

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autor: Gustavo Enrique Orsi

ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DE APS APLICADA A NIVEL MUNICIPAL EN EL PARTIDO DE PINAMAR, PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

2009

Citar como: Orsi, G. E. (2009). Análisis de la estrategia de APS aplicada a nivel municipal en el partido de Pinamar, provincia de Buenos Aires. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.



**Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad
Social**

Trabajo Final Integrador

**Análisis de la estrategia de APS aplicada a nivel
municipal en el partido de Pinamar, provincia de
Buenos Aires**

Alumno: Gustavo Enrique Orsi

Promoción: 2009

Prólogo

Finalizaba el año 2002, en concordancia con mi graduación como médico tomaba la decisión de cumplir con una gran ilusión que había tenido desde siempre, vivir en Pinamar.

Desde varios años antes comenzó mi peregrinar para lograr entrevistas así intentar conseguir un puesto de trabajo como médico en la ciudad en la cual deseaba radicarme.

En 2001 llegue a conseguir una entrevista en la Dirección del Hospital Comunitario de Pinamar, entidad Municipal. Contacté en aquel momento con quien se desempeñaba como Director del Hospital, un médico quien me informó que también estaba a su cargo la Secretaria de Salud y la Dirección de Atención Primaria. Según él, no podía ofrecerme trabajo estable, solamente tal vez podría cubrir ocasionalmente algún reemplazo de guardia. Eso no estaba en mis planes. Por otra parte, era muy fuerte el interés que tenía por ingresar al sistema público de salud.

Luego de tres visitas realizadas ese año con la intención de preparar el terreno para el año próximo que obtendría el título de médico y otras tres realizadas el año siguiente con el mismo fin ya con título en mano, entendí que las posibilidades de conseguir un puesto de trabajo no eran de lo más alentadoras, de hecho estaban bastante lejanas.

Recibido de médico y ante la imposibilidad laboral en Pinamar, continúe viviendo en Lanús, partido del gran Buenos Aires, decidí incorporarme a la residencia de cirugía general, en ese momento como concurrente ya que el examen para el ingreso se realizaba recién diez meses mas adelante.

Durante ese lapso, la mayoría del tiempo estuve dentro el quirófano, lugar donde aprendí mucho de la complejidad de problemas orgánicos y poco de la complejidad de las personas. En esta concurrencia, conocí a un medico generalista, especialidad desconocida para mí y de la que nunca me habían hablado en los seis años de mi hegemónica formación. Allí mi visión hizo un giro de perspectiva.

En 2003 rendí el examen de ingreso al sistema de Residencias Médicas de la Provincia de Buenos Aires¹, buscando capacitarme en la temática de mi interés. Aprobé el ingreso y

-
- ¹La residencia es un sistema remunerado de capacitación de posgrado inmediato (o continuado), a tiempo completo con dedicación exclusiva. Lo que caracteriza a este sistema de formación es la práctica de la capacitación en servicio, esto es, desarrollar actividades asistenciales programadas y supervisadas en instituciones de salud. Esta capacitación se

me incorpore a la residencia de Medicina General Integral² a comienzos del ciclo 2003. Varias eran las situaciones que me estimulaban a realizar esta residencia, el perfil que obtendría (profundizando en lo general y altamente social) y lo ligado a mis deseos de vivir en Pinamar, ya que al ir aproximándome al sistema local de salud, las expectativas perceptibles para hacer esa especialidad se ampliaron, al entender que los criterios de implementación de APS en el primer nivel que allí se aplicaban, podían optimizarse.

Las visitas al Hospital Comunitario de aquel Municipio, continuaron siendo frecuentes (nunca menos de 3 por año), de modo que estaba permanentemente en contacto con el Director del Hospital, atento por si aparecía alguna oportunidad para mi ingreso.

Transcurrieron los tres años de residencia en medicina general en un Hospital del conurbano de la ciudad de Buenos Aires, cuatro años de visitas ininterrumpidas a quien era responsable de mí incorporación a pertenecer al plantel de médico en el Municipio de Pinamar, en muchas de estas visitas realizadas, no era atendido, y no tenía novedades alentadoras para un posible ingreso.

Llego "la rotación libre". Aclaro que son varias son las rotaciones en distintos servicios de diferentes nosocomios que se realizan durante esta residencia, y la rotación libre se puede realizar donde el residente lo solicite, siempre y cuando cumpla con el marco legal y de cumplimentar cierto papeleo formal. Algunas idas y vueltas a La Plata, algunos viajes a Pinamar y cartas a la ART terminaron felizmente en el tiempo programado, así alcance la condición de poder viajar a realizar mi rotación libre. Mi elección además del lugar fue la de trabajar en el primer nivel de atención. Así realice la rotación llamada APS (Atención Primaria de la Salud) en la Unidad Sanitaria de Ostende localidad del Partido de Pinamar.

Por tres meses fui parte del equipo sanitario de Ostende, donde fui aceptado y logré mi El sistema sanitario de ese momento estaba integrado por los mismos efectores que actualmente lo integran: El Hospital Comunitario, un CAPS en Valeria del Mar y un CAPS en Ostende todos pertenecen al ámbito municipal. Además existen algunas clínicas privadas.

- desarrolla en el ámbito intrahospitalario, como así también extramuro, en íntima relación con la comunidad a la que se dirige y en el marco de la Atención Primaria de la Salud, destacando aspectos de prevención y promoción de la salud.
- 2 Programa de residencia general Integral: ALESSANDRINI María Marta, COSCARELLI, María Raquel, DIAS Selsa Victoria, FRANCISCA Sebastián PASSALACQUA, Manuel, ROSSINI, Miguel, SAN MARTIN, María Graciela TOLOSA, Alberto Pedro, WEBER María Amalia, ZAIDMAN, Margarita (1998).
<http://cepjunin.com/biblio2010-5/medicina%20general%20integral.pdf>

Desde el CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud) realice varios proyectos para trabajar a corto, mediano y largo plazo, destacando la necesidad de la realización de trabajos extra muro, con el fin de conocer la realidad local del momento, debido a que en los últimos tiempos la localidad había sufrido modificaciones en la población, esta se había modificado (por comentarios de los agentes sanitarios del lugar de referencia) no solo por su número sino también por sus características socioculturales.

Dentro de las problemáticas encontradas puedo destacar una en especial, que demostraba un particular interés por la mayoría de los concurrentes al CAPS, el aumento de embarazos no deseados, especialmente en adolescentes.

La falta de un consultorio de salud sexual, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual ya había sido advertido por muchos de los pobladores locales, inclusive habían reclamado mediante denuncias escritas presentadas al sistema de salud antes de mi llegada, fundándose en la Ley 25.673/ 2003, que evidentemente conocían y en ella basaban su reclamo. Esto era la punta de un Iceberg, desde donde decidí trabajar para el comienzo de un proyecto aprovechando la percepción del "problema ...insatisfacción percibida por un agente comunitario, que es posible de cambio, que desafía una acción y es posible de cambio", los embarazos no deseados, especialmente en adolescentes y la falta de un consultorio de salud sexual, reproductiva y enfermedades de transmisión sexual era un inconveniente ya advertido por muchos de los pobladores locales.

