



NACIONAL



**RESOLUCION 497/1997**  
**MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL**

Plan Nacional de Area Tipo para la Atención Primaria de Salud en el Hospital Público de Autogestión.  
Del: 28/07/1997

VISTO el expediente N° 1-2002-4285/97-4 del Registro del Ministerio de Salud y Acción Social y el [Decreto N° 1269/92](#) por el que se aprueban las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que dichas Políticas tienen como objetivo lograr la plena vigencia del derecho a la Salud para la población, con el fin de alcanzar la meta de Salud para Todos en el menor tiempo posible.

Que por ello se logrará a través de la efectiva extensión de cobertura y de la disminución de los riesgos de enfermar y morir mediante acciones sanitarias sostenidas y concertadas de promoción y protección de la salud, del mejor nivel de calidad posible y el menor costo económico y social, especialmente dirigidos a poblaciones marginadas y de pobreza estructural, y en aquellas situaciones bio - psicosociales consideradas potencialmente riesgosas.

Que específicamente una de las Políticas instrumentales señala a la Estrategia de Atención primaria de Salud como componente fundamental de esa extensión de cobertura a toda la población y de accesibilidad al sistema, sosteniendo en ese sentido la importancia político - sanitaria de su apoyo, promoción y desarrollo

Que en el mismo sentido, el [Decreto 578/93](#) determina que los Hospitales Públicos de Autogestión deben implementar sus programas médico - asistenciales en base a la Estrategia de Atención Primaria de Salud, sobre la cual está basado el nuevo modelo de atención médica, desarrollando además de las actividades asistenciales, de docencia e investigación que le asigne la autoridad correspondiente, acciones de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad en las Areas Programáticas y en la Red de Servicios que pueda integrar.

Que por todo ello resulta necesario arbitrar progresivamente los mecanismos necesarios con el fin de implementar las medidas correspondientes para consolidar, profundizar y extender la Estrategia Primaria de Salud.

Que de acuerdo con los estudios e investigaciones realizadas sobre el tema, surge la conveniencia de agrupar en un Plan Nacional el conjunto de la Planificación Estratégica Básica en Atención Primaria de Salud, así como su relación con el Hospital Público de Autogestión y sus Areas Programáticas, que sirvan de marco referencia! apropiado para cumplir con los objetivos antedichos.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que actúa el Ministro de conformidad con las facultades que le otorga la Ley de Ministerio T.O. 1992.

Por ello,

El Ministro de Salud y Acción Social resuelve:

Artículo 1°.- Apruébase el Plan Nacional de Area Tipo para la Atención Primaria de Salud,

que como Anexo I forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2°.- Implementarse a partir de la fecha de aprobación de la presente el Plan Nacional mencionado en el Artículo 1° en los Hospitales Públicos de Autogestión.

Art. 3°.- Invitase a las autoridades jurisdiccionales, a los Establecimientos Universitarios, de las Fuerzas Armadas, de la Seguridad Social y a las Instituciones Asistenciales de carácter Mutual y Privado a adherir al mismo.

Art. 4°.- Publíquese a través de la SUBSECRETARIA DE ATENCIÓN MEDICA el citado Plan Nacional de Área Tipo para la Atención Primaria de Salud a fin de asegurar la máxima difusión y aplicación de las mismas en el marco de dicho Plan Nacional.

Art. 5°.- Regístrese, comuníquese a quienes corresponda y cumplido, archivase.

I - Las estrategias para alcanzar el objetivo de Salud para Todos

Entendemos por Salud para Todos definición horizonte propuesta por la Organización Mundial de la Salud con el significado de que la salud ha de ponerse al alcance de cada individuo en un país determinado. Asimismo, por salud ha de entenderse un estado personal de bienestar, es decir, no sólo la disponibilidad de servicios sanitarios, sino un estado de salud que permita a una persona llevar una vida social y económicamente productiva. Esta salud para todos obliga a suprimir los obstáculos que se oponen a la salud (malnutrición, ignorancia, agua no potable, viviendas no higiénicas), así como a resolver problemas puramente médicos, como la falta de profesionales, de camas de hospital, de medicamentos y vacunas. En este sentido:

salud para todos significa que la salud ha de considerarse como un objetivo del desarrollo económico y no sólo como uno de los medios de alcanzar dicho desarrollo

salud para todos exige en último término, la instrucción general. Al menos, y mientras esta última no sea una realidad, exige una mínima comprensión de lo que la salud significa para cada individuo.

salud para todos es por consiguiente, un concepto global cuya aplicación exige el despliegue de esfuerzos en la agricultura, la industria, la enseñanza, la vivienda y las comunicaciones, tanto como en la medicina y en la salud pública. La asistencia médica no puede, por sí sola, llevar salud a una población hambrienta que vive en villas de emergencia. Una población sujeta a esas condiciones necesita un modo de vida totalmente distinto y nuevas oportunidades de alcanzar un nivel más elevado.

Cuando un gobierno adopta la salud para todos se compromete a fomentar el progreso de toda la población en un amplio frente de desarrollo y resuelto a estimular a cada individuo para conseguir una mejor calidad de vida. El ritmo que el progreso en este objetivo siga dependerá de la voluntad política de cada país, de cada región, provincia, estado o municipio.

Para alcanzar entonces este principal objetivo de salud para todos, la salud pública desarrolló, en los últimos decenios del siglo XX dos estrategias trascendentales:

la atención primaria de la salud (APS)

la regionalización, a través de sistemas locales de salud (SILOS). Distritos de Salud y Áreas Programáticas discutiendo en la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata (URSS) en el mes de Septiembre de 1978, objetivos y estrategias, y concluyendo en una Declaración que expresaba:

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.

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.

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 fosó 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 vida y a alcanzar la paz mundial.

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

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios? debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita una vida y económicamente productiva. La atención primaria de la salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo, conforme al espíritu de la justicia social.

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 coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todos 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.

La atención primaria de salud:

es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales - 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;

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;

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 (procreación responsable); la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;

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;

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;

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;

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.

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.

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.

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 armamentos y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría deberla 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.

Se acepta hoy a nivel mundial que tanto la estrategia de APS, como la de regionalización, forman la columna vertebral de los esfuerzos para lograr equidad, oportunidad y extensión de la cobertura, con calidad y a un costo accesible, para todas las poblaciones, es decir, que si bien favorecen a las más desfavorecidas, no dejan de resolver los problemas globales del sistema de salud, cualquiera fuera éste o cualquiera sea la inversión total en salud que en definitiva se realice, con los siguientes objetivos;

## II - La estrategia de atención primaria de salud

La base del objetivo de salud para todos está constituida por la estrategia de atención primaria de la salud, definida en el acápite 6 de la Declaración de Alma-Ata. Aún hoy esta definición es la más adecuada y, por supuesto, la mejor.

Los tres requisitos previos de la atención primaria son: un criterio multisectorial, la participación de la comunidad y la tecnología apropiada, siendo la base de todos los programas de salud y de la infraestructura sanitaria. Esta estrategia convierte al individuo, a la familia y a la comunidad en el fundamento del sistema de salud y convierte al agente de atención primaria, puesto que es el primer agente del sistema de salud con el que la comunidad entra en contacto, en el trabajador sanitario central.

### 1 - El criterio multisectorial

Habiendo expresado que la salud no existe de modo aislado, está pues influenciada por un complejo de factores ambientales, sociales y económicos entre los que existe, en último término, una mutua relación. Así el estado de salud de los pobres depende en buena medida de una combinación de factores, de tal modo que sería ilusorio esperar cambios sanitarios mientras no se eliminen o reduzcan dichos obstáculos. Por lo tanto las acciones emprendidas fuera del sector de la salud puede tener efectos sanitarios mucho mayores que los obtenidos en dicho sector.

Son varios los factores que favorecen la cooperación intersectorial en apoyo de la atención primaria de la salud, a saber:

la formulación clara de políticas y estrategias de desarrollo

la identificación de esferas adecuadas para la cooperación intersectorial y la determinación de la contribución concreta de cada sector al logro de las metas propuestas

la existencia de mecanismos de coordinación en todos los escalones, nacional, provincial y municipal - el reconocimiento de que la salud y la APS forman parte integrante del desarrollo socioeconómico

legislación en apoyo de la acción intersectorial

la comprensión de que la salud es un aporte al desarrollo socioeconómico y, al mismo tiempo, un resultado de este desarrollo

pleno apoyo para la verdadera participación de la comunidad, que tenderá a fomentar un criterio intersectorial en el plano social

el reconocimiento de la necesidad de hacer frente a los riesgos para la salud debidos a las actividades de desarrollo y que afectan a varios sectores, (el sector de la salud puede utilizar la información de que dispone sobre los resultados de esos riesgos para influir en las decisiones de los demás sectores y en las relativas a la asignación de recursos para el sector de la salud).

Es por ello que los responsables de la salud pública deben promover los esfuerzos sociales y económicos que, a su vez, promoverán la salud. En principio, los recursos de los distintos sectores deberán aplicarse en armonía y en correcta combinación para alcanzar los objetivos sociales comunes. Se necesita a ese efecto una definición conjunta de dichos objetivos y una apreciación común de los medios necesarios para alcanzarlos. La acción sanitaria puede ser una palanca importante para elevar el nivel de conciencia social y, por consiguiente, el desarrollo social mismo.

Los responsables de la salud pública sólo contribuirán eficazmente a promover el desarrollo social, incluida la salud, si han hecho suyo el objetivo social de la salud en la comunidad.

La perspectiva intersectorial no ha de limitarse sólo a la atención primaria de salud, sino que ha de extenderse a todo el sistema de planificación de la acción sanitaria.

## 2- Participación comunitaria

La salud no es un bien que se da, sino que ha de ser generada desde dentro. La acción sanitaria, pues, no puede ni debe ser un esfuerzo impuesto desde el exterior y ajeno a la población, ha de ser, más bien, una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben, orientada en la práctica de modo que sea aceptable para éstos y debidamente apoyada por una infraestructura adecuada.

El espíritu de autorresponsabilidad - individual, familiar, comunitario y nacional - es requisito indispensable de toda estrategia orientada al logro de la salud para todos. La autorresponsabilidad permite a las personas desarrollar libremente su propio destino. Tal noción es la esencia de la atención primaria de la salud.

