástica de costes o de producción

De los 12 estudios incluidos en la tabla 1, seis corresponden a un mismo país, el Reino Unido, en cuyo sistema sanitario, como en el nuestro, la atención primaria de salud tiene un papel determinante dentro de la organización del sistema público. El método de estimación empleado en 10 de los 12 estudios es el DEA (análisis envolvente de datos). Únicamente el estudio de Giuffrida y Gravelle compara los resultados de los enfoques paramétricos y no paramétricos, así como de diversas especificaciones del producto. Este trabajo también es el único de la tabla 1 que permite descomponer la eficiencia productiva en sus componentes técnico y asignativo. Tal como ya han indicado otros estudios, las correlaciones entre los índices de eficiencia obtenidos con métodos paramétricos y no paramétricos son bastante reducidas.

La mayoría de los estudios reseñados en la tabla 1 utiliza medidas de actividad (visitas) para representar el producto de la atención sanitaria, lo cual representa una limitación obvia de este tipo de literatura. Únicamente en algunos casos se introduce alguna aproximación a la heterogeneidad (case-mix) de los pacientes mediante variables proxy, como la edad y el sexo. En la mayoría de los estudios no se dispone de medidas de la calidad del resultado de la atención. Salinas-Jiménez y Smith¹⁵ presentan un modelo de comportamiento de la atención primaria que incluye algunas variables de calidad proxies como representativas del resultado de la atención (el efecto sobre el estado de salud).

Asimismo, el trabajo de estos autores pone de relieve la necesidad de introducir en el modelo algunas variables representativas de las condiciones del entorno en el que se presta la atención (tasa de desempleo, tasa de morbilidad estandarizada).

3. DESARROLLO

3.1- ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DE APS EN EL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL P. PIÑERO (CABA)

El presente trabajo pretende conocer las características de la población incluida en el área programática del hospital P Piñero y sus Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) y los consultorios y Centros Médicos Barriales (CMB) que conforman el Plan Médico de Cabecera (PMC).

Con el propósito de fortalecer este primer nivel desconcentrado de atención de la salud se puso en marcha en el año 2003 un nuevo sistema de información en los CESAC, así como modificaciones en el año 2005 en el sistema vigente en el Plan Médico de Cabecera a fin de tender a la convergencia en un sistema único de información (*SI-APS*).

Los ejes primordiales de este sistema giraron en torno a los siguientes objetivos:

- **Conocer la población** atendida en APS. Este eje se plasmó en la nominalización de los beneficiarios a través de un registro que incorpora aspectos relevantes para los objetivos planteados (edad, sexo, ubicación territorial, cobertura, nivel educativo, etc)
- Reflejar las **actividades de atención de todos los integrantes del equipo de salud**.
- Registrar todas las **modalidades que las actividades de atención** asumen, tanto las individuales como las grupales, las realizadas

intramuros del prestador como las extramurales, las de demanda espontánea como las programadas⁷.

El sistema se sustentó en un soporte informático en programa ACCESS.

Si bien el Plan Médico de Cabecera se encuentra informatizado desde sus comienzos en el año 1997, los CESAC en cambio se han incorporado en forma paulatina a partir del 1º de enero del 2003, en un proceso gradual de incorporación aún no completado.

Es por ello que, en aras a obtener la mayor cobertura de los datos, la información de producción de los CESAC corresponde a los informes mensuales que envía cada Centro, independientemente de su situación de registro en el sistema informatizado. Este desarrollo es fruto de un trabajo en conjunto de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud y la Dirección de Estadísticas para la Salud, ambas del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires , y la Dirección General de Estadísticas y Censos que ha aportado recursos humanos para el ingreso de datos al sistema informático⁸. (1)

3.1.1 Descripción y articulación del sistema⁹

El sistema se articula a través de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), Centro Médicos Barriales (CMB), el Programa Médicos de Cabecera (MC), Odontólogos de Cabecera (OC) y los hospitales públicos.

⁷ Información en Atención Primaria de la Salud. Enero a junio 2005. Dirección General de Sistemas de Información de Salud Dirección de Estadísticas para la salud. Ministerio de Salud. Ciudad de Buenos Aires.

⁸ Dirección de Estadísticas para la Salud Departamento de Análisis Estadístico Noviembre 2005

⁹ información obtenida de www.buenosaires.gov.ar

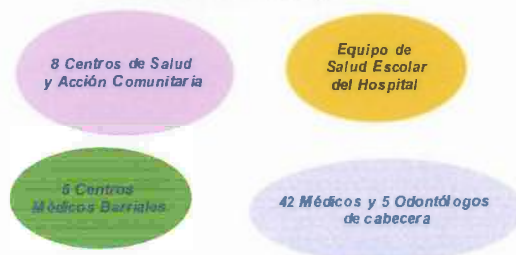
Red de Salud. Primer Nivel de Atención en la Ciudad de Buenos Aires

Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac)	39 centros
Centros Médicos Barriales	38 centros
Médicos de Cabecera	286
Odontólogos de Cabecera	57
Consultorios externos de hospitales	

Área Programática del Hospital P. Piñero. Efectores del Primer Nivel de Atención

Centros de Salud y Acción Comunitaria	8
Centros Médicos Barriales	5
Médicos de cabecera	42
Odontólogos de Cabecera	5
Equipo de salud escolar del hospital	

Efectores del primer nivel de atención



Los centros de salud implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad, según los principios de la atención primaria de la salud. Sus equipos interdisciplinarios están integrados por médicos generalistas, clínicos, pediatras, tocoginecólogos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, obstétricas, y otros profesionales.

En muchos casos, los equipos de salud incorporan nutricionistas, fonoaudiólogos, psicopedagogos, sociólogos y odontólogos.