Esto actuó como facilitador para la aprobación de puesta en práctica de un consultorio que abarque exclusivamente esta problemática, proyecto que fue presentado a las autoridades sanitarias. Si bien el proyecto fue utilizado para dar clases en la escuela de enfermería local, jamás fue implementado.

Transcurrieron los tres meses de la rotación libre, y faltando una semana para que finalice la rotación, los pacientes entregaron una nota al Secretario de Salud, en ella, los vecinos de la sala solicitaban mi permanencia en el CAPS. Así, mi rotación en Pinamar finalizó, y a los pocos meses también mi residencia en Lanús.

Finalizada y aprobada la capacitación de tres años de residencia de Medicina General en la provincia de Buenos Aires, muchos cursos extra curriculares, habiéndome desempeñado en el CAPS de Ostende, contando con el reconocimiento de muchos de las vecinos que allí se atendían, tampoco fue aprobado mi ingreso al sistema sanitario de Pinamar. No obstante, seguiría insistiendo.

Dadas las circunstancias decidí concursar para la jefatura de residentes en el HZGA Narciso López de Lanús, lugar donde hice mi residencia. Y la gané.

Durante 2007 ejercí la jefatura. Mientras tanto en uno de mis tantos viajes a Pinamar me hablaron de ciertas posibilidades de ingreso al sistema sanitario y en otra de mis visitas me confirmaron el puesto de trabajo para comenzar en 2008.

Las elecciones de fin de 2007 dieron otro giro aparente a la situación, cambios políticos pusieron en duda lo hablado con el secretario de salud, desde ese momento inesperadamente saliente. Después de mas de 16 años de gobierno del MUPP perdían una elección, justo cuando había conseguido un puesto de trabajo!

Pero llego a manos del nuevo secretario de Salud dos proyectos de trabajo que había presentado años atrás, durante la rotación libre, estos fueron "desarrollo de la estrategia de APS" que consistía en el fundamento de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, destacando las actividades extra muro que se podrían ir implementando mediante una correcta planificación estratégica. Además de "implementación del consultorio de salud sexual y procreación responsable" que tenia una fase de actividad en el primer nivel, desde la unidad sanitaria de Ostende en primer lugar y desde ambos CAPS en un segunda etapa.

Fui convocado a una entrevista. Asistí y el nuevo Secretario de Salud me manifestó que el desarrollo del primer nivel era una de las prioridades y si creía viable el proyecto presentado con anterioridad, cosa que asentí. Manifestó que existía un alto interés en que integre el nuevo equipo de salud. No me hice desear. Al fin, en enero de 2008 comencé a trabajar en Pinamar.

Luego de unos pocos meses terminaron mis idas y vueltas semanales a Pinamar, mudándome definitivamente a fin de febrero de 2008.

Una vez que tuve el puesto de trabajo como medico en el primer nivel de atención, solo tres meses pasaron para escuchar el ofrecimiento de ser el jefe del CAPS de Ostende, y unos pocos mas para ser el encargado de ambos CAPS. A los diez meses fui nombrado Director de Atención Primaria de Pinamar.

Este relato sintetiza los primeros desafíos y las expectativas que me impulsaron durante mis pasos iniciales en gestión en el sistema publico de salud y se relaciona fundamentalmente con mis ideales y el compromiso social que implica trabajar en esta área.

1 Introducción

El presente escrito consiste en un trabajo descriptivo en el cual se manifiesta la experiencia del desarrollo de la estrategia de atención primaria de la salud en el Partido de Pinamar, dicha implementación es considerada de relevancia porque determina un cambio en el paradigma hegemónico clásico en la relación salud/enfermedad.

La atención primaria de la salud se apoya en la declaración de Alma Ata³, "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. Para muchos este objetivo era utópico y su enunciación consistía sólo una declaración para tranquilizar conciencias, el lema implicaba un cambio radical de las políticas existentes.

En 1978, se adopta la concepción de atención primaria de la salud, estrategia global y revolucionaria que involucra al sistema sanitario, a los gobiernos y las sociedades en su conjunto. En tal filosofía la equidad y la justicia son principios insoslayables alcanzando una dimensión social y política.

La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad y de atención de las personas y el conjunto social. No sólo provee servicios de salud, sino que afronta las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria.

En su visión integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia —con sus saberes y cultura— y la medicina científica.

Por otra debe promover una distribución más justa de los recursos sociales.

Dentro de este contexto, exige ciudadanos activos que dejen de ser receptores pasivos, implica el cuidado de la salud, noción que tiene una connotación mucho más amplia e integral que la de "atención". Implica relaciones horizontales, simétricas y participativas; no se aísla en un programa o en un servicio específico, sino que es intersectorial. De este modo, se exige que las instituciones y personas tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población y de los grupos más vulnerables y que definan acciones y recursos para lograrlo.

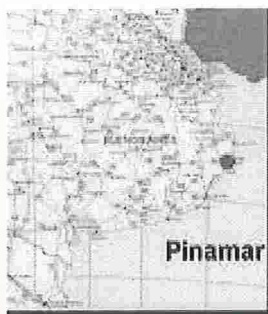
La Atención Primaria de la Salud sólo es posible si se asienta sobre los principios de respeto a

- ---
- ³Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

los derechos humanos, equidad y justicia social, esto implica readecuar los recursos, adaptándolos a las necesidades locales.

Estoy convencido que la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud repercutirá en forma directa no solo en indicadores de salud, sino en la percepción por los usuarios, es por ello que lo considero de importancia y sintetizaré los primeros pasos de esta experiencia.

2 Antecedentes Históricos



El Municipio de Pinamar se encuentra en la costa atlántica de la provincia de Buenos Aires, a 360 kilómetros al sur de la ciudad Autónoma de Buenos Aires, capital federal de la Republica Argentina. Comprende las localidades de Montecarlo, Pinamar, Ostende, Mar de Ostende, Valeria del Mar y Cariló con un total de 72 km².

Es una ciudad costera, de gran confluencia turística en los meses de verano. Es uno de los municipios con mayor crecimiento de la población estable en los últimos 20 años de la republica Argentina, pasando de 10.000 a 20.000 habitantes en la primera década de estos 20 años (100 %) y nuevamente duplicando su población en los últimos 10 años, llegando a más de 40.000 habitantes actualmente, en decir que en las ultimas dos décadas aumento un 400% su población.

Pinamar como balneario tuvo su desarrollo en la década del '40, cuando dos visionarios, el Arq. Jorge Bunge y Héctor Manuel Guerrero, siguiendo la tónica de otros pioneros que desarrollaban tareas similares en las playas vecinas, deciden acometer la titánica tarea de convertir esta zona en un balneario, bajo el lema: "Porque declararle la guerra a los médanos si podemos valernos de ellos".

Así fue que utilizando la estrategia de dejarlos donde estaban, pero fijándolos para aprovechar los declives de las dunas lograron un efecto paisajístico atractivo. Los asentamientos de las poblaciones fueron dificultosos ya que el viento con su fuerza arrasaba estos médanos de un lugar a otro sepultando todo a su paso, pero la perseverancia de la tarea logró afirmarlos y construir el paisaje con estas grandes masas de arena.