Así la participación comunitaria se define como una serie de actividades sencillas, que en ningún caso han de ser siempre de naturaleza médica, destinadas a satisfacer las necesidades sanitarias esenciales de los individuos, de las familias y de la comunidad, y a mejorar la calidad de vida. Se basa en el supuesto fundamental de que la salud se hace o se deshace en los lugares en que los individuos viven y trabajan. Este proceso sumariamente descrito es, como se ha dicho con razón, la salud como si las personas importasen.

## 3 - Tecnología apropiada para la salud

Con el crecimiento de los servicios de salud se ha producido un desproporcionado aumento de gastos en favor de una minoría, seleccionada no tanto por razones de clase o nivel social, sino en razón de la tecnología médica misma. En algunos lugares en que el problema se ha examinado, se ha llegado a la conclusión de que se produce un gasto creciente con los individuos en los últimos meses o años que preceden a su muerte, un gasto que no aumenta apreciablemente la expectativa de vida ni hace humanamente tolerables los episodios terminales de la vida de las personas de edad. Asimismo el aumento de gastos en beneficio de una minoría se ha atribuido al paso de las intervenciones de atención sanitaria a niveles cada vez más elevados de especialización.

El objetivo de compromiso de salud para todos exige en primer término una tecnología sanitaria científicamente satisfactoria, que la gente pueda entender y aceptar y que quienes no son especialistas puedan aplicar. La identificación o la generación de dicha tecnología forma parte de la revolución de salud comunitaria. La estrategia de atención primaria permite detener el uso indiscriminado de los métodos, de las máquinas y de las medicinas actuales, muchos de los cuales nunca se han sometido a la evaluación crítica de un ensayo controlado, por no hablar de un análisis adecuado de la relación entre costo y rendimiento. Rompe así las cadenas de la dependencia de una tecnología sanitaria de eficacia no probada, de excesiva complejidad y de enorme costo, desarrollando otro tipo de tecnología

satisfactoria, culturalmente aceptable y financieramente viable, en niveles de complejidad creciente.

Es importante referirse a las diversas interpretaciones a que ha dado lugar la definición de la APS. Una primera lectura superficial de sus contenidos puede llevar a pensar que su priorización es necesaria realmente para los países subdesarrollados y que en las naciones ricas ya se cumplen todos o la mayoría de sus postulados. Esto está muy lejos de la realidad, ya que en estos últimos países, con un sistema sanitario altamente desarrollado, es imprescindible corregir los problemas organizativos y de orientación conceptual, y en último término han aplicado y tenido más éxito con la APS que en los países en vías de desarrollo.

Otra sería reducirla a la concepción de la atención médica primaria, medicina familiar o medicina general, bien que se acepta la importancia de estos profesionales en el desarrollo de la estrategia de APS, pero que comprenden solo un aspecto del marco conceptual, conformado por diversas perspectivas y, por ende, absolutamente diferentes a lo expresado en Alma-Ata.

Una última interpretación errónea es su consideración como una asistencia sanitaria de baja calidad, dirigida a la población en riesgo económico - cultural y social, acompañada de diversos asistencialismos complementarios, tales como alimentos, saneamiento y vivienda, impartida por profesionales poco jerarquizados o por voluntarios comunitarios, fuera de cualquier planificación estratégica y sin posibilidad alguna de ascenso en los niveles de complejidad.

En contrario a estas concepciones, la APS está dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad y que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad en ellas.

En este sentido se pueden analizar los contenidos de la APS desde cuatro perspectivas diferentes:

como un conjunto de actividades

como un nivel de asistencia

como una estrategia

como una política o filosofía de salud

La APS entendida como un conjunto de actividades requiere, para poder ser aplicada como tal, la inclusión de las premisas de educación sanitaria, provisión de alimentos, nutrición adecuada, salubridad del agua, saneamiento básico, cuidados materno infantiles, inmunizaciones, prevención y control de las enfermedades endémicas, tratamiento básico y abastecimiento de medicamentos.

Entendida como un nivel de asistencia implica su consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema, independientemente de las restantes subdivisiones organizativas establecidas en el mismo. Esta primera zona de contacto ha de ser mutuamente interactiva, en el sentido de que no se limite al acceso de la persona enferma a los cuidados proporcionados por el sistema, sino que también sea éste el que promueva los contactos con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potencie el autocuidado y autorresponsabilidad individual y colectiva respecto a su propia salud. a través de actividades de promoción y educación sanitaria realizadas en las consultas y en el seno de la propia comunidad.

La APS como estrategia de organización de los servicios sanitarios, hace referencia a la necesidad de que éstos deben estar diseñados y coordinados para poder atender a toda la población y no sólo a un parte de ella, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de su alcance. Al mismo tiempo, los servicios sanitarios deben mantener una relación adecuada de costo - beneficio en sus actuaciones y resultados y estar abiertos a la colaboración intersectorial. Potenciar le estrategia de la APS en un país significa proceder a una adecuada redistribución de los recursos totales empleados en el sistema sanitario. tanto en lo que se refiere a los recursos humanos como a los materiales y financieros.

Por último la APS como política o filosofía de salud, implica el desarrollo de un sistema

sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los fundamentales de las personas y que garantice su defensa de prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y disfrute de este derecho por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor.

Son elementos principales que caracterizan a la Atención Primaria de la Salud:

Integral. considerando al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial. Las esferas biológica, psicológica y social no son independientes o tangenciales, sino que se interseccionan en la persona y sus problemas de salud.

Integrada que interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas. Que se integra funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.

Continuada y permanente a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta, urgencia, seguimiento hospitalario, etc.).

Activa los profesionales de la salud no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas, han de trabajar activamente en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, poniendo énfasis en la educación sanitaria.

Accesible. los ciudadanos no deben encontrar dificultades para poder tomar contacto y utilizar los medios sanitarios.

Basada en el trabajo en equipo interdisciplinario. integrados por profesionales de diversas disciplinas y áreas de la salud y disciplinas asociadas.

Comunitaria y participativa atención de los problemas de salud colectivos y no sólo de los individuales, mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y medicina comunitaria. La APS está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actividades.

Programada y evaluable. actuación basada en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos

Docente e investigadora. desarrollando actividades de docencia de pre y postgrado así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en materias propias de su ámbito.

Por último, es particularmente importante conseguir que el sistema de salud en su totalidad evolucione de conformidad con la orientación y el contenido de las nuevas políticas, estrategias y planes de acción, y que la atención primaria de salud y sus elementos de apoyo no se conviertan en un sistema paralelo o pariente pobre del sistema existente. La APS es la atención primordial y no la primitiva, y se espera de ella que reviente los sistemas de salud existentes en cada país y jurisdicción.

En un sentido amplio, cabe definir el sistema sanitario como el conjunto coherente de gran número de partes componentes relacionadas entre si, sectoriales e intersectoriales, así como la mínima comunidad, que producen un efecto combinado en la salud de una población. Quizás el sistema de salud ideal sea un sistema unificado que abarque las medidas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Unificado o no, un sistema sanitario debe estar compuesto de varias partes coordinadas entre si y debe llegar hasta el hogar, el lugar de trabajo, la escuela y la comunidad.

Por lo general, el sistema sanitario está organizado en varios escalones. La atención primaria de salud presta particular interés al punto de contacto inicial entre los miembros de la comunidad y los servicios de salud. Debidamente concebida, la noción de escalones supone un sistema regionalizado en el cual se da la máxima prioridad a la atención primaria, que se presta en el escalón local. La prevención, el fomento de la salud y la solución de los problemas comunes deben constituir la principal línea de acción. Los casos cuya atención resulta costosa y que requieren cuidados especializados deben transmitirse a los escalones secundario (intermedio) y terciario (regional o nacional). Es en el escalón local donde la atención de salud será más eficaz en el contexto de las necesidades y las limitaciones de la zona de que se trata, reconociéndose debidamente a los usuarios de los sistemas de salud como seres sociales en un determinado medio ambiente. Allí en lugar de esperar pasivamente que los problemas llamen a la puerta de los servicios de urgencia o del

consultorio (el procedimiento del venga y se le atenderá) el sistema de salud debe tratar de alcanzar activamente a la totalidad de la población para fomentar la salud y prevenir las enfermedades y para resolver los problemas cuando éstos se plantean.

En resumen, un sistema sanitario bien equilibrado basado en la atención primaria de salud debe:

abarcarse la totalidad de la población sobre una base de equidad y de participación responsable;

incluir componentes del sector de la salud y de otros sectores cuyas actividades interrelacionadas contribuyen a la salud;

llevar los elementos esenciales de la atención primaria de salud al primer punto de contacto entre los individuos y el sistema sanitario;

apoyar la prestación de atención primaria de salud en el escalón local, como una prioridad importante;

facilitar, en los escalones intermedios, la atención profesional y especializada necesaria para resolver los problemas de salud más técnicos, que no pueden resolverse en el plano local, así como formación y orientación permanente para las comunidades y los agentes de salud de la comunidad;

facilitar, en el escalón central, servicios de expertos en planificación y gestión, atención de salud sumamente especializada, formación para especialistas, los servicios de ciertas instituciones como los laboratorios centrales y apoyo logístico y financiero centralizado;

facilitar la coordinación en todo el sistema, con el envío de casos difíciles entre los diversos escalones y entre los componentes de éstos cuando sea necesario.

El apoyo que el sistema sanitario debe aportar a la atención primaria de salud puede clasificarse bajo tres epígrafes:

a) promoción de la atención primaria de salud

establecimiento de las políticas y del orden de prioridades -movilización del apoyo intersectorial

legislación

movilización del apoyo de la comunidad

b) Desarrollo de la atención primaria de salud

planificación y programación, incluida la coordinación intersectorial, elección de una tecnología apropiada, participación de la comunidad, evaluación e investigaciones apropiadas

formación de personal de salud, incluidas la orientación del personal ya existentes y la formación de nuevos agentes. -organización, incluidos los mecanismos de envío de enfermos

provisión de medios de financiación y de instalaciones

c) funcionamiento de la atención primaria de salud

gestión de los recursos, con inclusión de las finanzas, los recursos de personal y la información

coordinación de los diversos componentes, incluidas las instituciones sectoriales y las comunidades

supervisión de apoyo

provisión de equipo, suministros y medicamentos

Así pues, el apoyo a la atención primaria de salud debe abarcar su promoción, su desarrollo y su funcionamiento, que constituyen de hecho un ciclo continuo. Para que un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud pueda crecer y desarrollarse correctamente es necesaria una voluntad permanente de contribuir a los tres elementos mencionados. Se ha acumulado ya un volumen considerable de experiencia práctica en materia de atención primaria de salud, tanto en los países que están reorientando sus sistemas de salud en el contexto de una transformación más general de sus sistemas socioeconómicos, como en proyectos innovadores ejecutados en el ámbito de poblaciones más limitadas.