3.1.2 Promoción y Protección de la Salud

Las acciones de promoción y protección de la salud se implementan a través de distintos Programas:

- Programa Materno infantil
- Control de niño sano y del niño desnutrido, salud escolar
- Procreación responsable, sexualidad
- Prevención del cáncer en la mujer (papanicolaú y coloposcopia)
- Tuberculosis
- Educación para la salud
- Salud mental, prevención de accidentes
- Integración comunitaria de discapacitados
- Tratamiento de las adicciones
- Violencia familiar
- SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual
- Diabetes, hipertensión arterial.

En los Centros de Salud se desarrollan talleres -con diferentes temáticas- dirigidos a embarazadas, pacientes con enfermedades crónicas, madres de menores de un año, adolescentes, entre otros.

A través del Programa Materno Infantil se entrega leche a embarazadas y niños menores de 5 años. También se realizan visitas domiciliarias para la atención y el seguimiento de enfermedades o la detección de familias en riesgo.

Se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios. Favorece la accesibilidad geográfica y administrativa, evitando largas colas, esperas o trámites complejos. Se trata de una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados y en busca de una máxima efectividad.

La APS propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral. El primer nivel de atención de la salud en el marco de la Atención Primaria puede resolver un 80 por ciento de los problemas de salud de la población abordándolos en forma interdisciplinaria, dentro de la perspectiva familiar y social.

3.1.3 Actores del Sistema

Centros Médicos Barriales

En los Centros Médicos Barriales o en su consultorio particular, médicos generalistas, pediatras, tocoginecólogos, clínicos y odontólogos realizan -en forma absolutamente gratuita- controles de salud, tratamiento de las enfermedades más frecuentes y desarrollan actividades grupales dirigidas a la prevención y promoción de la salud.

Los Centros Médicos Barriales cuentan, además, con prestaciones de enfermería, vacunatorio y trabajadores sociales que relacionan a los vecinos con el Sistema de Salud de la Ciudad. Los estudios de diagnóstico y tratamientos especializados se realizan en el Hospital. Los objetivos son,

- disminuir la mortalidad infantil;
- facilitar la atención médica a los sectores en riesgo;
- disminuir la aparición de las enfermedades frecuentes.

Funcionamiento/ Generalidades:

Atención médica: cada beneficiario será atendido por un médico de cabecera, al que podrá consultar para realizar controles periódicos de salud o cada vez que lo considere necesario.

Turnos Programados telefónicos: para controles de salud y, en caso de enfermedad, solicitar turno evitando esperas y demoras. Los turnos no podrán demorarse más de una semana pero, en caso de urgencia, el paciente será atendido de inmediato.

Niños y mujeres embarazadas: entrega gratuita de medicamentos. Control de crecimiento y desarrollo. Control de embarazo. Charlas de promoción de la salud y prevención de enfermedades más frecuentes.

Mayores de 65 años: prótesis dentarias y medicamentos gratuitos. Controles de salud periódicos. Seguimiento y control de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad, etc.)

Médicos de Cabecera

El Plan Médico de Cabecera es un servicio dirigido a todas las personas de la Ciudad sin cobertura de Salud. Brinda atención de clínica médica, pediatría, odontología, ginecología y enfermería en consultorios particulares de los médicos del hospital, y abastece de medicamentos de manera gratuita a todos los afiliados. Los menores de 18 años quedan adheridos al plan a partir de la afiliación de alguno de sus padres¹⁰.

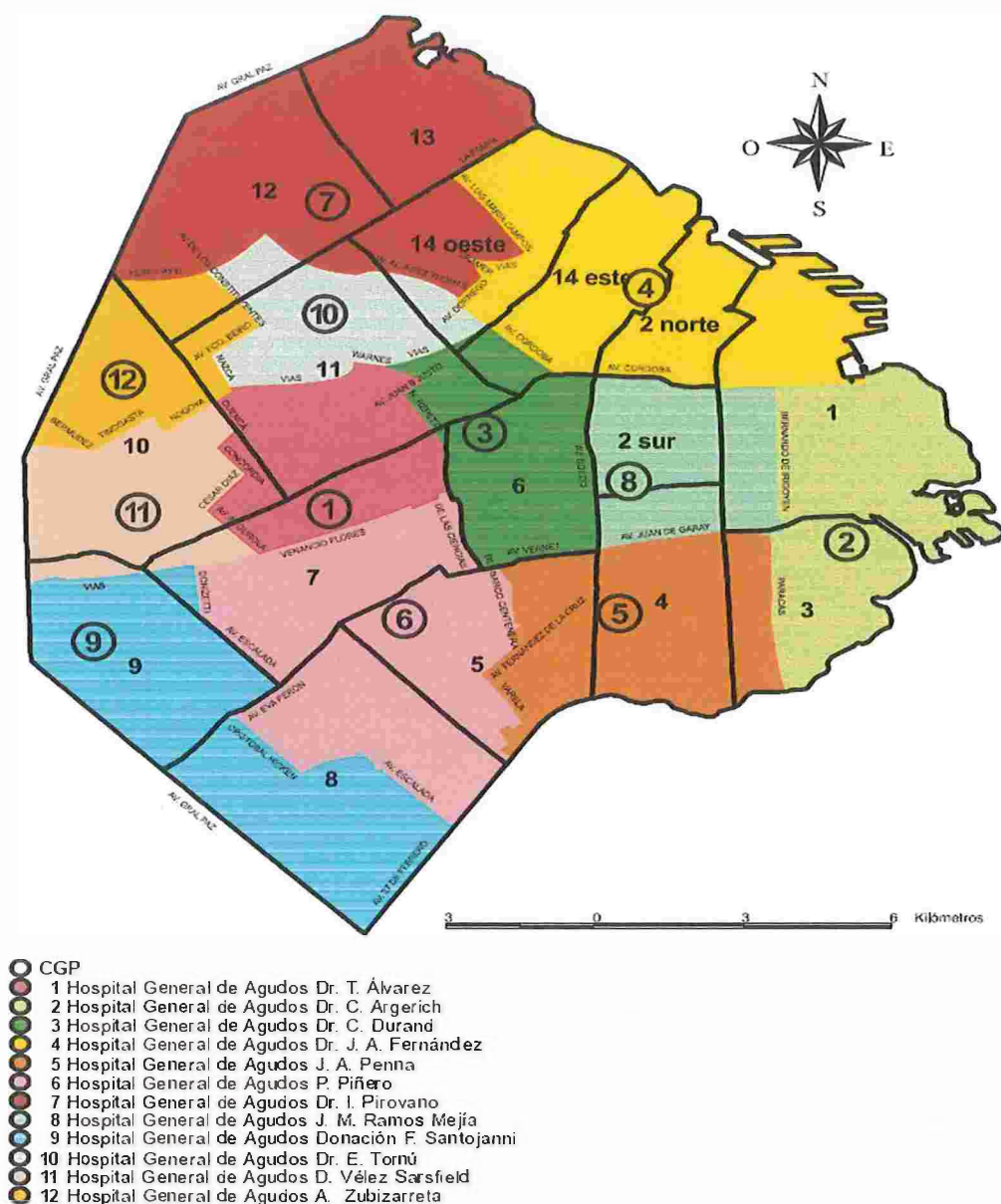
Red de Salud. Primer nivel de atención en la ciudad de Buenos Aires