La zona que hoy ocupa Pinamar, a principios del siglo XIX se denominaba "Montes Grandes de Juancho", correspondiendo a veintiocho leguas que pertenecieron a Don José Suárez.

Estos campos, fueron del General Félix de Alzaga, quien los recibió de Juan Manuel de Rosas por haber sido Jefe del regimiento "El Restaurador".

Muerto don Félix, los heredó Martín de Alzaga, quien se casó con Felicitas Guerrero, que en 1870 murió de manera trágica, víctima de un drama pasional.

Al no tener descendencia, las tierras pasaron a ser propiedad de su padre, Don Carlos Guerrero y a la muerte de éste y de su esposa, Doña Felicitas Cueto, heredan estos campos los siete hijos del matrimonio quienes se reparten las tierras.

De esta subdivisión, realizada en 1886, los veinticinco Km. de playas y médanos costeros quedan divididos entre las estancias "Martín García", "La Invernada", "El Rosario" y "Manantiales", propiedad de Manuel y Enrique Guerrero.

En 1908 el Gobierno Provincial declara a este pueblo cabecera del "Partido del Tuyú". Corría ese año cuando el Ferrocarril del Sur habilita, en los campos de José Guerrero, una estación denominada "Juancho", que más tarde sería aprovechada para transportar a los turistas a estas playas.

En 1910, se dispuso cambiar el nombre del Partido del Tuyú por el de "Juan Madariaga". Mientras tanto, en 1908, habían llegado a la zona los belgas Fernando Robette y Agustín Poli con la idea de instalar un balneario en la costa, similar al de su lugar natal, "Ostende". Ellos gestionan y deciden la compra de la zona medanosa de los campos de Don Manuel Guerrero y nace así un proyecto urbanístico-turístico que preveía avenidas, diagonales, reservas para edificios públicos, estación de ferrocarril, terrenos para cementerio, corralón municipal y una avenida central que remataba en una traza focal denominada hemiciclo, lugar, en que se proyectaba la concentración de hoteles y edificios turísticos. En 1912 se comienza la construcción de la Rambla Sur, emplazada en el centro de este hemiciclo.

También en aquel año de 1912 se construyó el "Thermas Hotel" (hoy Hotel Ostende), en el cual pasó algunas noches el escritor y aviador Antoine de Saint Exupery, autor del célebre libro "El Principito".

Hacia 1918, Don Héctor Manuel Guerrero, propietario de los campos denominados "Dos Montes", decide forestar las dunas comenzando desde la parte continental hacia la costa. Hacia 1926 logra su sueño después de luchar durante años.

En años siguientes, Doña Valeria Cárdenas de Russo, con la ayuda del Arquitecto Jorge Bunge, decide forestar parte de sus campos sobre la costa, firmando un convenio al efecto.

En 1941 comienza la fijación y la forestación. Fue un año de muchas lluvias, circunstancia que favoreció la plantación.

En 1942 queda jurídicamente constituida la sociedad entre el Arquitecto Bunge y la Sra. Valeria Guerrero Cárdenas de Russo, uniéndose a ellos un grupo importante de profesionales y hacendados.

Pensando en el bosque de su creación (en su mayoría pinos) y en el mar, deciden asignar el nombre de "Pinamar" a este balneario.

Según ordenanza N°1613/95 del Honorable Concejo Deliberante de Pinamar, se declara "Sitio Histórico Municipal" a la Rambla Sur, ubicada en la intersección de las calles Corso

Florida, Avenida Nuestras Malvinas y el sector de playa correspondiente, el cual sirvió de paseo a los aventureros turistas de la época.

La primera casa de veraneo, propiedad de la familia Fariní, denominada "Marejada", aún se levanta en la esquina de las calles Del Tuyú y Del Odiseo con su fachada original. El 14 de febrero de 1943 Pinamar se inaugura como localidad balnearia y al año siguiente, el Poder Ejecutivo Provincial aprueba el Plan Director, creación del Arquitecto Jorge Bunge, el cual fue la guía para construir y urbanizar, respetando la topografía. En el verano de 1947/1948 don Herman Parini inició un servicio de transporte de pasajeros con la empresa "Al Mar". Esta línea pasa a ser luego la compañía "Sol Mar". Entre los años 1949/53 se comienzan a radicar en Pinamar inmigrantes italianos que llegan al país al finalizar la segunda guerra.

En ese período se comienza a organizar la sociedad estable y se forman las distintas instituciones como: el Club de Pesca, la Sociedad de Fomento, la Comisión Pro-Templo, etc. Además, Pinamar S.A. dona las tierras para la construcción de la Escuela Primaria y para Salud Pública. Así se levanta primero la Unidad Sanitaria y en donde actualmente se encuentran las instalaciones del Hospital Comunitario de Pinamar.

El 13 de agosto de 1961 muere Don Jorge Bunge, creador de este paraíso. En 1962 se concreta la creación de la Cooperativa Telefónica de Pinamar. En la década del '70 se produce un desarrollo relevante en la construcción, surgiendo las residencias multifamiliares.

El 1 de julio de 1978, por Ley 9.024 de la Provincia de Buenos Aires, se crea el "Municipio Urbano de Pinamar", que abarca parte del territorio perteneciente al partido de Gral. Juan Madariaga, dejando desde ese momento de pertenecer al partido Madre.

Sanitariamente, es preciso destacar que, durante la pertenencia a Madariaga, poco o nada se invirtió, desde lo estatal, para la creación de estamentos de salud y servicios básicos, por lo que fueron los propios vecinos que, aunando voluntades, crearon las instituciones que darían respuesta a las necesidades de una comunidad de pocos habitantes estables pero de gran crecimiento sostenido.

Entre los años 1949/53 se comienzan a radicar en Pinamar inmigrantes italianos y españoles que llegan al país al finalizar la segunda guerra.

En ese período se comienza a organizar la sociedad estable y se forman las distintas instituciones como: el club de Pesca, la Sociedad de Fomento, la Comisión Pro-Templo, etc. Además, Pinamar S.A. dona las tierras para la construcción de la Escuela Primaria y para Salud Pública. Así se levanta primero la Unidad Sanitaria, con el esfuerzo de los vecinos que, literalmente, construyeron esta primera instancia de atención de la salud.

En 1978 se constituye la Cooperativa Unidad Sanitaria de Pinamar (CUSPIN), única en el país, ya que la conforman usuarios de la salud, profesionales y no profesionales. Mediante un Contrato de Anticresis, celebrado en el Gobierno de facto, se cede el predio, por 20 años y la Provincia de Buenos Aires, otorga subsidios que permiten ampliar aquella primera "Salita" hasta alcanzar, casi, las dimensiones actuales de lo que hoy es el Hospital Comunitario de Pinamar.

El capítulo del traspaso a la Municipalidad de las instalaciones, estuvo plagado de dificultades. CUSPIN había acumulado muchas deudas y los servicios se resentían cada vez más.

El Intendente de entonces, Dr. Bias Antonio Altieri, decide comenzar los trámites para que la comuna se haga cargo de la salud pública, con el consenso de los cooperativistas, encontrando mucha resistencia en los concejales "no oficialistas" del H.C.D. local.

Finalmente se logra el objetivo en 1993.