También del pasado más remoto cabe extraer útiles enseñanzas. Los intercambios de experiencias, antiguas y nuevas deben abarcar tanto los aspectos negativos como los positivos. De hecho, para conseguir una mejor comprensión esos intercambios deben incluir

información obtenida mediante cuidadosas operaciones de vigilancia y evaluación de los efectos de la aplicación de las nuevas estrategias en el desarrollo sanitario y humano

### III - La atención primaria de salud y la regionalización sanitaria

Se considera a la estrategia de Areas Programáticas Distritos de Salud un medio para el proceso de regionalización de los servicios de salud. definida esta última como un esquema de implantación racional de los recursos de salud, organizados dentro de una disposición jerárquica en la que es posible ofrecer una máxima atención en los centros primarios, y los demás servicios van siendo apropiadamente utilizados de acuerdo con las necesidades individuales del enfermo

Moraes Novaes / Capote Mir sistematizan de este modo las diversas definiciones que se han ofrecido sobre la regionalización;

Somers y Somers (1977), la definen como un sistema formal de asignación de recurso con una apropiada distribución Geográfica de las instalaciones de salud. de los recursos humanos y programas. de manera que las diferentes actividades profesionales cubren todo el espectro de la atención comprensiva, primaria, secundaria, terciaria y de larga permanencia con todos los acuerdos. conexiones y mecanismos de referencia necesarios, establecidos para integrar varios niveles e instituciones en un conjunto coherente y capaces de servir a todas las necesidades de los pacientes, dentro de una base poblacional definida

Ginsberg (1977) supone que la regionalización es la asignación de recursos o servicios en una determinada área, en un orden que facilite el acceso. ofrezca alta calidad de servicios bajo costo. equidad, con una mejor y más rápida respuesta a los deseos y necesidades de los consumidores

La regionalización es un mecanismo de descentralización de la administración técnica y de servicios, y debe tener como resultado inmediato el aumento de la cobertura y con ello el impacto en los problemas de salud, necesitando de:

incremento de la capacidad operativa de los sistemas

fortalecimiento de los procesos de planificación programación y evaluación

desarrollo de los servicios de la descentralización administrativa

contribución y participación en el esfuerzo por la organización de la comunidad. que permita la participación de ella en la decisión de la solución de sus problemas de salud

desarrollo y mejor utilización de los recursos humanos enfatizando en la redefinición de las funciones y responsabilidades

incorporación efectiva del sector salud en los procesos nacionales de desarrollo

fortalecimiento de la articulación intersectorial

desarrollo de la investigación y tecnologías adecuadas

extensión de la capacidad instalada posterior a la explotación eficiente de la capacidad existente

Para lograrla se parte de la necesidad del funcionamiento integral de la red de servicios, conformada por todas las unidades (hospitales, centros de salud o unidades equivalentes, formas de atención ambulatorias, los programas de salud, etc.) acordes a las relaciones y desarrollo técnico - económico y social del país. En donde no debe desatenderse el nivel de atención primaria, estrategia como hemos visto ineludible para afianzar la salud para todos, con el nivel de más alta complejidad y que permite la referencia y contra - referencia eficiente de todos los pacientes de la red al hospital.

El proceso de regionalización no es, como habitualmente se piensa, una simple tarea de dividir geográficamente un país región, provincia o municipio, sino la profundización ulterior que a partir de subdivisiones territoriales permite la extensión de la cobertura; esta será determinada por un proceso ininterrumpido de satisfacción de necesidades y de la demanda, del tipo de instalación, etc. También, es fundamental que los servicios tengan la calidad necesaria para satisfacer las necesidades de salud. Establecida esta necesidad, identificamos diferentes niveles de profundización de la regionalización, los cuales pueden ser: sistemas locales, distritos, áreas programáticas, zonas operativas, etc.

En este contexto diversos pueden ser usados con el mismo sentido, siendo en realidad diversas de un mismo proceso; regionalización, distritalización descentralización, sistemas de servicios, sistemas locales de servicios de salud, sede de servicios de salud regiones

sanitarias creas hospitalarias o áreas programáticas áreas de salud, programación local de servicios) módulos de salud, unidades territoriales, unidades administrativas, etc.

Existirían dos formas y dos modelos de regionalización:

para Kerr White (1977) las dos formas de regionalización serían la geográfica y la sistémica, donde la última es en base a poblaciones definidas no geográficamente y si por su matrícula o inscripción en los servicios. En ambos casos implica siempre un ordenamiento o reordenamiento de recursos con alteración de funciones y de las relaciones entre los proveedores de servicios de salud.

En este sentido la regionalización viene siendo utilizada ya sea para denominar modestos acuerdos entre hospitales y otros servicios, o para racionalizar todos los servicios de salud en una gran crea geográfica o un país, como Suecia, Rusia o Cuba, donde los centros de salud. clínicas hospitales distritales o regionales son diferenciados por Función, pero íntimamente articulados uno con el otro, en un área específica Otros países como Holanda Italia, Canadá o Israel están en fase de implementación o como propuestas piloto en determinadas localidades

para Glasgow y Col. (1977) la regionalización tiene dos modelos distintos:

el administrativo, que es solamente una descentralización de autoridad con la finalidad de aumentar la flexibilidad en los ajustes de los servicios de salud

el organizacional, por el cual se enfatizan los papeles funcionales entre los servicios y la asignación de recursos.

En este sentido el principio básico de la regionalización es que la atención a la salud debe ser ofrecida al máximo nivel posible por el nivel mas inferior del sistema Para que eso sea factible. habrá que equilibrar 105 deseos del público y tener los servicios de salud a poca distancia de sus casas así como instalaciones centralizadas de mayor prestigio y complejidad.

Digamos por último que la región no es solo un concepto geográfico sino también un concepto organizacional y gerencia!. Para Castellanos (1985). serien las unidades básicas de administración. Según Sheps y Madison (1977), en el proceso de regionalización, la asignación de recursos y la organización de instituciones complejas es alcanzada cuando se trata de una determinada región específica Para estos últimos autores, el término regionalización puede ser utilizado con precisión sólo cuando existe un nivel central - municipal, provincial o nacional responsable para la normalización de los servicios de salud y una ejecución de nivel local

Por otro lado, diferentes autores x refieren a otros modelos de regionalización no geográfica, pero en sistemas cerrados, como es el caso de los servicios de salud para veteranos de EE.UU. Gavazzi, 1975; Curtis, 1981) o de la Kaiser Permanente, por el sector privado, de ese mismo país - (Rey y Col., 1982); Capote y Villar (1979, 1981) señalan que el nivel básico administrativo al profundizarse la regionalización ser el territorio con sus recursos de salud y no la simple unidad básica, utilizando como criterio de deficiencia el elevar el nivel de salud de la población y no solo administrar producción de actividades de salud.

El sistema integrado de traslado de paciente por sucesivos niveles de atención está basado en la premisa de que los hospitales son instituciones con cuidados especializados y que sus costos son substancialmente reducidos a través de la implementación de otros servicios periféricos mas simplificados Pese a lo que refiere Stege y Jurkovich (1960) que todavía no está demostrado que la absorción de los casos menos complejos por el nivel primario baja los costos globales de operación, no cabe duda de que es una importante motivación para la reorganización de be sistemas de servicios de salud. La disponibilidad de consultorios y servicios domiciliarios tiene un efecto significativo, no tanto en las de hospitalización como en la hospitalaria

Novaes y Capote asimismo expresan que el enfoque de regionalización medica mas efectiva. con óptimo uso de los recursos dependientes de la integración vertical y horizontal. La integración vertical ocurre en los niveles primarios y los especializados y la horizontal es la que se refiere a la relación local entre las varias categorías de atención. La regionalización como idea verticalizada también es referida en los EE.UU. (Weil, 1984).

Dentro de este concepto el enfermo deberá recibir atención médica ser encaminado a los otros niveles por referencia médica Este movimiento planificado de pacientes de un el a otro de acuerdo a indicaciones diagnósticas, requiere un intercambio permanente de conocimientos y habilidades diagnósticas requiere un intercambio permanente de habilidades por diferentes canales.

Es necesario destacar que en la evolución de este concepto, se ha regionalizado la consulta médica y la atención a la morbilidad, descentralizando el hospital algunas de sus atenciones. Pero al perfeccionarse la regionalización este concepto debe ser mas amplio e integral. La red de servicios hospitalares y sistemas locales de salud, no solo debe atender la morbilidad y la consulta médica sino un número de actividades que es responsabilidad de los servicios como higiene escolar, de los alimentos, programas contra daños específicos (detección de cáncer, hipertensión, enfermedades infecciosas y metabólicas etc.), debiéndose dirigir los servicios con criterios y enfoques epidemiológicos y sociales, teniendo como objetivo central la disminución de la morbilidad y mortalidad; y como resultado final modificar el cuadro higiénico - epidemiológico de la población asignada La coordinación intersectorial no puede disminuir ni cambiar que la responsabilidad por la modificación del cuadro de morbilidad y mortalidad de la población es, en primera instancia, responsabilidad de los servicios públicos de salud.

#### IV - La atención primaria de salud y las áreas programáticas hospitalarias

En nuestro medio el término área programática fue acuñado en la década del 60 y las primeras aplicaciones prácticas del concepto datan del primer quinquenio del 70. Se destacan en este sentido la experiencia de Jujuy en 1967 en el medio rural - o la del arca de Promoción y Protección del Hospital Ramos Mejía de Buenos Aires en 1971 -en el medio urbano - por citar solo dos ejemplos de diferentes ámbitos en los que se aplicaron conceptualizaciones similares.