La atención primaria en salud (APS) es un estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la interacción de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación, es un instrumento eficaz recomendado por la Organización Mundial de la Salud. El modelo se apoya en una organización y utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios de salud, favorece la accesibilidad

geográfica y administrativa. Es una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados que busca una máxima efectividad.

Caso de estudio Área Programática del Hospital Parmenio Piñero

El área Programática del Hospital Piñero es la que figura a continuación (6),



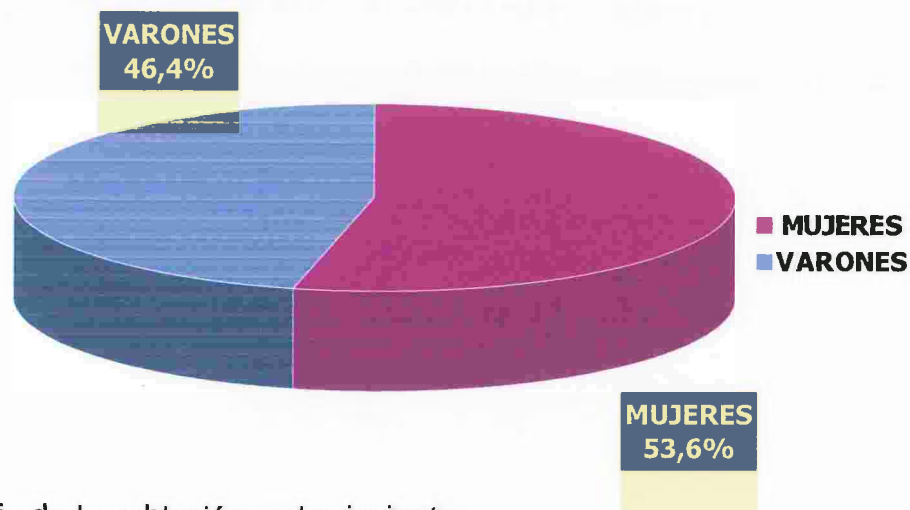
3.2 POBLACIÓN

**TOTAL DE HABITANTES INCLUIDOS EN EL AREA PROGRAMATICA: 303.764
(2005)**

La distribución por sexo de la población es la siguiente

141.081 varones

162.683 mujeres



La distribución etaria de la población es la siguiente

Rango etario	Nº de personas
De 0 a 4 años	21.768
De 5 a 9 años	20.560
De 10 a 14 años	21.419
De 15 a 19 años	21.795
De 20 a 24 años	25.737
De 25 a 29 años	25.244
De 30 a 34 años	21.692
De 35 a 39 años	19.386
De 40 de 44 años	18.686
De 45 a 49 años	17.194
De 50 a 54 años	16.871
De 55 a 59 años	14.649
De 60 a 64 años	13.028
Mayor de 65 años	45.735

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo GCBA

Al agrupar las edades por rangos (bebés, niños, adolescentes, adultos, ancianos) arroja el siguiente gráfico