Respecto a los CAPS, en 1978 se inaugura el La Sala de Valeria del Mar, fruto, una vez más del esfuerzo de los vecinos, congregados en una Unión Vecinal. En ese momento estaba ubicado aledaño a la Escuela Nº 4 y años más tarde, la Municipalidad construye el actual edificio de la calle Guanica.

El Sala de Ostende fue inaugurado en el año 2000 y su primer ampliación se realizó durante 2004.

En 2008 se instala en este CAPS la Dirección de Atención Primaria de Pinamar, y respondiendo a las necesidades de atención primaria de la salud de esta creciente comunidad, debe seguir aumentando sus prestaciones, por lo que actualmente está finalizando la primera etapa de la ampliación de un total de tres.

3 Fundamentos de la APS

El lugar que debe ocupar la atención primaria de salud en la infraestructura de un sistema nacional de salud, aparece en la Declaración de Alma Ata (12 de sept. 1978). Conferencia donde se expresa "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"

"La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas 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 autoresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria es 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. Dentro de este, se encuentra el Primer nivel de atención, el cual representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el principal elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Hacer de la APS el fundamento de la atención sanitaria. (OPS. 2007)

Un Sistema de Salud Basado en la APS es un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad.

Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Un Sistema de Salud Basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad.

Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.

Un Sistema de Salud Basado en la APS requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud.

Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud.

La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación hacia la APS alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una mayor satisfacción del usuario en comparación con los sistemas que tienen una débil orientación a la APS.

La reorientación de los Sistemas de Salud hacia la APS requiere el reajuste de los servicios de salud hacia la promoción y la prevención –que debe ser conseguido mediante la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno, la integración de los servicios de salud pública y de atención personal, el desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades, el uso de datos consistentes en la planificación y la toma de decisiones y la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios.

La realización plena del potencial de la APS requiere, adicionalmente, de una atención especial al papel de los recursos humanos, al desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y a la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS.

La Atención Primaria de la Salud propone dar una respuesta Integral a los problemas de salud, un modelo de atención donde el EQUIPO DE SALUD desarrolle:

- prácticas asistenciales, tanto curativas como de rehabilitación.
- prácticas preventivas
- prácticas promocionales

Se trata de una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados logrando una máxima efectividad.

Organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que deben contar con la participación de la comunidad, para resolver los problemas mediante prestaciones accesibles, de calidad garantizada y de forma continua e integral para toda la comunidad.

...“La Atención Primaria de la Salud tiene un fuerte componente comunitario en un doble sentido: por un lado, buscando más consenso y democratización del poder y por otro, más legitimación del sistema de salud que en muchos casos no es suficiente...Es indiscutible

que se incrementa la responsabilidad individual en todo lo que podrá ser la estrategia de promoción y prevención de la salud, tales como los estilos de vida, cambios de hábitos y cuidado de la salud”.

La Atención Primaria de la Salud debe analizarse desde tres perspectivas:

- 1- Como estrategia
 - 2- Como nivel de asistencia
 - 3- Como programa de actividades
- **APS como estrategia** implica la reorganización del sistema de salud en su conjunto, al ubicar como foco de atención a la propia comunidad y sus problemas. Sus acciones fundamentales serían:
 - Mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud.
 - Sostener con los recursos adecuados la oferta de servicios.
 - Adaptarse a las necesidades y aspiraciones de la población.
 - **APS como Nivel de asistencia** es equivalente a un primer nivel de atención, “puerta de entrada al sistema”. Implica establecer una comunicación continua y sistemática con la población cubierta (se trate de personas incluidas en la población de alto riesgo como aquellas consideradas como sanas o asintomáticas) y con referentes ubicados en otros niveles del sistema, para efectuar su adecuada derivación.
 - **APS como Programa de actividades** sostiene que las acciones deben abarcar a toda la población garantizando la equidad horizontal en el acceso a los servicios básicos de salud. Es cierto que la presencia de grupos con mayores necesidades de atención obliga a satisfacer prioritariamente sus necesidades.

La implementación efectiva de la APS supone un sistema regionalizado: una red integrada de servicios en la cual se otorga máxima prioridad a la atención básica prestada a nivel local como puerta de acceso al sistema de salud en su conjunto. Debe partirse de la conformación de una red integrada de servicios, que incluya a efectores tales como

- Hospital
- El Centro de Salud o Unidad Sanitaria
- Programas de Salud que estén orientados hacia el fin de mejorar la cobertura de la población.

Otro elemento fundamental para la implementación de una estrategia de APS es la INTERSECTORIALIDAD. Ella permite incorporar y sumar recursos, actividades, iniciativas que habitualmente existen y se desarrollan más allá del sistema formal de salud, a través de otras agencias sociales, como educación, además, en todas las Instituciones barriales, sociedades de Fomento, Centros de recreación, Centro de jubilados (ONG) etc.

4 Desarrollo de la implementación en el contexto de Pinamar y su comunidad.

Decidí la instalación de centro de operaciones para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la salud en el CAPS de Ostende, con intenciones del desarrollo de actividades que servirían como punta de lanza para las acciones a tender en todo el municipio.

Comencé la tarea profundizando los conocimientos de la realidad local, fortaleciendo las actividades que ya se desarrollaban, implementar rápidamente las acciones extramuro, destacando la promoción, prevención, atención de los que así lo demandaban, seguimiento de los que se encuentren con trastornos crónicos y rehabilitación de los que la requieran, como así también investigar los problemas percibidos y existentes en la comunidad. Fortalecimiento o creación de redes.

Para lograr conformar equipos interdisciplinarios de salud, propuse reuniones con todo el personal que desarrollaba actividades en el CAPS, las cuales se desarrollaron semanalmente. Todos debían participar en estos encuentros, desde el personal de maestranza, hasta el jefe, pasando por administrativos, licenciados, enfermeros, médicos. Así se produjo un lento pero profundo cambio de enfoque, respecto a visión y misión de nuestro trabajo, pasando a ser el eje la salud y no únicamente la enfermedad el lugar desde donde teníamos que trabajar.

La necesidad de un proyecto mediano y largo plazo para el desarrollo local era necesario. Para ello, era vital la realización de un diagnostico comunitario, así que comencé por dos puntos cruciales para lograr que este objetivo sea realmente fructífero. Uno fue ponerme en contacto con los equipos de trabajo que cuenta desarrollo social, y así empecé a asistir a las reuniones barriales en la comunidad. Otro fue la confección de encuestas para comenzar un diagnostico comunitario.

Asistiendo a reuniones barriales, demarque una zona algo georeferencial amplia en un primer momento en la que considere indicado para que trabaje el equipo interdisciplinario. Luego, trabaje en el diseño de la encuesta cerrada con su respectivo instructivo para realizarla, (Anexo 1 y 2) ya que resultaría vital que cualquiera que realice la encuesta interprete lo mismo en cada ítems.

Simultáneamente, empezamos un estudio de programas vigentes, tanto Nacionales y provinciales, que financien recursos humanos e insumos para la implementación de estrategias de Atención Primaria en el nivel municipal.

Desarrolle y presente proyectos de trabajo al Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires, para conseguir la financiación apropiada, o al menos, algo de financiación.