Luego de la Conferencia de Alma - Ata y la extensión mundial de las estrategias de SILOS y Distritos de Salud, se comienza a avanzar tanto en la teoría como en la práctica de las áreas programáticas. En el primer caso, durante los primeros años de la década del 80, aparecen las primeras definiciones, entre las que se destacan:

En el medio académico "es el ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento, para ejecutar el programa de atención médica y de saneamiento ambiental. El área programática de cada hospital se determina según distintas especificaciones, por ejemplo, la capacidad de sus servicios de implementar las actividades programáticas, la posibilidad de acceso geográfico de lo población y la relación con otros centros asistenciales. Debe distinguirse de la anterior a la denominada área de influencia: determinada por la demanda espontánea y regular de pacientes residentes fuera del área programática. El área de influencia, habitualmente es mucho mas amplia que el área programática y deberá ser tomada en cuenta en la programación de actividades hospitalarias - en el medio asistencial público, Área de Influencia - Definición ámbito de donde proceden, con cierta regularidad, pacientes que espontáneamente concurren al establecimiento o a algunos de sus servicios. El área de influencia, en la practica, es mas amplia que el área programática; o bien, para algunos servicios, se superpone dentro de la mencionada área / Area Programática - Definición: ámbito de cobertura asignado a uno o varios establecimientos o servicios que los componen, con el programa de atención médica de la comunidad del área y realizar las acciones previstas para especificar favorablemente las condiciones ambientales. El Area Programática está determinada por la capacidad de los servicios para las actividades asignadas, por las posibilidades de acceso de la población a los servicios y la existencia o facilidades de instalación de un registro biodemográfico de la población del área Ciertos servicios de un mismo establecimiento pueden extender distintamente los limites de sus arcas programáticas en razón del grado de especialización o tipo de ésta (por ejemplo, un servicio de psiquiatría infantil en condiciones de brindar su especial atención a los pacientes de faca una provincia). En este caso, como área programática de ese servicio se considerará un ámbito más amplio que el propio del establecimiento.

En el medio de la salud pública, área programática de un establecimiento es una superficie

delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico - administrativas donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma se trata de satisfacer las necesidades de salud de la población que la habita.

En la VIII Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública (Santiago del Estero) a través del 2º Documento, se Ofrecen por primera vez las Pautas para determinar el área programática de un establecimiento, a saber:

2.1. Delimitación de la superficie

2.1.1.1. Cuando existan accidentes geográficos con influencia excesiva sobre la accesibilidad a los servicios serán considerados como límites entre áreas

2.1.2. Circunstancias de comunicación

2.1.2.1. Se relevará la red vial y determinará los tiempos de accesibilidad a los servicios estableciendo el tiempo máximo entre el usuario más alejado y el servicio a su alcance, así como los tiempos máximos entre el escalonamiento progresivo referenciado de servicios.

Para ello se tendrá en cuenta la factibilidad en base a:

2.1.2.1.1. Tipo de camino

2.1.2.1.2. Tipo de transporte

2.1.2.1.2.1. Animal

2.1.2.1.2.2. Tracción

2.1.2.1.2.3. Motorizado

2.1.2.1.2.4. Público y privado

2.1.3. Circunstancias demográficas

2.1.3.1. Se considerará o analizará la concentración de la población del área

2.1.3.1.1. Permanente

2.1.3.1.2. Circunstancial (migraciones laborales)

2.1.3.2. Se consideraran los grupos étnicos de la población del área

2.1.3.3. Se considerarán el asiento de escuelas e instituciones de la comunidad del área

2.1.4. Circunstancias sanitarias

2.1.4.1. Asiento de los establecimientos y su complejidad

2.1.4.2. Flujo de la población en su demanda. Se medirá por el número de egresos del establecimiento de no residentes en el área.

2.1.4.3. Morbilidad y mortalidad estimada del área de cada establecimiento

2.1.5. Circunstancias técnico - administrativas

2.1.5.1. Procurar la coincidencia con los límites político - administrativos

2.1.6. Recursos del área

2.1.6.1 Considerar los recursos humanos y su concentración por establecimiento y su área

2.1.6.2 Considerar los recursos físicos y distribución por establecimiento

2.1.6.3. Considerar medios de comunicación y transporte de cada establecimiento en su área

Estos intentos de conceptos y normas coinciden con diversas publicaciones (en Atención Médica, Revista de la Escuela de Salud Pública, etc.) en donde se ofrecen diversos ejemplos de aplicaciones en las llamadas áreas operativas o de demostración.

Por último, debe citarse como antecedente final y más trascendente, el [Decreto 578](#), (1 de Abril de 1993) que refiriéndose a los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), obliga definitivamente a todas las instituciones inscriptas a trabajar extramuralmente. La citada norma expresa:

Art. 4º - El Hospital Público de Autogestión actuará como organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción, y con las facultades legales que le asigna la autoridad competente en el marco de dichas normas, con capacidad para: ....d) integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados debidamente habilitados por autoridad competente, previa autorización de la autoridad jurisdiccional.

Art. 5º - El accionar de dichos establecimientos deberá reunir los siguientes requisitos: d) desarrollar además de las actividades asistenciales, de docencia e investigación que le asigne la autoridad correspondiente, acciones de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad en las áreas programáticas y en la red de servicios que pueda

integrar.

V - Atención primaria de salud - Evolución del concepto en la Argentina e implementación de actividades en el periodo 1976-1996

Las síntesis de las Actas de las Reuniones Nacionales de Atención Primaria, además de constituir un importante paso para rescatar el trabajo consensuado del nivel nacional y jurisdiccional (provincial) es una de las Políticas Sustantivas de Salud en la primera década de su implementación, ofrece una oportunidad excepcional para analizar la evolución del concepto de APS en la Argentina, las actividades que progresivamente se fueron implementando y, fundamentalmente, brindar explicaciones tanto de las fortalezas como de las debilidades de la que se supone es la base de la estrategia de salud para todos, con sus tres requisitos previos: criterio multisectorial, participación comunitaria y tecnología apropiada. En este sentido podemos dividir el periodo de poco menos de 15 años considerando -y en cuanto a la Atención Primaria se refiere - en tres grandes etapas que pasamos a describir y analizar.

1.- Etapa Preliminar o del Programa de Salud Rural (1976-1979)

Durante estos primeros cuatro años previos a la incorporación de los conceptos aprobados en la Conferencia de Alma-Ata en la República Argentina, algunas actividades de APS comenzaron a implementarse a través del Programa de Salud Rural, cuya primera reunión nacional se realizó en Buenos Aires entre el 24 y 26 de Noviembre de 1976. Este instrumento se habla propuesto un cuerpo de planificación normativa central que homogeneizara intervenciones básicas mínimas, dejando a las jurisdicciones los ajustes y los subprogramas ligados a las particularidades de cada región. El objetivo primario era la extensión de la cobertura y actividades básicas mínimas de prevención y promoción de la salud, siendo el instrumento elegido el agente sanitario, para el que se comienza a consensuar una serie de intervenciones y una capacitación básica. El resto de las actividades de capacitación se dirigía a los Jefes de Programa, los Jefes de Areas sujetas al Programa y a los supervisores intermedios.

De allí en más se trabajó en la definición, estructura y componentes del Programa de Salud Rural y en la formación y equipamiento del agente sanitario, verdadero norte de toda esta etapa preliminar. Fueron objeto de diferentes reuniones los siguientes acápite ligados a este perfil:

Manual del Agente Sanitario

Metodología de Trabajo

Ronda Sanitaria

Formularios básicos

Simbología del reconocimiento geográfico

Revistió sin lugar a dudas gran importancia -y aún la tiene en los programas verticales de la Nación - el manejo presupuestario de los fondos remitidos y la rendición de cuentas. Se requirió tanto de la fiscalización contable - financiera local como de la jurisdiccional, abordándose continuamente el sensible problema de la oportuna remisión de fondos y la distribución de equipamiento donado por agencias internacionales.

Pronto se vio la necesidad de interrelacionar este Programa con otros verticales, tales como el Materno - infantil, de odontología, de inmunizaciones, de vigilancia epidemiológica, o de tuberculosis, por mencionar tan solo los más caracterizados.

No escapó al diagnóstico de situación inicial problemas que luego alcanzarían importancia trascendental, como la formación y radicación local de profesionales o la creación de un centro de información que permitiera extender el sustrato teórico. La incorporación de las aptitudes y actitudes ligadas a la medicina general en los contenidos curriculares de la enseñanza de la medicina, tampoco fue olvidada y es I antecedente más antiguo que advierte esta necesidad.

Finalmente ocupó la atención de los Jefes de Programa Provinciales el estado nutricional, el crecimiento y desarrollo infantil y el rendimiento escolar, antecedentes de las actuales actividades de Atención Primaria y de Area Programática en la materia.

Debe destacarse que la APS era en este periodo conceptualizada y aplicada como un programa, sin tener en cuenta las cuatro perspectivas en que se analizarían luego los

contenidos de la Atención Primaria (conjunto de actividades, nivel de asistencia, estrategia, y filosofía e política sanitaria), lo que sentaría las bases de un tradicional problema para aplicar correctamente los criterios emanados de Alma-Ata. Sin embargo, se tuvo un atisbo de impacto al considerar la creación de una estructura a través de la cual llegar a la comunidad -y así lo reflejan todas las opiniones de los que trabajaron en este Programa de Salud Rural - bien que muchas veces totalmente aislada y sin posibilidad de ascenso en el nivel de complejidad y de referencia contra / referencia el agente sanitario.

A este instrumento central convergían todas las actividades, las que se introducían - un poco ingenuamente si se quiere - como capítulo en su Manual. Pronto se pudo constatar como todos los programas centrales comenzaron a utilizar esta red o estructura mínima de llegada a la comunidad para bajar sus propios objetivos (vacunación, fluorización, control de BCG, etc.), demostrando - por otro lado - tanto el bajo impacto de los establecimientos sanitarios en este terreno, como la creación de una vía paralela a través del agente sanitario, sin consolidar su relación con el resto del sistema local, lo que sería también tradicional y característico de allí en adelante.