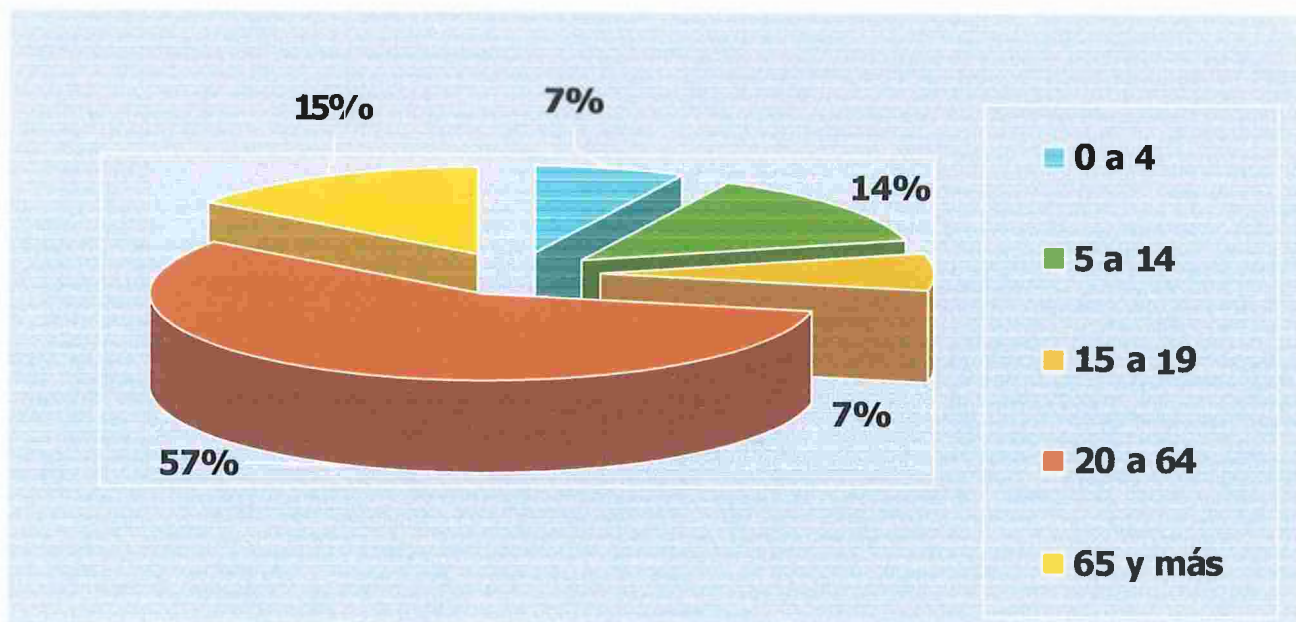
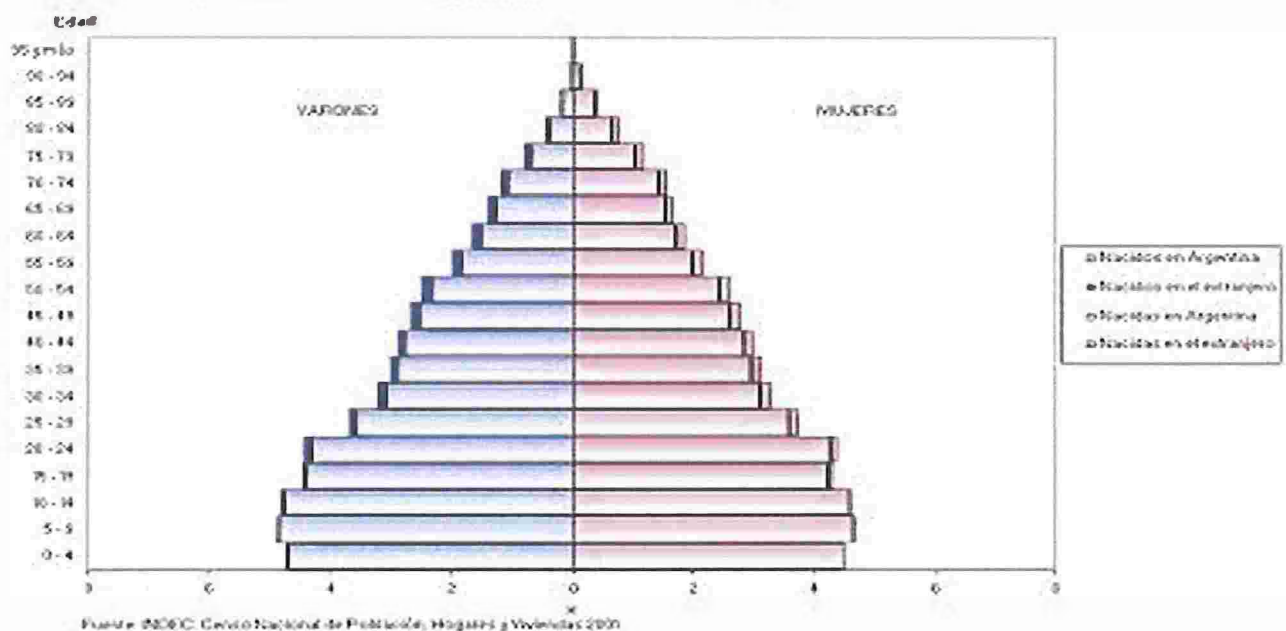
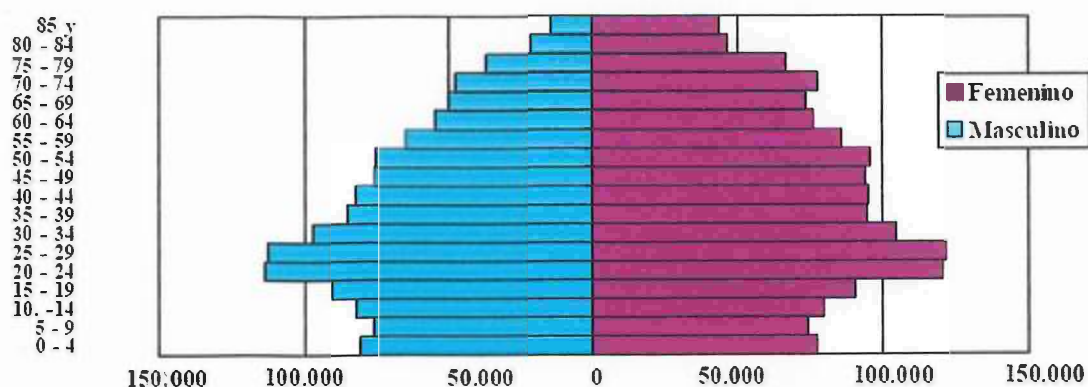


Gráfico 2.2 Total País. Población: estructura por edad, sexo y lugar de nacimiento. Año 2001



Si se efectuara la pirámide poblacional del Área Programática el grafico arrojaría como resultado la mayor presencia de mujeres, (54% - 46%) (tal como ocurre en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires donde la población es mayoritariamente femenina) y en relación a las edades la composición tanto para varones como para las mujeres es similar, sin diferencias sustanciales. Sería una pirámide envejecida, donde las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los varones.