Si bien teníamos un conocimiento bastante acertado de la zona a trabajar, se organizó una reunión en la cual solicité la ayuda de otros profesionales, al servicio de acción Social. Debía conocer donde se encontraban los porcentajes de poblaciones con más alto índice de necesidades básicas insatisfechas así como donde ellos encontraban la mayor inaccesibilidad al sistema sanitario.

Así fuimos delineando la zona georeferencial cada vez más estrecha, donde empezaríamos la primera etapa del trabajo, un trabajo exclusivamente extramuros, un diagnóstico comunitario, para conocer en forma concreta la realidad local, casa por casa, conociendo a las personas y su medio ambiente.

La invitación a la participación a una tarea en conjunto con las Asistentes Sociales, no tuvo éxito, ya que por falta de recurso humano y un inapropiado manejo del tiempo consolidado durante años, su presencia en el CAPS se efectivizó solo una vez por semana. En el terreno, subdividimos a Ostende en cuatro cuadrantes, quedando varias zonas claramente delimitadas, siendo la más humilde la conocida como la "zona roja de Ostende" por el alto grado de vulnerabilidad de sus pobladores. Este fue el punto elegido para comenzar el trabajo, una zona de unas 56 manzanas con aproximadamente 2700 personas.

Simultáneamente, y con el fin de aumentar la equidad (Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, OPS 2005 ⁴) en poblaciones de menor demanda, inicié un trabajo con la población más vulnerable, las mujeres y los niños.

Desde las escuelas de la zona, en primer lugar la escuela Nº 2 de Ostende, luego el Nº 4 de Valeria del Mar, luego en la escuela Nº 3 de Ostende y en la escuela Nº 5 de Pinamar. Exclusivamente en esta tarea extra muro, desplegué las tareas de prevención y promoción de la Salud en conjunto con educación, contando con el apoyo del equipo interdisciplinario formado para tal sentido, brindando talleres de salud buco dental (odontólogos), salud sexual (ginecólogos y generalistas) hábitos saludables (médicos generalistas), Posturas saludables (kinesiólogos) Cuidado de la salud (enfermería).

-
- ⁴ La renovación de la Atención Primaria de la Salud en Las Américas. Documento de la posición de la Organización Panamericana de la Salud /Organización mundial de la salud (OPS/OMS) año 2007.

Versión original en inglés (2007) con el título: Renewing Primary Health Care in the Americas, 2007 Edition ISBN 92 75 12698 4. Washington, D.C: OPS, © 2007.

Pinamar cuenta con un móvil Odontológico, el cual es un trailer con un consultorio odontológico completo. El recurso humano profesional (odontopediatra) desarrolla las tareas desde el móvil todos los días, 6 hs por día, y se instalo dos meses aproximadamente en cada una de las escuelas mencionadas. Una vez finalizada su tarea, controles y atenciones (las que la odontóloga crea necesaria o las que no pueden ser demoradas) lo trasladamos y colocando en la puerta de el próximo establecimiento escolar, ya preestablecido en el POA (plan de objetivos anuales). Además, el móvil en cuestión es utilizado como base en las escuelas mencionadas para desplegar otras actividades prevención, como el control de libretas sanitarias, aula por aula, niño por niño, con un exhaustivo control.

Gracias al trabajo realizado en esta área y la importante colaboración de los agentes comunitarios, pudimos llegar hasta el domicilio de muchos de los niños que ante reiteradas solicitudes de presentar libretas sanitarias en sus cuadernos de comunicaciones al controlador en la escuela, o la negativa ante llamados telefónicos, no respondían al pedido.

Otro aspecto abordado es el nutricional, en el que se han incorporado al control aproximadamente 70 pacientes.

Actividades de prevención y promoción en escuelas. Se consensuó con la jefatura Distrital de Educación, secretaria de asuntos docentes, dependiente del Ministerio de Educación de la provincia de Buenos aires, el comienzo de charlas y talleres de orientación, formación y educación sexual, higiene y nutrición, formando redes intersectoriales para el acceso adecuado a estas problemáticas. Se aprobó en conjunto con docentes, la capacitación de interesados/as sobre los temas a abordar en dichos talleres.

Una nueva forma de control fue implementada en el servicio de acción social del hospital, en el cual se volcó a un mapa georeferencial, las viviendas de todos los nacimientos ocurridos en el Municipio.

Los domicilios de niños recién nacidos y antes de los 30 días de vida, son visitados por las trabajadoras sociales, no solo para controlar la vacunación y el control médico adecuado, sino en busca de informar, disminuir inquietudes, estimular la lactancia materna e informar factores de riesgo encontrados. Además se registran los embarazos para un adecuado control, y se destacan los producidos en pacientes menores de edad. . De agosto a diciembre de 2008 159 niños fueron controlados (con 203 visitas realizadas). De marzo a noviembre de 2009, 191 fueron controlados (con 257 visitas realizadas).

Con respecto al control de embarazos, entre enero y octubre se atendieron en la Unidad Sanitaria de Ostende 232 pacientes embarazadas, de las cuales 152 están actualmente

bajo control. De las 70 pacientes que ya tuvieron familia, 16 eran menores de edad, 28 tuvieron entre 7 y 12 controles, 16 mujeres recibieron entre 5 y 7 controles y 21 tuvieron menos de 5 controles. Recordemos que el grupo de mujeres atendidas con controles inadecuados comprende en su gran mayoría a personas inmigrantes que comienzan el control de su embarazo en forma tardía (luego de la semana 20).

e trabajo intensamente y de una forma diferencial sobre salud reproductiva junto al servicio de enfermería, obstetricia y ginecología creando un equipo interdisciplinario de abordaje en el tema. Como promotores de salud actuaron muchas veces personal administrativo, personal de maestranza, trabajadoras sociales, psicólogas, licenciadas, médicos y personas de la comunidad como así también de otros sectores del municipio, como desde el servicio de acción social y educación, estimulando a las personas de ambos sexos que se encuentren en edad reproductiva a participar en estos encuentros.

En 2008 decido incorporar al Municipio el sub-programa de salud sexual y procreación responsable del programa Materno Infantil del Ministerio de la Nación, ⁵(**Ley 25.673**)