## 2 - Etapa de Introducción de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (1979-1984)

En septiembre de 1979, a sólo un año de la Conferencia de Alma-Ata, aparece por primera vez en las actas de las reuniones de los Jefes de Programa de Salud Rural, el tema Atención Primaria, ligado a la definición de la misma para la Odontología y Tuberculosis - y sorprendentemente - junto a la coetánea introducción del concepto de Salud Ambiental, a través del saneamiento y las actividades de antropozoonosis. En diciembre de ese año, en la reunión de Neuquén, se realiza cierto sincretismo al modificarse el nombre del Programa por el de Atención Primaria de Salud en Áreas Rurales.

Los grandes problemas de la estrategia - muchos o casi todos ellos aún no resueltos - comienzan desde allí a aparecer. La necesidad de incorporar las actividades de APS a la información estadística oficial y a la de Vigilancia Epidemiológica, con los problemas colaterales de:

protocolización de acciones

inmiscibilidad de los registros de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad (característicos del primer nivel de atención) en las variables del Programa Nacional o los Programas Jurisdiccionales de Estadísticas Sanitarias)

inadecuación de las clasificaciones internacionales de enfermedades a los diagnósticos manejados en APS y problemática de las posibles escalas sustitutivas (Escala de la WONCA, Triaxial de San Pablo, etc.).

El problema de coordinar en el nivel local la intra y la intersectorialidad, para abordar problemas que no son asistenciales o ligados a la medicina como la provisión de agua potable, saneamiento básico, alimentación y vivienda.

En mayo de 1980 aparecen citados dos elementos centrales de la APS: su importancia dentro de las estrategias de extensión de cobertura y la existencia de una verdadera filosofía en ese término. Un año después otros elementos centrales son incorporados: la APS como puerta de entrada a un sistema de complejidad creciente establecido en tres niveles, su objetivo de cobertura total, la necesidad de delimitar áreas programáticas (área bajo programa en relación a un establecimiento de salud) como primera enunciación de regionalización, y -fundamentalmente poner las acciones de APS bajo la responsabilidad de los establecimientos sanitarios, primer intento de relación entre el primero y el segundo nivel

La organización, los recursos humanos y su capacitación y la importancia del sistema de información en APS, aparecen como centro de interés, junto al problema del financiamiento, brillantemente sintetizado en sólo dos líneas que, sin lugar a dudas, fueron anticipadoras; los recursos nacionales y provinciales que se destinan a la APS no conciben con la priorización propuesta. Poco a poco se comienza a entender, aún sin admitirlo, que la APS no puede consolidarse si se la entiende como un Programa y mucho menos como un Programa Central; se detienen los iniciales éxitos de extensión de la cobertura (en general explicados por la ausencia casi total de actividades en algunas regiones) y se desenmascara la inviabilidad del trabajo solitario del agente de salud; se desactivan sectores y áreas; la

complicada burocracia central y provincial demora las transferencias, las contrataciones y la ejecución de compras, mientras los responsables del Programa insisten en lograr un Cuerpo Normativo Nacional y los grupos de trabajo perseveran en los manuales de procedimientos para los agentes sanitarios, todas acciones de intervención que no toman en cuenta las particularidades locales y la necesidad de descentralizar la ejecución.

En Abril de 1982 se acepta que - en tanto constituir la APS la función central y el núcleo principal del sistema nacional de salud - es un tema a ser tratado en una reunión del COFESA (Consejo Federal de Salud), máximo nivel de consensuación y concertación de las políticas nacionales, lo que constituye un hito histórico en cuanto al reconocimiento de las sustantividad y prioridad de la estrategia.

En ese mismo año se incorporan a las actividades de APS los contenidos de Salud Mental, pero tan sólo como actividad complementaria mientras que un ejercicio después se comienza a pensar en los indicadores de eficiencia y evaluación, así como en otras actividades de evaluación de impacto y resultado centrados en la auditoria de terreno en Centros de Salud y Puestos Sanitarios. Si bien se habla crecido señaladamente y se hablan introducido los niveles de complejidad, las áreas programáticas y un atisbo de la importancia de establecimientos de primer nivel (Centros de Salud y otros efectores periféricos) y de hospitales, el eje del Programa seguía siendo el agente sanitario, del cual aún a mediados de 1983 se persistía en discutir su perfil.

En los últimos meses de esta segunda etapa aparecen nuevos elementos destacables:

el raciocinio o pensamiento epidemiológico que se convertiría en uno de los substratos básicos de la estrategia, a través ya de un problema de salud superior al uso del método epidemiológico para las enfermedades infectocontagiosas las enfermedades cardiovasculares.

la integración APS/Sistema (Local) de Salud/Area Programática - Región Sanitaria. el concepto de médico generalista y su importancia en la prevención primaria.

la organización de los servicios de salud según niveles de atención.

la incorporación del Programa y las Actividades de Salud Escolar.

Se le suma finalmente (en Noviembre de 1984) el intento - frustrado, pero teniendo en cuenta el problema - de elaborar las Funciones Jefe de Atención Primaria de Salud, otro elemento elemento que poma de manifiesto la importancia de la capacitación, perfil y atributos de la conducción en la consolidación de la estrategia.

### 3.- Etapa de Avance Conceptual y Extensión Metodológica (1984-1989)

Puede considerarse a las Conclusiones de la Comisión de Salud Rural de Noviembre de 1984 como el comienzo de esta etapa quinquenal, ya que la misma asume un cambio de marco para la APS cuando expresa: la actual concepción de APS supera apreciablemente a la anterior, constituyéndose en una estrategia incorporada al proceso de planificación del sistema de salud. Esta definición era probablemente fruto de la extensión de los esfuerzos para la planificación estratégica en salud, característicos de mediados de la década del 80 en nuestro país

Se aceptaba pues, a la APS como una estrategia sustantiva, pero también como un eje filosófico - político, como un nivel de atención (siempre que existieran los otros niveles) y como un conjunto de actividades, acercándose -por lo menos en estos componentes básicos - a la definición de Alma-Ata. Así el Acta expresaba:

Las líneas básicas de acción acordes con dicha estrategia de APS y de acuerdo a lo establecido en los Lineamientos para un Plan General de Salud/MSAS - Agosto 1984 - COFESA - son:

La articulación intra e intersectorial.

La participación comunitaria, requiriendo para ello nuevos modelos de organización.

El ordenamiento de la red de servicios independientemente de la jurisdicción de los recursos.

La organización de la atención por niveles, con énfasis en el primer nivel, estableciendo claros mecanismos de referencia

Utilización del enfoque de riesgo en la determinación de los grupos prioritarios.

Incorporación en el primer nivel de atención de, por lo menos, los siguientes contenidos:

- a) Educación para la salud
- b) Promoción del suministro de alimento y de una nutrición apropiada
- c) Medidas de saneamiento básico y abastecimiento de agua potable.
- d) Control de atención materno - infantil.
- e) Inmunizaciones.
- f) Vigilancia y control de las endemias locales
- g) Tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismo - comunes.
- h) Seguimiento de pacientes crónicos.
- i) Prevención primaria de la salud mental.
- j) Prevención primaria de la salud bucal.
- k) Suministros de medicamentos esenciales.

La fragmentación del sistema en los tres subsectores (aislados entre sí, superpuestos en muchos casos y ausentes en otros) fue por primera vez aceptado como el riesgo más importante al establecimiento y consolidación de la APS, reclamando coordinación y complementación intrasectorial para llevar adelante las actividades de salud.

Asimismo se comienza a entender las diferencias que existen -en cuanto a la implementación de programas y actividades las áreas urbanas, periurbanas y rurales; Rosario y Córdoba ya exponían experiencias en zonas urbanas, La Rioja en periurbanas.

El décimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata (1988) encontró al Grupo de Trabajo de APS discutiendo aun el tema del agente sanitario (discusión que, como se ha visto, acumulaba 12 años ininterrumpidos) y reflexionando sobre los Lineamientos de la Estrategia de APS.

#### 4.- Etapa de Consolidación Operativa (1989 hasta el presente)

En noviembre de 1989 se realiza una importante reunión de responsables jurisdiccionales de APS con el objeto de discutir y proponer alternativas viables para consolidar la estrategia. Se solicitaba una estructura a nivel central, el envío en tiempo y forma de los fondos comprometidos, búsqueda de financiamiento a través de otras fuentes alternativas (Obras Sociales, Organismos Internacionales, etc.) sin comprometer sus fundamentos.

Pero en esta reunión se insiste en que la estrategia es del campo de tratamiento del COFESA, por su importancia y trascendencia, por lo que será allí donde se consensuará y promoverá su inclusión definitiva en las Políticas Nacionales de Salud. El [Decreto PEN 1269 del 20 de julio de 1992](#), en su Anexo 1, Política Sustantiva 2, en su acápite 2.1.5. establece a la APS como Política Instrumental, con el fin de promover, desarrollar y apoyar la estrategia de la atención primaria componente fundamental de extensión de cobertura a toda la población (urbana y rural) y de accesibilidad al sistema.

Esta direccionalidad se ve reforzada en los considerandos del [Decreto PEN 578 del 1 de abril de 1993](#), donde por primera vez se determina a nivel nacional la responsabilidad de los Hospitales Públicos en el desarrollo, extensión y consolidación de esta estrategia, así como la recuperación del costo de prestaciones resultantes (para los aceptes del Sistema Nacional del Seguro de Salud) por el sistema automático por él instituido o por los convenios o normas vigentes en cada jurisdicción.

El Art. 5° de este Decreto enumera buen número de actividades de APS y, también por primera vez, exige al Hospital Público de Autogestión trabajar en su área programática y en la red de servicios que pueda integrar. Pero es en su acápite e) donde explícitamente obliga al Hospital, columna vertebral de nuestro sistema de atención de salud integral e integrada a implementar el programa médico asistencial en base a la estrategia de Atención Primaria de la Salud sobre la cual está basado el nuevo modelo de atención, médica.

Esta nueva etapa continúa consolidándose a través del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, puesto en vigencia por la Resolución de la Secretaria de Salud N° 432 del 27 de noviembre de 1992 Dentro de este marco aparecen - con el consenso de las entidades científicas, académicas e intermedias - las siguientes normas referidas a las actividades de APS:

Normas Técnicas mínimas para servicios de Atención Primaria - 16/4/96 RM 208/96.