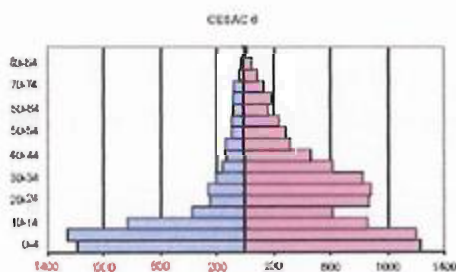
Pirámide poblacional - Ciudad de Buenos Aires - Año 2001



3.2.1 COMPOSICIÓN POBLACIONAL DE LOS CENTROS DE SALUD DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL P. PIÑERO (A OCTUBRE 2005)¹¹

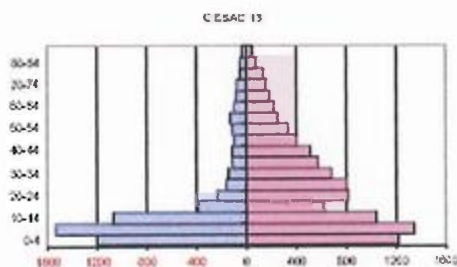
Población registrada
CESAC 6

GRUPOS DE EDAD	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
0	71	73	144
1-4	1107	1163	2270
5-9	1256	1202	2458
10-14	831	861	1692
15-19	372	618	990
20-24	297	871	1168
25-29	263	886	1149
30-34	203	829	1032
35-39	155	618	773
40-44	132	462	594
45-49	124	375	499
50-54	81	291	372
55-59	81	243	324
60-64	75	170	245
65-69	72	195	267
70-74	68	137	205
75-79	34	91	125
80-84	17	55	72
85 y +	3	15	18
Total	5192	9105	14297



Población registrada
CESAC 13

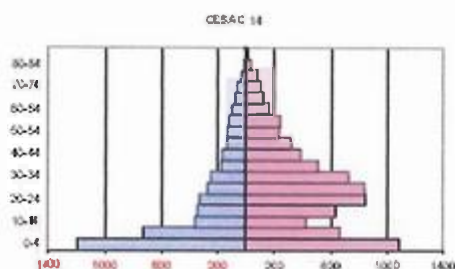
GRUPOS DE EDAD	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
0	149	119	268
1-4	1050	1106	2156
5-9	1532	1349	2881
10-14	1075	1046	2121
15-19	384	632	1016
20-24	235	816	1051
25-29	156	807	963
30-34	144	684	828
35-39	107	571	678
40-44	112	517	629
45-49	92	485	577
50-54	107	336	443
55-59	129	253	382
60-64	93	230	323
65-69	76	191	267
70-74	72	165	237
75-79	47	142	189
80-84	43	81	124
85 y +	25	46	71
Total	5628	9509	15137



¹¹ Gráficos proporcionados por el área programática del Hospital P Piñero 2005 (a octubre)

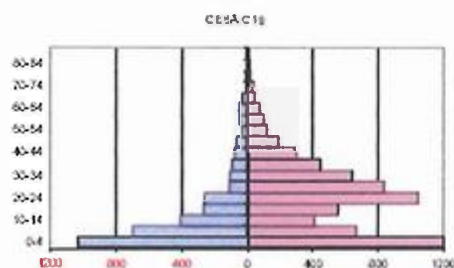
Población registrada
CESAC 14

GRUPOS DE EDAD	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
0	187	202	389
1-4	1009	893	1902
5-9	726	670	1394
10-14	350	428	786
15-19	341	636	977
20-24	326	848	1174
25-29	268	642	910
30-34	247	729	976
35-39	175	514	689
40-44	164	387	551
45-49	133	321	454
50-54	128	232	360
55-59	121	264	385
60-64	95	173	267
65-69	74	125	199
70-74	55	109	164
75-79	29	83	112
80-84	10	33	43
85 y +	7	14	21
Total	4450	7483	11933



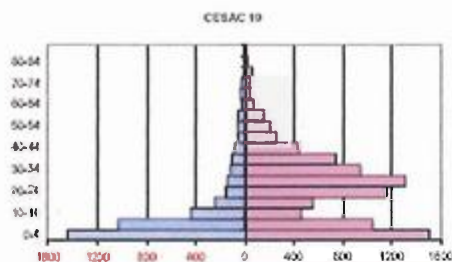
Población registrada
CESAC 18

GRUPOS DE EDAD	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
0	90	101	191
1-4	948	1105	2053
5-9	699	667	1366
10-14	406	412	818
15-19	266	554	820
20-24	258	1047	1305
25-29	110	840	950
30-34	104	642	746
35-39	89	445	534
40-44	75	282	357
45-49	61	199	260
50-54	36	129	165
55-59	44	116	160
60-64	47	85	132
65-69	32	52	84
70-74	11	36	47
75-79	9	21	30
80-84	4	12	16
85 y +	3	11	14
Total	3797	6776	10573



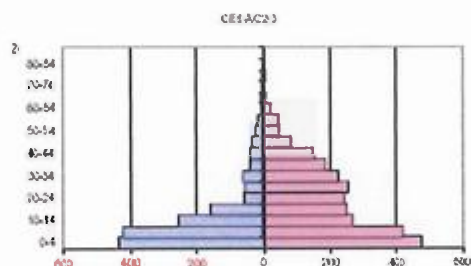
Población registrada
CESAC 19

GRUPOS DE EDAD	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
0	166	151	317
1-4	1272	1357	2629
5-9	1026	1039	2065
10-14	438	454	892
15-19	241	552	793
20-24	157	1159	1316
25-29	146	1308	1454
30-34	115	943	1058
35-39	108	735	843
40-44	81	439	520
45-49	61	282	343
50-54	55	233	288
55-59	59	180	239
60-64	28	96	124
65-69	34	70	104
70-74	30	63	93
75-79	15	57	72
80-84	6	18	24
85 y +	3	11	14
Total	4043	9152	13195



Población registrada CESAC 20

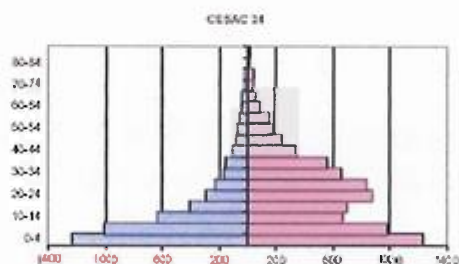
GRUPOS DE EDAD	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
0	35	22	57
1-4	397	457	854
5-9	420	419	839
10-14	254	260	514
15-19	158	250	408
20-24	57	245	302
25-29	54	255	309
30-34	60	224	284
35-39	39	186	225
40-44	39	155	194
45-49	33	88	121
50-54	20	53	73
55-59	15	49	64
60-64	5	26	31
65-69	7	11	18
70-74	2	4	6
75-79	2	7	9
80-84	0	2	2
85 y +	0	1	1
Total	1597	2723	4320