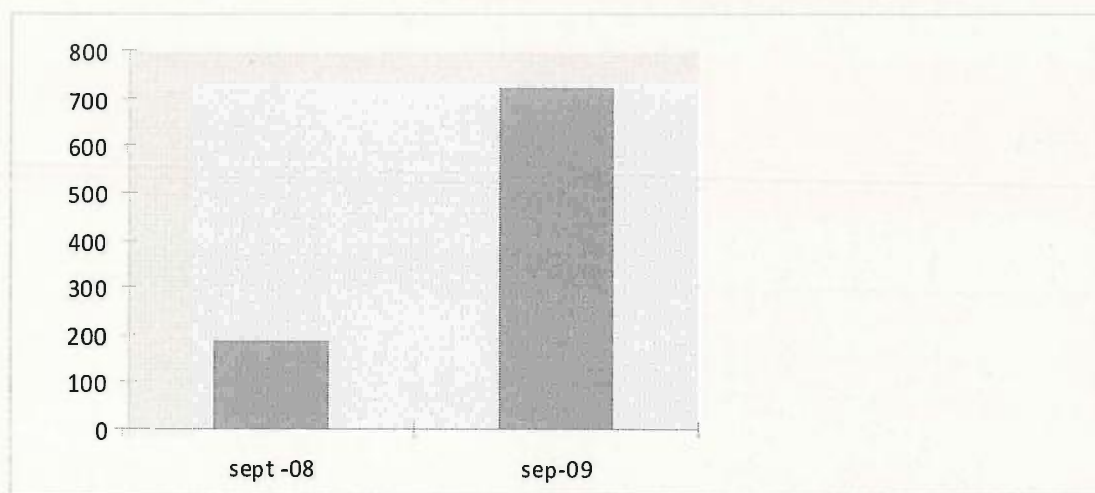
En Julio de 2008 se inaugura el primer consultorio de Salud sexual y procreación responsable del Municipio de Pinamar. Todos los días martes por la mañana se realizan los talleres de salud sexual y procreación responsable en la sala de Ostende, que son organizados y ejecutados por personal de enfermería y médicos. La finalidad de estos talleres no es evitar que la mujer se embarace, sino evitar la transmisión de enfermedades sexuales y que las personas puedan programar el momento adecuado para tener hijos. De 32 personas mensuales promedio que acudía a la sala requiriendo la prestación del mencionado programa en diciembre último, pasamos a 195 en diciembre de 2008 con la incorporación del consultorio exclusivo para el abordaje de salud sexual y reproductiva y procreación responsable. En 2009 las personas bajo programa ascienden a 395 personas. En julio de 2009 se incorpora el segundo consultorio en Pinamar de SSPR, replicando la experiencia del consultorio y los talleres de Ostende, pero esta vez en el CAPS de Valeria del Mar.

Dos fueron las causas que nos orientaron a abordar la temática de salud reproductiva en el CAPS, la primera fue la alta preocupación percibida por la comunidad, ya descripta como "problema" y la segunda la manifestación del aumento de los embarazos no deseados, en especial en adolescentes como también disminuir el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

⁵ LEY 25.673 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN
http://www.sdh.gba.gov.ar/normativanacyprov/ninez/nacional/nac_ley25673prognac_saludsexual_proc.pdf

Sumando interdisciplinariamente médicos generalistas, junto a modificaciones estratégicas, pasamos de 187 personas atendidas en los consultorios de Medicina General en abril de 2008 a 719 en agosto de 2008. Lo que representa un aumento del 384 %.

Atenciones médicas realizadas por especialistas en medicina general (2008/2009)



Datos propios

5 Alcances y estrategia del fortalecimiento de APS en Pinamar.

Respecto al 2007 se incrementó en más del 144% las actividades de consultorios externos en el primer nivel en atención intra muro y más del 300% en las actividades extramuros.

- Se inicio la realización del diagnostico comunitario, donde agentes, enfermeros, licenciados y médicos trabajan en los barrios (casa por casa) tomando contacto con las personas de nuestra comunidad y su realidad. De esta manera se están adecuando los recursos a las necesidades de nuestra población.
- Se trabaja intensamente y en forma concreta con los sectores más vulnerables: niños y mujeres.
- Desde agosto de 2008 implementamos el seguimiento estricto de todos los Recién Nacidos (RN), así, en forma sistemática, Asistentes Sociales, miembros del equipo interdisciplinario de APS, visitan antes de los 30 días de vida a todos los RN en sus domicilios, en búsqueda temprana de factores de riesgo o NBI (necesidades básicas insatisfechas). De agosto a diciembre de 2008 159 niños fueron controladas (con 203 visitas realizadas). De marzo a noviembre de 2009, 191 fueron controlados (con 257 visitas realizadas)
- Se aumento en un 350% el control nutricional de personas desde los CAPS. El 75 % corresponden al sexo femenino y el porcentaje restante al sexo masculino. En su mayoría son personas de edad adulta entre 19 y 55 años. Alrededor del 25 % de los pacientes son niños y adolescentes cuyas patologías prevalentes son sobrepeso y obesidad. Se ha observado sólo un caso de enfermedad celíaca de una joven de 18 años con normopeso. Se corrobora alta predisposición genética de cada persona.
- Desde el consultorio de Nutrición se incluye a personas con obesidad mórbida, Los actuales registros demuestran que las patologías prevalentes dentro de este grupo de personas, son: hipertensión arterial (HTA), diabetes tipo 2 (DBT 2) o hiperglucemias sin diagnóstico de diabetes (intolerancia a la glucosa o insulinoresistencia) y dislipidemias (hipercolesterolemias e hipertrigliceridemias). Encontramos alta población con Síndrome o enfermedad metabólica, por lo que resulta de vital importancia la incorporación paulatina de tareas prevención primaria como secundaria para optimizar la calidad de vida de la población.
- Se esta trabajando interdisciplinariamente sobre el aspecto sociocultural, modificar el estilos de vida, no sólo con una alimentación equilibrada y moderada, sino también

estimulando la actividad física como hábito saludable, con el fin de mejorar la calidad de vida.

- En el CAPS de Ostende, durante 2008 se inauguró el primer consultorio de Pinamar exclusivo de salud sexual y procreación responsable (SSPR). El Programa materno infantil de la Provincia de Bs. As. comprende, entre otros, el sub.-programa de salud sexual y procreación responsable, que brinda la posibilidad de información, atención y seguimiento de todas las personas que lo deseen, como así también brinda la totalidad de los insumos necesarios para las actividades preservativos, anticonceptivos orales tanto monohormonales como de dos hormonas, anticonceptivos inyectables, colocación de DIU y hasta la posibilidad de un ligamiento de trompas o vasectomía están contempladas en este programa provincial. Más de 3200 consultas se realizaron desde enero a noviembre del este año, a este nuevo consultorio.
- En julio de 2009 se incorpora el segundo consultorio en Pinamar de SSPR, replicando la experiencia del consultorio y los talleres de Ostende, pero esta vez en el CAPS de Valeria del Mar.
- Se concretan reuniones en reiteradas ocasiones en la Plata, se acuerda y firma convenio del Plan Nacer con el Ministerio de Salud de La Provincia de Bs. As. Autoridades ministeriales destacan la forma de implementación del mismo en el municipio, cumpliendo con la inscripción del 100% de la población elegible en tres meses y superando lo esperable para este 2009.

En diciembre de 2009 se recibe el primer depósito de 13.085 pesos, correspondiente a la facturación de abril y mayo del año en curso, de un total de 54.000 facturados hasta octubre del 2009.

- APS solicita incorporar a Pinamar a la capacitación del Ministerio de la Nación. Luego de cumplimentar todos los requisitos se firma el convenio de acceso al posgrado y a becas para Médicos Comunitarios, incorporando a Médicos y Enfermeros del municipio a la capacitación en salud Comunitaria dictada por UBA (Universidad de Buenos Aires). Profesionales de nuestro primer nivel de atención, desde 2008 y hasta 2011 son parte la 5 cohorte de este postgrado.
- Se gestionó e incrementó en un 150% la cantidad de botiquines recibidos por el programa remediar entre ambos CAPS. En octubre de 2009 el primer nivel recibió 5 botiquines de este programa, representando un valor de 15000 pesos en medicación del Ministerio de la Nación aporta a nuestra comunidad.
- Se diseña, presenta y aplica el proyecto para la incorporación de equipos interdisciplinarios de Salud Familiar de la Nación al Municipio de Pinamar, el proyecto

diseñado desde la Dirección de Atención Primaria es destacado como "modelo" por el Ministerio, y es ofrecido desde nación a los municipios de cualquier lugar del país que deseen incorporarse al programa.