Normas de Actividades Mínimas para Responsables de Atención Primaria de Salud 16/4/96 RM 207/96

Normas para Indicadores de Cobertura de Servicios de Atención Primaria de la Salud 21/9/96 RM 401/96.

Es decir, nos hallamos reencontrando la vía de la consolidación operativa de la estrategia, ahora aceptada también como filosofía para la plena vigencia del Derecho a la Salud, como Política Sustantiva e Instrumental, como componente fundamental del primer nivel de atención y de la participación comunitaria, como responsabilidad ineludible del Hospital Público y de los demás niveles de complejidad y como conjunto de actividades para conformar un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad.

VI - Niveles de atención y redes de servicios para la estrategia de atención primaria de salud. Rol del Hospital Público de Autogestión y de los Centros de Salud y otros efectores del primer nivel de atención

Sin lugar a dudas la columna vertebral de la estrategia de Atención Primaria de Salud y de Regionalización es una eficiente organización de los niveles de atención, con complejidad ascendente y asegurando una oportuna referencia / contra - referencia con la intervención sustantiva del Hospital Público como sustrato básico del primer nivel de atención. Pero también es necesario aceptar que por lo menos desde la década del 50 diversos trabajos de investigación en servicios hablan advertido que un gran porcentaje de las actividades de prevención primaria (promoción y protección de la salud), secundaria (diagnóstico y tratamiento) y terciaria (rehabilitación) se podrían resolver más eficazmente fuera de los grandes hospitales, más cerca de la población, con mejor impacto y resultado en términos de salud, y a un mucho menor costo. Estas actividades conforman buena parte del así llamado primer nivel de atención de la salud, que sólo existe en la medida que exista la posibilidad de ascender en el nivel de complejidad, y que - por lo expuesto a propósito de nuestra historia en atención primaria - debe ser, pese a todos los problemas que puede acarrear, articulado, apoyado y hasta financiado por el Hospital Público de Autogestión.

Centros de Salud y Otros Efectores de Primer Nivel de Atención

Los Centros de Salud u otros efectores de diversa terminología o denominación, son instituciones de salud que justifican su existencia en que los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente casi como único objetivo, la enfermedad, y han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento técnico de los medios diagnósticos y el tratamiento de patologías establecidas, prestando poco o nula atención a la prevención de éstas, a la promoción o conservación de la salud y al diagnóstico oportuno en el periodo prepatogénico o precoz.

Con la aparición de las Áreas Programáticas y, dentro de ellas, de los efectores de servicios comunitarios de atención primaria, esta situación entra en un proceso gradual y profundo de revisión y cambio: el sistema local ha comenzado a guiar la brújula de los objetivos primordiales desde el norte de la enfermedad hacia el de la salud. Políticos planificadores, profesionales sanitarios y ciudadanos son cada vez más concientes de que la función principal de un sistema sanitario no radica exclusivamente en garantizar el derecho del individuo enfermo a ser bien asistido y tratado, sino que también y primordialmente es la de procurar que no enferme, que se mantenga sano: asegurar, en definitiva, su derecho a la salud y considerar a la enfermedad como el resultado de un fracaso en el logro de este objetivo.

Tanto como la Estrategia de Atención Primaria de Salud tiende a lograr el cambio de orientación del sistema sanitario desde el objetivo de enfermedad hacia el objetivo de salud y, al mismo tiempo, potenciar la coordinación entre el sector salud y aquellos otros que han de intervenir en el proceso de consecución de una calidad de vida adecuada deben lograr, como premisa fundamental, cambiar la orientación de sus profesionales. La figura de éstos ha de ser potenciada en muchos de sus contenidos pero también transformada totalmente en otros puntos, para lograr su incorporación plena a los nuevos elementos conceptuales, organizativos y funcionales del sistema sanitario. Es necesario un profesional en el que se unen las características positivas tradicionales en los terrenos del conocimiento y contacto profundo con la población su cargo y de la continuidad de la asistencia prestada, tomando en cuenta lo extramural del Hospital Público y aten de los subsistemas de obras sociales y

privados, con otros relacionados con la mística y el cambio de orientación que implica pasar del objetivo enfermedad individual al de comunidades enfermas.

Conceptualizados los servicios de Atención Primaria y definida ésta, en abono del trabajo intra o intersectorial que forma parte de la estrategia, debería aclararse que ésta es parte del desarrollo socioeconómico de los pueblos y que la salud globalmente depende del mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida, al mismo tiempo que la salud contribuye a estos.

El Sistema de Servicios de Salud, con sus tres niveles de complejidad integrados es un conjunto de mecanismos debidamente seleccionados y organizados, a través de los cuales los recursos de infraestructura de salud y los recursos humanos se ordenan y estratifican, por medio de un proceso administrativo y de la organización de la tecnología médica y sanitaria para ofrecer prestaciones de salud integradas. Se considera que para que estas prestaciones tengan impacto en el nivel de salud y bienestar deben ser accesibles a toda la comunidad sin excepciones, con calidad garantizada y uniforme y proporcionarse en forma continua e integral, de acuerdo a las necesidades del ser humano.

La Atención Primaria de Salud, aunque diseñada para proporcionar servicios de salud a toda la población, debe contener los mecanismos de flexibilidad adecuados para:

atender a grupos prioritarios a través de profesionales o técnicos con capacitación para la estrategia, amén de la propia de sus disciplinas.

realizar subprogramas para resolver problemas de salud de carácter local

contener fórmulas de infraestructuras y de recursos humanos para atender las características variables de la población y su concentración demográfica.

brindar una atención integrada e integral en equidad con niveles ascendentes de complejidad asegurados

Es decir que los Centros de Salud, son sólo una parte de un Sistema de complejidad ascendente en determinada Area Programa, para evitar que la atención primaria que se brindará en ellos no se convierta en atención de baja calidad, en tanto no pueda dar solución eficaz a todos los problemas de salud.

La conceptualización básica del sistema es la siguiente:

Los niveles de atención de la salud se traducen, en la práctica, en la agrupación estratificada de recursos para satisfacer necesidades determinadas, cuya organización debe dirigirse hacia la solución de problemas específicos y al logro de una máxima eficiencia en la producción y prestación de los servicios. La organización de estos servicios se basa en el conocimiento de la naturaleza del problema y solucionar la condición o situación de salud que requiere atención, y al contenido tecnológico para satisfacer esa necesidad: es decir en la relación entre la situación de salud y complejidad de servicios requeridos para atenderla. En este sentido el establecimiento de un sistema de complejidad ascendente, desde el primer nivel de atención hasta el Hospital Público de Autogestión, no consiste solamente en el proceso de catalogar unidades, sino que representa una serie de acciones de reorganización general, destinadas a afirmar la estructura organizacional con el fin de asegurar una desconcentración de la atención primaria mediante un sistema de niveles accesibles en equidad para quienes necesiten dicha atención, a través de mecanismos de coordinación y apoyo entre los niveles mencionados.

su administración coherente necesita de la conjugación de una serie de recursos legales, tecnológicos, de estructura física y humana que, debidamente implementados hacia la comunidad a través de formas predefinidas mínimas de servicios -potencialmente capaces de crecer modularmente - permitan un real y medible impacto en el nivel de salud y una óptima utilización de los recursos.

la programación efectiva necesita de actividades y de procedimientos de trabajo profundos, en donde el equipo interdisciplinario y los agentes de salud o promotores secundarios y primarios entren desde un principio en contacto con la familia, conozcan su integración, su vivienda y su medio ambiente; y dentro del proceso de su atención sigan su historia y cambios en el nivel de salud, para estar en condiciones de establecer las medidas promocionales educativas y reparadoras que la familia requiere y así, a través de un proceso de control y vigilancia permanente, se ejerza una atención de base familiar y con apoyo

interinstitucional.

es necesario definir un Equipo Interdisciplinario óptimo mínimo, quedando para el ajuste situacional local consensuado las posibilidades de crecimiento, en el sentido de las necesidades de la población y de la estrategia de atención primaria. Cada uno de sus integrantes debe tener -dentro de su incumbencia profesional o comunitaria - un papel definido para la atención integrada e integral, familiar y comunitaria con el objetivo y meta en el ser humano, su área social, y su medio ambiente. Este Equipo de Salud debe tener definidas sus acciones, precisadas sus metas con base en rendimientos promedio, y delineados sus procedimientos básicos de trabajo. Este planeamiento es un factor de trascendencia para el desarrollo de los servicios, constituye la esencia de la programación, la precisión de la cobertura y el instrumento de monitoreo de la marcha de los servicios por unidades, equipos, personas. El sistema sólo adquiere formalidad y capacidad cuando se cuenta con los documentos, manuales, guías y la suficiente protocolización en la que se precisen los lineamientos y normas operativas mencionadas.

el papel de la comunidad es otro factor de trascendencia para el óptimo funcionamiento de la estrategia; de la adecuada participación de ella depende en mucho el éxito del primer nivel de atención y del ascenso en nivel de complejidad. Su incorporación ha sido un instrumento de difícil aplicación y que en la práctica tropieza con obstáculos de múltiple naturaleza. Las Areas Programáticas de los Hospitales Públicos de Autogestión deben diseñar mecanismos inteligentes y creativos para lograr la participación de la comunidad: uno de los más importantes es la inversión que se hace en la capacitación y reconversión de recursos profesionales y el tiempo óptimo para organizar a dicha comunidad. con la finalidad de que ésta intervenga en el manejo de los programas y emprenda y ejecute realmente por si misma obras de beneficio para su salud y para el mejoramiento social y de su medio ambiente.

un adecuado acceso a los servicios, señalado como una de las características básicas del sistema, se debe llevar a cabo a través de la creación de un sistema de complejidad ascendente, tanto de atención primaria como de secundaria, en lugares estratégicos y planificadamente ubicados y lo más cercano que sea posible del lugar donde tales servicios se requieran. Se debe replantear el primer, segundo y tercer nivel de complejidad, conforme a criterios de agrupación poblacional -, con cobertura asignada y buscar medios de comunicación y movilidad.

en el primer nivel el Centro de Salud u otra forma de efector del primer nivel, definido como la estructura funcional y física en la que se desarrollan todas las actividades propias de la atención primaria en los terrenos de la promoción, prevención, asistencia curativa y de rehabilitación y reinserción social así como en el de la participación comunitaria.