El CESAC 20 sólo informó los meses de enero, julio y agosto en el año 2005

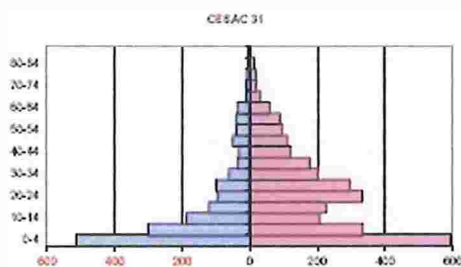
Población registrada
CESAC 24

GRUPOS DE EDAD	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
0	142	137	279
1-4	1096	1095	2191
5-9	1010	985	1995
10-14	632	672	1303
15-19	409	701	1110
20-24	294	877	1171
25-29	227	835	1062
30-34	164	661	825
35-39	156	564	720
40-44	107	349	456
45-49	83	249	332
50-54	75	177	252
55-59	55	162	217
60-64	42	96	138
65-69	39	64	103
70-74	21	40	61
75-79	20	44	64
80-84	5	10	15
85 y +	3	10	13
Total	4585	7728	12313



Población registrada
CESAC 31

GRUPOS DE EDAD	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
0	86	129	215
1-4	426	465	891
5-9	301	335	636
10-14	186	206	392
15-19	120	228	348
20-24	95	334	429
25-29	99	297	396
30-34	61	202	263
35-39	36	178	214
40-44	31	122	153
45-49	48	111	159
50-54	40	96	136
55-59	38	89	127
60-64	35	60	95
65-69	11	34	45
70-74	10	19	29
75-79	8	16	24
80-84	5	14	19
85 y +	3	5	8
Total	1639	2982	4621



UNIVERSIDAD ISALUD
BIBLIOTECA

3.2.2 Perfil socioeconómico de la población (esta información fue relevada a partir de encuestas disponibles en el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aunque no todas las encuestas consultadas son exclusivamente de salud) se obtuvo la siguiente información;

- El 39% de la población total abarcada por el área programática es NBI (119.125 personas)
- El 34% de los hogares tiene como jefe de hogar a mujeres
- El 4% de los padres no asistió nunca a la escuela,
- El 32% de las madres no completaron la escuela primaria
- El 15% tiene el colegio secundario completo
- El 1% tiene algún terciario completo
- El 24% de los jefes/as de hogar están desocupados
- 20% tienen asignados plan Jefe de Hogar
- 56% realiza changas

En relación a la Población con Necesidades Básicas Insatisfechas¹² del área programática (NBI), la distribución geográfica es la siguiente:

Barrio / Villa	Nº Población
Soldati	39.477
Villa 3 (Fátima)	7.364
R. Carrillo/ Piletones	7.323
Illia	3.426
Rivadavia I y II	11.478
Villa1-11-14	23.169
Villa Cildañez	9.040
Villa 20	17.848
Total	119.125

Fuente: Encuesta ZAp Educación 2004

¹² Las Necesidades Básicas Insatisfechas fueron definidas según la metodología utilizada en "La pobreza en la Argentina" (Serie Estudios INDEC. Nº 1, Buenos Aires, 1984). Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son los hogares que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación: 1- Hacinamiento: hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto. 2- Vivienda: hogares en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho). 3- Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete. 4- Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela. 5- Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe no haya completado tercer grado de escolaridad primaria

3.3 Situación de salud de la población

La situación de cobertura de salud de la población del Área Programática, clasificada por tipo de cobertura y sexo es la siguiente,

SEXO	POBLACIÓN TOTAL	PLAN DE SALUD PRIVADO O MUTUAL Y OBRA SOCIAL	SOLO PLAN DE SALUD PRIVADO O MUTUAL	SOLO OBRA SOCIAL	SISTEMA PUBLICO
VARONES	141.081	7.456	17.417	59.454	56.754
MUJERES	162.683	9.491	20.008	74.912	58.272
TOTAL	303.764	16.947	37.425	134.366	115.026

Fuente: área programática Hospital P Piñero 2005

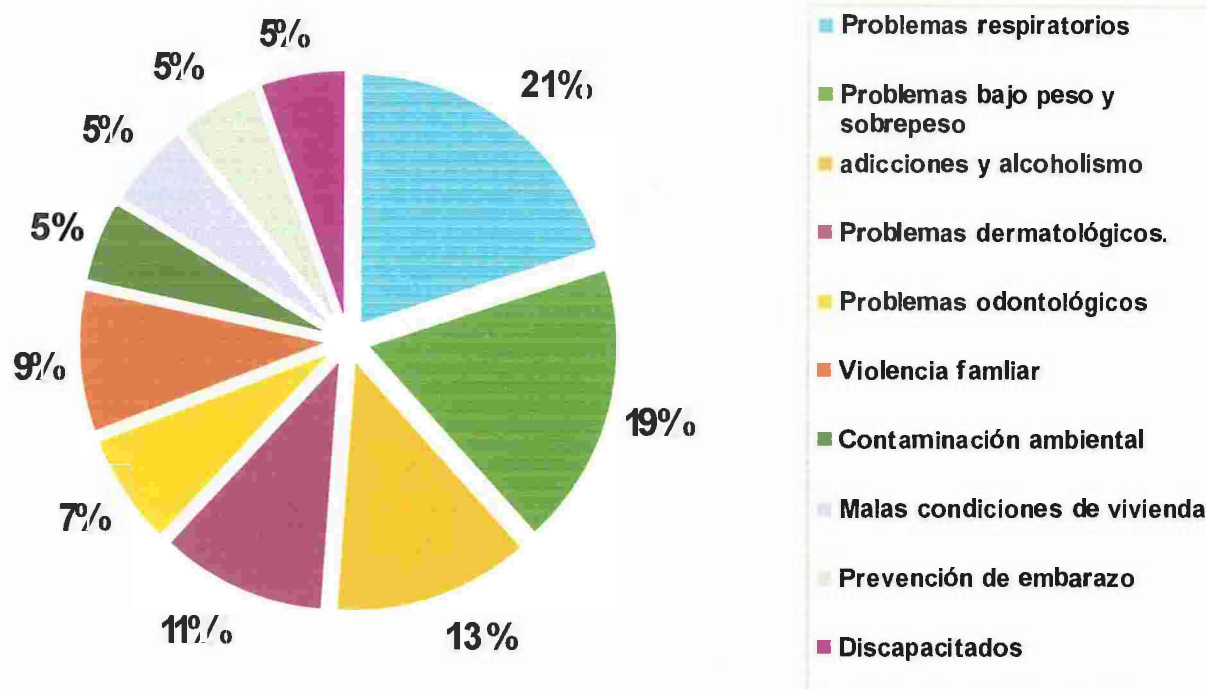
Se observa que es importante el número de personas que solo cuentan con el sistema publico de atención (40% aprox.), y se ha observado en la información que compila el hospital que muchas personas que cuentan con algún tipo de cobertura también utilizan el sistema publico de salud.