- Se propone proyecto estratégico en conjunto a Nación y Provincia para realizar una mega jornada de salud dirigida a poblaciones vulnerables y sin seguro social en el Municipio de Pinamar. Actividad totalmente inédita en la zona. Aprobado el mismo, 2 hospitales móviles del Ministerio de la Provincia de Bs. As. junto al recurso humano solventado por Nación más los insumos y recurso humano propio del Municipio, trabajaron sobre sectores excluidos de nuestro Partido. Durante 10 días, en Ostende, se realizaron en forma ordenada y programada, mamografías, ecografías y PAP en forma totalmente gratuita a más de 500 mujeres sin cobertura social.
- En el marco del Plan Nacer se gestionaron los insumos para modernizar el equipamiento de ambos centros de APS. Desde la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la provincia de Buenos Aires en acuerdo con el Director de Atención Primaria, se pacta entrega del Plan Nacer beneficiando a los CAPS de Pinamar con:
 - 5 (cinco) cunas de acrílico.
 - 4 (dos) ficheros de Historias Clínicas
 - 4 (cuatro) balanzas de pie con altímetro
 - 4 (dos) balanzas lactantes
 - 4 (cuatro) cajas de suturas
 - 4 (cuatro) cajas de curaciones
 - 4 (cuatro) cajas de exámenes ginecológicos
 - 2 (dos) carros de curaciones
 - 2 (dos) nebulizadores con aspirador y carro
 - 2 (dos) vitrinas para medicamentos
 - 2 (dos) camillas pediátricas
 - 2 (dos) camillas ginecológicas
 - 2 (dos) camillas de examen universal (con equipamiento completo, otoscopio, interna, tensiometro y múltiples accesorios)

Cabe destacar, que para retirar el equipamiento en campo de Mayo, Bs. As. (400km de distancia) un chofer integrante del equipo ofreció viajar en su día franco, sin percibir haberes, y el dinero para el gasoil del móvil fue recolectado espontáneamente entre el personal del CAPS de Valeria del Mar.

- Del equipamiento recibido se donó 5 cunas y una balanza pediátrica al quirófano y la sala de partos de nuestro Hospital, debido a que se encontraban en malas condiciones las que allí se encontraban.
- La facultad de Medicina de la Universidad del Salvador se pone en contacto con esta dirección solicitando trabajar conjuntamente, para el dictado de la materia Atención Primaria de la Salud de la carrera de medicina en nuestros CAPS.
- Durante 2009 se organizaron múltiples jornadas de capacitaciones en el SUM (salón de usos múltiples) del CAPS Ostende, dirigido a distintos sectores del área, como por ejemplo: Jornada de actualización en vacunación, Jornadas de medio ambiente y su impacto en salud, capacitación sobre Gripe H1N1, Dengue, Infecciones Respiratorias Bajas, Médicos Comunitarios, actualización de diagnóstico y tratamiento de TBC, jornadas de capacitación en desnutrición infantil, manipulación de alimentos etc. siempre dictado por profesionales referentes en el tema.
- Se logra superar la meta en campaña Nacional contra la rubéola congénita, planificada y ejecutada desde esta dirección, el municipio alcanzo el máximo porcentaje de cobertura de los 16 municipios de la Región Sanitaria VIII.
- Como resultado de reuniones realizadas con el Director Provincial de Medicina Preventiva se acuerda con el Ministerio de Salud de La Provincia de Buenos Aires, la implementación del Progema, (programa de prevención del cáncer genito-mamario) recibiendo de esta forma todos los insumos para el rastreo temprano del cáncer genital femenino en forma gratuita, contribuyendo de esta forma a la equidad de nuestra población en forma gratuita a las actividades de Screening recomendadas por especialistas.
- Se solicito ante el Ministerio de Salud de la Nación becas para seis promotores de salud, las cuales fueron otorgadas, fortaleciendo de este modo la estructura del primer nivel de atención.
- Obtenidas en gestiones con región sanitaria VIII en 2008, se mantienen las tres becas para enfermeros del programa contra la Insuficiencia Respiratoria Aguda Baja (IRAB) de la provincia de Buenos Aires.
- Se expone en el 2do Congreso de Atención Primaria de la Provincia de Buenos Aires, en Mar del Plata, un póster volcando datos obtenidos en el diagnóstico situacional realizado en las zonas mas humildes de la localidad de Ostende. El trabajo, realizado por el equipo interdisciplinario de APS, representa a Pinamar en el evento.

- Firma de Convenio de implementación del SFS (Seguro familiar de Salud) con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El Secretario de Planificación provincial felicita a las autoridades locales por la tarea realizada por esta dirección y espera "un efecto multiplicador de las tareas desde aquí realizada en otros Municipios"
- Se realizan jornadas de Vacunación en establecimientos escolares donde se controlaron 1740 niños, detectando e inmunizando más de 450 niños, que poseían el calendario obligatorio incompleto, muchos con mas de una dosis, realizando mas de 700 aplicaciones.
- En convenio con la Dirección de salud bucal de la provincia de Buenos Aires con la dirección de atención primaria, se acuerda la intervención gratuita de pacientes desdentados sin recursos y sin cobertura social. Así el equipo del Ministerio de la Provincia de Bs. As. realiza la primera intervención quirúrgica en el consultorio odontológico del Valeria del Mar, los primeros cuatro implantes en maxilar inferior de pernos, a los cuales se les realizara en una segunda etapa una prótesis, la cual sera fijada por los implantes ya realizados.
- Lugo de gestionar por medio del Progema (Programa de Prevención del cáncer Genito mamario) el Ministerio de la Provincia de Buenos Aires, provee de un colposcopio de última generación para el CAPS de Ostende.
- El 20 de noviembre de 2009 se comienza la primera etapa de las obras de ampliación en el CAPS de Ostende. Finalizando esta (26 de diciembre) comienza la segunda etapa, que consiste en la construcción del vacunatorio del CAPS.

6 Conclusiones

Este trabajo, tal como se propuso en su objetivo, presentó la experiencia del desarrollo e implementación de la estrategia de atención primaria de la salud en un municipio de la Provincia de Buenos Aires (Partido de Pinamar). El análisis de esta experiencia es relevante en tanto ilustra en el caso que se ha seleccionado como esta estrategia de base comunitaria se traduce en cambios en el paradigma hegemónico clásico en la relación salud/enfermedad. El trabajo de salud en comunidad demostró:

- La mejora de los indicadores de salud de la población bajo cobertura del área programática.
- El aumento de la concurrencia a los Centros de Salud.
- La mayor satisfacción de la comunidad con la atención recibida y respecto a los servicios ofrecidos por los Centros.
- Que esta estrategia de atención primaria posibilita dar respuesta a necesidades de la población no reveladas aún como demandas.
- Que esta estrategia es clave para desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud, como así también atender problemáticas emergentes de base social (alcohol, adicciones, violencia)
- Que esta estrategia resulta clave para fortalecer programas y articular las actividades que de ellos devienen, por ejemplo el programa sexual y procreación responsable.
- Que el trabajo sanitario extramuros y inserto en los procesos comunitarios demuestra en alto impacto en los indicadores sanitarios y resulta un mecanismo de inclusión social fundamental.
- Que resulta fundamental el trabajo en red y la articulación entre niveles de atención para la mejora continua de las prestaciones orientadas a la comunidad.
- Que la atención primaria de la salud constituye una estrategia de inclusión social y sanitaria de base comunitaria donde asumen un rol fundamental (empoderamiento) los propios actores de esa comunidad, por ejemplo los agentes sanitarios, que participan como referentes comunitarios y como integrantes de los equipos de salud interdisciplinarios.