Las funciones del Centro de Salud o equivalente han de permitir la planeación programada en la práctica diaria de las grandes líneas de actividad, descritas como:

Atención preventiva y de promoción de la salud

Diagnóstico y tratamiento de enfermedades -Rehabilitación y reinserción social

Atención domiciliaria y urgente

Vigilancia epidemiológica

Docencia e investigación y de aquellas otras necesarias para el análisis inicial y vigilancia posterior de la situación de salud de la comunidad atendida.

El Centro de Salud como institución, ha de desempeñar un papel importante en la coordinación intersectorial y en la detección de casos y problemas, y ha de recibir y transmitir las informaciones generadas en la actuación sobre los mismos.

Las funciones de promoción y prevención que hacen referencia a actuaciones sanitarias programadas sobre individuos o grupos de población específicos o de riesgo deben ser asumidas y desarrolladas primordialmente por el Centro de Salud y los equipos interdisciplinarios o agentes de salud comunitarios que de él dependan, integrándolas con las de carácter asistencial.

Las funciones y actividades asistenciales curativas y de rehabilitación y reinserción social forman el núcleo básico sobre el que se asientan e integran las restantes funciones del Centro de Salud o equivalente como institución, y han de estar fundamentadas en

actuaciones programadas y protocolizadas que impliquen la colaboración constante de los distintos individuos que componen los Equipos Interdisciplinarios y los servicios de apoyo. Su desarrollo ha de tener lugar en los ámbitos de atención de las consultas del Centro, así como en el domicilio, con posibilidades de comunicación para la derivación de urgencias.

La programación asistencial ha de responder a las necesidades y demandas concretas de la población atendida, pero esta respuesta no ha de ser pasiva sino que, por el contrario, ha de implicar la búsqueda activa de los problemas de salud bajo una perspectiva multidisciplinaria que integre los aspectos biológicos con los psicológicos y sociales.

Implicadas en todas las funciones y actividades descritas previamente, las de educación para la salud han de estar dirigidas de forma principal no a la mera transmisión de conocimientos e informaciones sobre las características de las enfermedades, sino a potenciar la autorresponsabilidad de las personas y comunidades en el cuidado de su propia salud.

Aunque todas las actuaciones desarrolladas por el Centro de Salud han de tener una vertiente educativa, en las asistenciales es cuando se establece un contacto personal y de confianza entre el profesional sanitario y el paciente para tratar un problema concreto, donde las posibilidades de intervención positiva y eficaz en este terreno son mayores.

El Centro de Salud es el ámbito institucional en el que ha de producirse la participación comunitaria de base en las tareas del sistema sanitario, y por ello han de ser adecuadamente promovidas y potenciadas todas las actividades dirigidas a este objetivo esencial, sin el que no es posible realizar una verdadera Atención de la Salud ni conseguir la máxima adaptación del Centro a las necesidades concretas de la población atendida y su consideración como una estructura propia de la comunidad.

Las funciones y actividades de Docencia e Investigación han de desarrollarse en el Centro de Salud, de acuerdo a programas preestablecidos que contemplen aspectos de formación continua y de pre y postgrado, así como otros de investigación clínica y epidemiológica relacionados también, al igual que todos los anteriores, con las necesidades y características concretas de la situación de salud de la comunidad atendida.

Para la puesta en marcha de las actividades docentes en general y particularmente de las dirigidas a pregraduados es necesaria la existencia de mecanismos de coordinación funcional con las facultades correspondientes. En este sentido, y de forma parecida a lo que sucede con los hospitales que hoy realizan docencia de pregrado, es preciso considerar la incorporación de determinados Centros de Salud a la estructura docente universitaria y con ella la de los profesionales de los mismos para impartir los elementos teóricos y prácticos propios de la estrategia.

La gestión de los recursos sanitarios correspondientes al ámbito de actuación del Centro de Salud y la coordinación funcional con los otros niveles de la red sanitaria son funciones que ha de asumir aquél como institución con recursos propios y que actúa como puerta de entrada del sistema. Evidentemente, el Centro ha de responder a las líneas de programación diseñadas para el conjunto del área en que está incluido, pero no por ello ha de dejar de tener un grado importante de autonomía en la gestión de sus recursos, que le permita dar una respuesta flexible y eficiente a las necesidades concretas de la comunidad a la que atiende. En el terreno de la coordinación funcional, el Centro de Salud es el eje alrededor del que han de canalizarse los flujos de demanda de servicios hacia otras partes del sistema, así como la conexión de los distintos programas diseñados para el conjunto del área sanitaria a la que pertenece a través de su presencia activa en los ámbitos de decisión de la misma.

Es muy importante recalcar que se trata tanto de que el Hospital Público - progresivamente - articule un nivel secundario para el primer nivel de atención, fundamentalmente extramural, como de evitar que el Centro de Salud se convierta en una suerte de mini-hospital, donde se pretenda remedar la asistencia propia del segundo o tercer nivel.

El trabajo en el primer nivel de atención es el ámbito principal donde ha de producirse la integración real de las actividades de promoción, prevención, asistenciales, curativas y de rehabilitación y reinserción social. Los equipos interdisciplinarios asumen estas actuaciones globalmente y los distintos profesionales que los forman los ponen en práctica basándose en

una división funcional del trabajo, que tenga en cuenta las diferentes aptitudes, actitudes y disponibilidad de los mismos, independientemente de su situación jerárquica o estamental. la atención del medio ambiente es un factor de acción integral en Atención Primaria. Ha sido suficientemente demostrada la interrelación que existe entre el hombre y su medio ambiente; y esta relación ha originado el concepto ecológico de la enfermedad, definiéndose ésta como un desequilibrio entre el individuo y el medio físico, biológico y social de su entorno. Los servicios de salud integrales, por lo tanto, deben comprender la estrategia de comunidades saludables/responsables, la promoción del saneamiento básico a nivel comunitario, el control sanitario y ambiental a nivel local y, a nivel central, el estudio, análisis, normatividad y ordenamiento de los factores ambientales que puedan tener efectos adversos en la salud del hombre.

Descripción sistema de complejidad ascendente en el que se inscribe la reorganización del primer nivel de atención y del Hospital Público de Autogestión, para la estrategia de Atención Primaria de Salud.

El sistema está integrado por tres niveles de atención. El primero es responsable del tratamiento y seguimiento de patologías sencillas y de la promoción y protección de la salud; se apoya en los niveles superiores donde refiere temporalmente a pacientes o a los que señala problemas ambientales. En general, las actividades del primer nivel se enfocan primordialmente a preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones de promoción. protección específica: diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos que se presentan con frecuencia, y cuya resolución es factible mediante una combinación de recursos simples y poco complejos, tecnología apropiada y medicamentos esenciales.

Corresponden al segundo nivel, es decir fundamentalmente al Hospital Público, las actividades dirigidas a la restauración de la salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad; los servicios que otorga son proporcionados a pacientes derivados del primer nivel y a los que se presentan espontáneamente con urgencias médico - quirúrgicas. En lo que respecta al medio ambiente, se ejerce el control sanitario y de la contaminación ambiental con apoyo del laboratorio.

El tercer nivel es aquel que realiza actividades de restauración y rehabilitación de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento que han sido referidos por otros niveles de atención. A nivel ambiental se ejercen acciones normativas y de monitoreo de la contaminación que requieren de tecnología especializada.

El mecanismo de dirección y enlace administrativo del sistema se integra por los siguientes niveles jerárquicos: un nivel central, esencialmente normativo, de planificación, dirección y control; uno intermedio de adaptación de normas y manejo de programas y servicios en el ámbito del Área Programática; y el nivel local representado por los Centros de Salud u otros efectores y los propios profesionales de salud, especialmente -pero no únicamente- los médicos generalistas de cabecera o de familia, o los clínicos pediatras y tocoginecólogos, si aquellos no existieran

Los conceptos básicos del nivel de atención y conjunto de actividades, propios de la Atención Primaria de Salud, son pues los siguientes:

los niveles de atención de la salud se traducen, en la práctica, en la agrupación estratificada de recursos para satisfacer necesidades determinadas, cuya organización debe dirigirse hacia la solución de problemas específicos y al logro de una máxima eficiencia en la producción y prestación de los servicios.

la organización de servicios de salud se basa en el conocimiento de la naturaleza del problema a solucionar, la condición o situación de salud que requiere atención y el contenido tecnológico para satisfacer esa necesidad, es decir, en la relación entre la situación de salud y la complejidad de servicios requeridos para atenderla.

por lo tanto, el proceso de establecimiento de un sistema escalonado de servicios no consiste solamente en el proceso de catalogar unidades, sino que representa una serie de acciones de reorganización general, destinada a desconcentrar la atención de la salud mediante un sistema de niveles accesibles para quienes necesiten dicha atención, a través de mecanismos de coordinación y apoyo entre los niveles mencionados.

a través de un programa de actividades y de procedimientos de trabajo definidos, Centros de Salud y otros efectores de primer nivel, se pretende lograr que el médico y el personal del equipo de atención primaria entren desde un principio en contacto con la familia, conozcan su integración, su vivienda y su medio ambiente, y dentro del proceso de atención sigan su historia y cambios en el nivel de salud, para estar en condiciones de establecer las medidas promocionales, educativas y curativas que la familia requiera, y así a través de un proceso de control y vigilancia permanente, ejerzan la medicina familiar, contando para ello con el apoyo institucional.

el equipo de salud a nivel primario se integra con los equipos ya enunciados, cada uno de ellos con un papel definido para la atención individual, familiar y comunitaria, con la finalidad de atender integralmente al ser humano y su medio ambiente

Este equipo de salud tiene definida sus acciones, precisadas sus metas con base en rendimientos promedio, y delineados sus procedimientos básicos de trabajo. Este planteamiento es un factor de trascendencia para el desarrollo de los servicios, constituye la esencia de la programación, la precisión de la cobertura y el instrumento de control de la marcha de los servicios por unidades, equipos y personas.