3.3.1 Principales problemas de salud relevados en el Área Programática

Relevados en función de las consultas efectuadas tanto en el Hospital como en los centros de salud y centros barriales, si bien muchos de estos problemas ocasionan una consulta al sistema de salud en general son consecuencia de las condiciones socioeconómicas de la población estudiada

- Problemas respiratorios
- Problemas bajo peso y sobrepeso
- Problemas de adicciones (alcoholismo entre otras)
- Problemas dermatológicos
- Violencia familiar y urbana
- Problemas odontológicos

- Problemas relacionados con la contaminación ambiental (manejo de residuos y roedores)
- Malas condiciones edilicias en los hogares
- Prevención de Embarazo (anticoncepción)
- Discapacitados (accesibilidad e inserción)



Producción propia con datos proporcionados por el área programática Hospital P Piñero

A continuación se enuncian algunas características propias de la población del Área Programática del Hospital Piñero que merecen destacarse, que se obtienen como corolario de la información proporcionada en el Área Programática, y se han agrupado de la siguiente manera

- Víctimas de la exclusión social y la pobreza
- Atravesados por la violencia en diversas modalidades
- Víctimas de la inseguridad extrema en el interior de los conglomerados (poca presencia de las fuerzas de seguridad por imposibilidad de circulación)

- Población que vive en la inmediatez, con problemas como las adicciones, nexos familiares débiles, niños en soledad, padres desempleados.
- Número elevado de extranjeros con dificultades de integración
- Niños que manifiestan síntomas a través de trastornos del aprendizaje u otras expresiones emocionales, trastornos de conducta

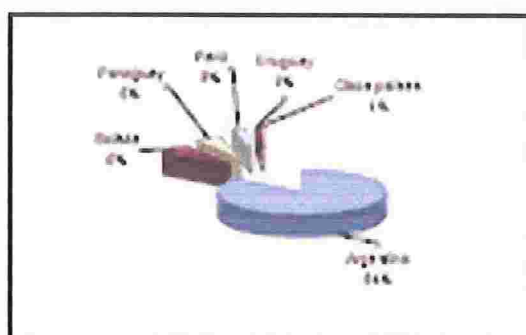
Además de estas observaciones cabe señalar otras particularidades de la población que cubre el área programática del hospital, por un lado geográficamente cubre una zona con altos niveles de marginalidad, están también comprendidos los barrios y barrios de emergencia (villas) tales como Villa 1-11-14, Soldati, Villa 3 (Fátima), Ramón Carrillo (Piletones), Illia, Rivadavia I y II, Villa Cildañez, Villa 20.

La población involucrada es heterogénea, con un nivel social bajo, alto índice de analfabetos, adolescentes con alta deserción escolar y elevada cantidad de embarazos en menores. Respecto de su nacionalidad, hay presencia de un alto nivel de inmigrantes de países vecinos, (Bolivia, Perú, Paraguay, etc) con un alto nivel de cohesión social entre los integrantes de las distintas colectividades, pero no intercolectividades o con el resto de la población.

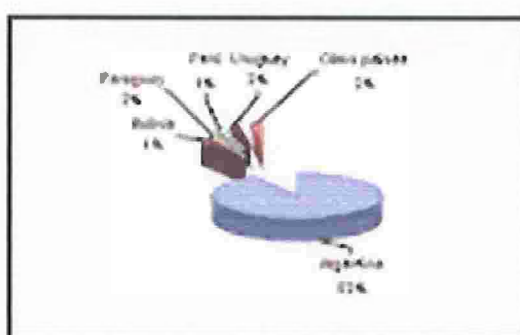
La atención de extranjeros en los efectores de salud también se evidencia en la totalidad de personas atendidas en el sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la gente registrada en los CESAC como las personas afiliadas al Programa Médicos de Cabecera tiene diversas nacionalidades (sobre todo de países limítrofes) si bien el número más alto lo representa la población originaria de Argentina es significativa la presencia de extranjeros y esta característica no es exclusividad del Área Programática del Hospital caso de estudio.

País de nacimiento de la población

Registrada en los CESAC



Afiliada al PMC



La población cubierta es mayoritariamente originaria de Argentina, en particular en PMC. Bolivianos y paraguayos lideran la presencia de nacidos en el exterior en los CESAC.

Fuente: Información en Atención Primaria de la Salud

4.- Conclusiones, Recomendaciones

- **Observaciones:**

No obstante el impulso y fundamentación que se otorga a la APS, en general la orientación del modelo sanitario sigue siendo hospitalocéntrica, y se percibe a la atención primaria como algo poco importante, o sólo como un filtro de lo único importante: los hospitales y la alta tecnología. Históricamente los centros de salud y otros eslabones de la red no gozaron del prestigio y legitimidad que si tuvo el hospital, la visión de los centros es de salas de primeros auxilios, o vacunatorios, a donde acude la clase baja. Es necesario modificar estos prejuicios culturales para acercar las instituciones de la salud a la gente.