Anexo 1: INSTRUCTIVO PARA LA ENCUESTA

Indicadores Demográficos

1. **Nº de casa:** Número asignado de acuerdo al plano realizado en el primer abordaje de la zona.
2. **Procedencia:** Lugar de origen de la familia.
3. **Familigrama:** Gráfico de la familia donde se incluirá solo a los convivientes, de la siguiente forma:

Mujeres:



Hombres:



Embarazos:



Fallecidos:



Unión estable: Línea continua

Unión inestable: Línea discontinua

Las edades deben ser registradas en el familigrama.

4. **Tipos de familias:**

Nuclear: Madre, padre, e hijos.

Ampliada: Madre, padre, hijos y tios (una misma generacion).

Extensa: Madre, padre, hijos y abuelos (una generación más).

Monoparental: Un solo progenitor como jefe de familia.

Binuclear: Madre, padre, hijos comunes y de otros matrimonios.

Pseudofamilia: No los unen lazos de sangre pero articulan como familia.

5. **Tiempo de estadia en el barrio:** Será determinado como:

Estable: > a 5 años.

Inestable: < a 5 años.

Indicadores de Nivel de Vida

1. **Vivienda:**

Precaria: Cuyo material predominante (mayor al 50%) es chapa madera, o carton.

No precaria: Mat. Predominante ladrillo o bloque.

■ **Nº de habitaciones destinadas a dormir**

■ **Agua:**

Si: Corriente: De red.

De pozo (discriminar extracción manual o mecánica)

No: Utiliza canilla pública

Pide al vecino

Compra envasada

■ **Eliminación de excretas:**

Cloaca: De red.

Pozo ciego: Pozo domiciliario.

Cielo abierto: En la superficie de la tierra.

■ **Baño:** Discriminar dentro o fuera de la casa

Letrina: Sin inodoro, de material, madera u otros.

Instalado: Con inodoro.

Pozo

Cielo Abierto: En la superficie de la tierra.

▪ Electricidad:

Si: Con medidor: Conectado por la empresa.

Enganchado: Conectado sin permiso de la empresa.

No

▪ Gas:

Si: De red

Envasado: garrafa o tubo.

No

▪ Calefacción:

Si: A gas

Leña o carbon

Querosene

Electricidad

No

▪ Terreno:

Propio: Con escritura.

Alquilado: Paga un arancel mensual con o sin contrato.

Ocupado: Con o sin permiso del propietario.

▪ Basura:

Recolección municipal: Discriminar diaria, semanal o quincenal.

Quema: Incineración a cielo abierto.

Entierra: Coloca los residuos en un pozo cubierto con tierra.

Cielo Abierto: En la superficie de la tierra.

▪ Comunicaciones:

Teléfono de línea.

Tel. Celular.

Tel. público.

Radio

TV: Discriminar antena, cv o satellite.

▪ Transporte:

Camina.

Bicicleta.

Carro.

Auto propio.

Remis.

Colectivo.

Tren.

2. Educación:

- Analfabeto: No lee ni escribe, aunque puede firmar con su nombre.

- Lectoescritura: Lee y/o escribe con o sin estudios formales.

- Pre-escolar: 5 años

- EGB-Primario: 6-12 años o 6-14 años respectivamente.

Completo.

Incompleto.

- Polimodal-Secundario: 15-17 años o 13-17 años resp.

Completo.

Incompleto.

- Terciario: Carrera < a 3 años que requiere título secundario-polimodal.
Completo.
Incompleto.
- Universitario: Carrera > a 3 años que requiere título secundario-polimodal.
Completo.
Incompleto.

Símbolos:

X: máximo nivel alcanzado.

C: se encuentra cursando acorde a su edad.

R: se encuentra cursando con retraso.

3 Empleo:

- Asalariado: Recibe remuneración fija mensual.
- Subocupado: Trabajo temporario, oficios.
- Cuentapropista: Comerciante, almacenero, Kiosquero.
- Precario: cartonero, botellero.
- Planes: recibe subsidios del estado.
- Desocupado: No trabaja y busca empleo.
- Jubilado-pensionado.

4 Salud:

- Cobertura:
Obra social
Prepaga
Sin cobertura
- Lugar de atención:
Centro de Salud
Hospital Zonal
Hosp. de referencia de su prepaga
Privado
Mixto
- Vacunación:
Completa
Incompleta
- Control de la Mujer:
Antecedentes obstétricos: gestas, partos, abortos, cesáreas.
PAP: < a un año.
MAC: método anticonceptivo usado actualmente.
ACO
DIU
Preservativo
No usa.

Donde provee el método anticonceptivo?

Cuantos de sus embarazos fueron planificados?

- Control de la mujer embarazada:
Edad de la mujer.
Edad gestacional.

Nº de controles: Optimo: total de 9
Adecuados: 5-9
Inadecuados: < a 5
Sin control

Patologías: HTA
DBT

■ Control Periódico de Salud: Se definirá como:

AD: adecuado: 0-1 año: mensual
1-6 años: cada 3 meses
> 6 años: anual

INAD: inadecuado

NO: no ha tenido ningún control

■ Problemas de Salud:

Alcohol.

Alergias.

Asma.

Desnutrición.

DBT.

Diarreas Recidivantes (+ de 3 al año).

EPOC. (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

ETS. (Enfermedades de transmisión sexual)

Neoplasias.

Obesidad.

Patología Cardiovascular.

Pat. Dermatológica.

Pat. Endocrina (Hipo e Hipertiroidismo).

Tabaquismo.

TBC.

Discapacidades (si o no) llenando todo los datos, integrante familiar, edad.

Además se indicara el sexo, y el tipo de discapacidad:

Motora; Ausencia o Imposibilidad de control de alguno de sus miembros.

Visceral: Funcionamiento patológico de alguna víscera.

Mental: Trastornos mentales impiden una integración social.

Sensorial: Discapacidad por trastornos en algún sentido.

- Mascotas: indicar cual o cuales y el numero de ellas en la vivienda. Si es otra distinta a las indicadas, especificar cual o cuales y numero de las mismas.
- Presencia de animales sueltos en la cercanía del domicilio: si o no, cuales, cuantos.
- 5 Problemas percibidos por el encuestado, transcribir en el orden indicado por el encuestado.

Anexo 2: DECLARACION DE ALMA-ATA

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

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:

I

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.

II

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.

III

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.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

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 e de la comunidad mundial entere 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.

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 maternoinfantil, 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.