Este postulado es especialmente útil cambiarlo en la zona geográfica analizada pues en los centros de salud y centros barriales del área programática además de ser el primer eslabón de entrada al sistema son quienes conocen las problemáticas particulares y en muchos casos tienen un acercamiento frecuente a los pacientes y sus familias, lo cual permite vínculos mas estrechos y una confianza y asiduidad que facilita el proceso de atención.

Dentro de las líneas de acción estratégica, podemos pensar que el logro principal es promover el desarrollo de los Sistemas de Salud Basados en la APS en la Región de las Américas, pero requerirá de los esfuerzos y compromiso conjuntos de los profesionales de la salud, los ciudadanos, el gobierno, la sociedad civil, las agencias multilaterales y bilaterales y otras.

No se puede perder de vista las características de la población y su entorno, tal como se han descrito en el desarrollo del trabajo, si se pretende adecuar planes y programas: se debe tener en cuenta los principales problemas de salud relevados,

los rangos etéreos y las patologías prevalentes, la nacionalidad, el nivel de escolaridad, los problemas de vivienda, trabajo, condiciones de vida, etc.

Recomendaciones: Aportes para reflexionar sobre nuevos paradigmas del sistema de salud y su desarrollo a nivel local

- **Tender hacia un sistema equitativo de salud** (entendido como equidad en el acceso¹³) lo cual implica que individuos con idénticas necesidades de salud puedan recibir cuidados equivalentes, independientemente de sus características particulares. En la práctica a veces esto no ocurre, se perciben limitaciones (barreras) geográficas, económicas, culturales o de género. Esto sumado a las barreras institucionales que evidencian los sistemas de salud fragmentados.

Considero que frente a ese escenario algunas estrategias a tener en cuenta para intentar construir un modelo mas inclusivo de salud;

- **Construcción de una Red como estrategia de articulación (salud-educación)**
 - Construcción de una RED como estrategia de articulación e intercambio entre las instituciones y las personas involucradas en esta problemática.
Establecer acuerdos normativos entre las instituciones y las personas de los distintos equipos (Salud – Educación) entendiendo que las instituciones educativas actúan como grandes ejes de contención y que el 21% de la población tiene menos de 14 años.
 - Redistribución de Recursos Humanos en cada efector, incluyendo la capacitación en atención de niños y adecuación del número de profesionales,

¹³ Atención Primaria en Salud. Daniel Maceira.

para fortalecer la institución escolar articulada directamente con el sistema de salud.

- Capacitación de un cuerpo de agentes sanitarios / educativos que se acerquen y recorran los asentamientos y barrios mas afectados en términos de salud para relevar, educar, asistir y resolver problemáticas que desembocan en consultas medicas (estas estrategias también son efectivas para campañas de prevención, concientización, planes de inmunización, etc).
- Redistribución de las escuelas del área según efectores de salud, teniendo en cuenta la accesibilidad y el número de establecimientos educativos, para canalizar a través de los alumnos la integración social y poder efectuar un seguimiento de las familias en el sistema de salud.
- Sistematizar consensuadamente con los Equipos de Orientación de Educación (EOE) las acciones a realizar.
- Planificación de las intervenciones en cada escuela de acuerdo al diagnóstico institucional previo, preferentemente realizado en conjunto con el EOE.
- Articular todas las estrategias posibles y propuestas específicas, con otros actores para realizar (tal como se está intentando) asistencia individual, grupal o familiar según necesidad. Continuar realizando las intervenciones escolares (talleres, juegotecas) para lograr la inclusión social de los niños y sus familias.

No podemos perder de vista que un equipo de salud enfrenta el desafío de comprender el entorno, elaborar estrategias e intervenir sobre las reales necesidades de salud de la comunidad afectada por una creciente vulnerabilidad individual y

colectiva¹⁴. Es esencial la promoción de canales de participación que faciliten la formulación de diagnósticos precisos para articular estrategias adecuadas tendientes a actualizar el modelo vigente.

En nuestros sistemas actuales, el poder de decisión y el personal más capacitado (o el aparentemente tal) se colocan en el hospital (el lugar más alejado del frente de batalla) y además, nuestros puestos de socorro de heridos (las unidades sanitarias o centros de salud) atienden durante cortos lapsos de tiempo durante el día generando una situación de conflicto permanente, situación que muchas veces nos hace sentir que hemos perdido la batalla contra la enfermedad¹⁵.

En el mundo posmoderno, con el fin de la historia como paradigma que clausura el futuro, e impulsa a dejar de soñar, de pensar cosas, a paralizarse, cabe recuperar el sentido de proyecto y oponerle el núcleo del significado de ser profesional: el que profesa: el que cree en algo, el que tiene valores. Y por ese camino hallar aquel enfoque.

En el trabajo, en el cual se ha propuesto como caso de análisis el Área Programática del Hospital Parmenio Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se ha buscado fundamentar como resulta claro el conocer las características de la población del área para el diseño de estrategias sanitarias efectivas.

El área programática tiene a cargo grupos poblacionales con costumbres y culturas diferentes y la comprensión y respeto de las de las mismas colaborará en el proceso de aprendizaje – intercambio para insertar los hábitos saludables pretendidos respetando la identidad e individualidades comunitarias de los asentamientos.

¹⁴ Atención Primaria en Salud. Daniel Maceira.

¹⁵ Atención Primaria de la Salud. Nuevas Dimensiones. Ediciones Isalud N° 3. Dr. Rubén Torres. Pág. 178/188

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.

VI

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.

VII La atención primaria de salud:

1. 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;
2. 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;
3. 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;
4. 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;
5. 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;

6. 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;
7. 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.

VIII

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.

IX

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.

X

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 que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional y internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

UNIVERSIDAD ISALUD
BIBLIOTECA