Objetivos de la reorganización del primer nivel de atención en el sentido de la atención primaria salud.

La infraestructura, recursos y organización de este nivel responde al hecho de que su finalidad es la atención de necesidades de salud simples, frecuentes y que requieren recursos combinados de poca complejidad y accesibles a la población dependiente.

Las acciones deben tener calidad uniforme, ser capaces de atender cuanto menos al 85% de los problemas que se presenten, incluir la participación de la comunidad, y su costo no debe ser elevado. Los elementos básicos de la organización operativa de este nivel son los siguientes:

#### a) Servicios

Las actividades, que se traducen en los servicios mínimos o básicos que caracterizan a este nivel, están dirigidas no sólo a la atención de los problemas, sino también a la modificación positiva de un estado de salud; por ello, deben abarcar tanto al ser humano como al medio ambiente. En la gama de dichos servicios y forma de proporcionarlos, se reconoce que pueden existir diversas modalidades, según la situación regional jurisdiccional, grado de desarrollo institucional, disponibilidad de recursos profesionales, etc. Por lo que actualmente también existen diversas y muy distintas experiencias en este sentido en cada provincia.

Aún cuando la característica básica es la simplicidad de los recursos, en la práctica la combinación de los mismos puede no ser tan sencilla, y requerir de la conjugación operativa de recursos médicos, de enfermería y de asistencia social, para realizar tareas como las de detección de enfermedades crónicas - degenerativas, vigilancia epidemiológica y organización de la comunidad. Debe contener un conjunto de servicios y una compleja tarea organizacional de redes, si se desea que la atención -para ser aceptada por la comunidad - sea uniforme y de buena calidad, y al mismo tiempo se tiene que garantizar la permanencia de las acciones.

Algunos de los servicios o actividades a realizar por el equipo de atención primaria, es decir el médico, la enfermera, asistente social, etc. tienen una característica básica, fundamental, inherente por definición a la atención primaria; la consulta y el control de enfermedades; en otros casos, su inclusión dentro de la gama de prestaciones depende de la situación local y del estado de salud de la comunidad, como ocurre cuando se trata de la alimentación complementaria y de la promoción de obras de saneamiento.

Las actividades que deben desarrollar los equipos interdisciplinarios que definen, asimismo, los servicios a proporcionar, son las siguientes:

conocimiento del estado de salud individual, familiar y comunitario

orientación y capacitación de la población dependiente para el cuidado de su salud, mediante la formación de grupos de:

adultos

grupos juveniles

embarazadas y madres en período de lactancia  
mujeres en edad fértil  
escolares  
nutrición  
orientación nutricional  
alimentación complementaria a menores de cuatro años embarazadas y madres en periodo de lactancia  
atención primaria en salud mental - promoción para el saneamiento. Apoyo a la vigilancia y control sanitario del medio ambiente. - detección y referencia de problemas de control ambiental  
control de enfermedades prevenibles por vacunación  
detección oportuna de enfermedades crónico - degenerativas  
control y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles  
consulta médica general por grupos de edad, que comprenden:  
a enfermos  
a sanos  
de procreación responsable  
de control del embarazo  
detección de incapacidades y referencia para su rehabilitación  
atención y referencia de urgencias médico - quirúrgicas, psicológicas, psiquiátricas y sociales.  
atención odontológica a grupos prioritarios y atención o derivación de urgencias  
capacitación y adiestramiento a personal auxiliar de la comunidad  
referencia  
de pacientes al hospital general o área programática  
para estudios de laboratorio y diagnóstico por imágenes  
para problemas de control sanitario y ambiental al área programática  
para notificación y control epidemiológico al área programática.

Aún cuando las actividades representan un paquete mínimo, que define y caracteriza la atención primaria, el sistema operativo debe tener cierta flexibilidad de adaptación o enfoque prioritario de acciones, según el diagnóstico de la situación de salud y las características epidemiológicas o sociales de la comunidad a atender. Con objeto de mantener uniformidad en las acciones y beneficios, se pretende que las actividades mencionadas se proporcionen en forma constante en todo servicio de atención primaria: cualquier omisión puede significar un deterioro de la calidad, sin embargo, la intensidad, enfoque o prioridad con que se realicen deberán depender de un sistema de programación que parta de un diagnóstico de la comunidad, del seguimiento de las acciones y de la aplicación de lineamientos operativos definidos por el nivel central.

b) Agrupamiento de la población: La población a atender puede que se encuentre en áreas, en algunos casos densamente concentradas, o bien dispersas o en asentamientos puntuales propios todos de una megalópolis.

Tipo y descripción de unidades: La selección del tipo de Centro de Salud Comunitaria para un área determinada depende de los siguientes factores:

la densidad demográfica, en función del número de personas a atender en un área geográfica determinada

las isócronas de acceso, es decir, las distancias a recorrer por los usuarios para acudir a los Centros de Salud.

En general se prefiere:

población dependiente concentrada (cuyas isócronas de desplazamiento a pie hacia el centro de salud comunitaria sea de 20 a 30 minutos)

población dependiente dispersa (una hora de desplazamiento por los medios habituales de transporte)

establecimiento y operación de un subsistema único de información, que permita la programación y evaluación adecuada de las acciones, el control administrativo y la vigilancia epidemiológica.

la coordinación y supervisión será responsabilidad de cada uno de los niveles! técnico - administrativos, ubicados en las respectivas áreas programáticas de los Hospitales Públicos de Autogestión, evitando la creación de unidades de supervisión especializadas en esta función desde el nivel central, unidades que además de no contar con todos los recursos de la información local, crean una lealtad contradictoria y una doble autoridad.

se debe contar con recurso físico y humano perfectamente individualizado e incluido en un proyecto de capacitación, docencia e investigación que asegure el prestigio de la función, la educación continuada y la investigación en servicio.

es indispensable la evaluación y análisis de programas y unidades, dentro del concepto de investigación de servicios de salud, con finalidad de conocer la eficacia del sistema, de los subprogramas y de las unidades; y se deben realizar los ajustes necesarios para el mejoramiento general de dicho sistema.

es importante el establecimiento de un subsistema logístico, que permita el flujo eficiente de los elementos - materiales que requieren los Centros y otras unidades del primer nivel para su funcionamiento, este subsistema deberá apoyarse en la infraestructura física existente y en los recursos de personal de los niveles técnicos y administrativos de Areas Programáticas y Hospitales.

Se debe asegurar en este sentido la provisión de alimentos y medicamentos básicos.

el control sanitario y ambiental es necesario que se encuentren ligados a criterios y acciones de carácter epidemiológico, dirigiendo las actividades de este recurso en lo posible, hacia el control de las causas de daño a la salud de la población, con base en el diagnóstico Y análisis de la situación de la salud.

para que el otorgamiento de los servicios mantenga y mejore progresivamente su calidad, es fundamental que se lleve a la práctica un programa de educación continuada para el personal de los diferentes niveles.

En este Sistema de Servicios para la Atención Primaria de Salud, el rol del Hospital Público de Autogestión y su relación con los Centros de Salud fue un problema sumamente discutido, y aún lo sigue siendo. En general coexistieron dos posiciones: la de los que sugieren que los efectores del primer nivel conformen una estructura paralela a los hospitales (con personal, mantenimiento y presupuesto central) y la de los que sostienen su integración al Hospital, en el área programática. Esta última a todas luces parece ser el camino más correcto, bien que se tenga en algunos casos comenzar por el otro.

Siendo éste el buen camino, se debe reconocer que no siempre las relaciones del Hospital Público de Autogestión con sus Centros relacionados ha sido perfecta. Así y todo se debe perseverar en el esfuerzo de integración, ya que es justamente éste uno de los objetivos claves en Atención Primaria y, como se ha explicitado, esta falta de integración ha sido muchas veces la causa de la falta de progreso en la estrategia.

#### VII - Planificación estratégica básica en atención primaria de salud para los Hospitales Públicos de Autogestión

En razón del marco conceptual expuesto, del recurso histórico de la estrategia de Atención Primaria de Salud en el país, del rol asignado tanto al Hospital Público de Autogestión por el Decreto 578/93, cuanto por las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud derivadas del Decreto 1269/92, corresponde al Ministerio de Salud y Acción Social de 1a Nación delinear una Planificación Estratégica Básica en Atención Primaria de Salud para los Hospitales Públicos de Autogestión, la cual - necesariamente - será adecuada por cada jurisdicción, y dentro de ella por cada nivel local, según las necesidades sentidas y/o percibidas de las diferentes comunidades. Esta Planificación para un Area Programática Tipo debe ser considerada un aporte de Cooperación Técnica deber ineludible del Estado Nacional a las jurisdicciones no una receta normativa y mucho menos una imposición centralista, en tanto el Art. 4º del Decreto 578/93 es justamente claro en determinar que el Hospital Público de Autogestión actuará como organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción y con las facultades legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas.

Los componentes sustantivos de esta Planificación Estratégica Básica surgen tanto de las propias Políticas Sustantivas e Instrumentales en Salud, cuanto de los aportes,

contribuciones, investigaciones y análisis de experiencias oportunamente solicitados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación en el marco del Proyecto 516/OCAR-BID, Subprograma Fortalecimiento Institucional, en especial de los siguientes documentos técnicos:

A.T. I - Formulación de Políticas y Estrategias de Salud

A.T.2 - Lineamientos para la Planificación Sectorial a Mediano Plazo

A.T.3 - Identificación, Análisis y Evaluación de los Modelos de Atención de la Salud vigentes

A.T.5.2. - Preparación de Estudios para Proyectos de Inversión; Educación para la Salud

A.T.5.3. - Preparación de Estudios para Proyectos de Inversión; Saneamiento Básico Rural

a) COMPONENTES SUSTANTIVOS

a.1 - Reorganización del Hospital Público de Autogestión en el sentido de las estrategias de Atención Primaria y Area Programática

En tanto el Decreto 578/93 en su Art. 5º, inciso d) y e) le asigna como requisito para el accionar de los Hospitales Públicos de Autogestión desarrollar además de las actividades asistenciales, de docencia e investigación que le asigne la autoridad correspondiente, acciones de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad en las áreas programáticas y en la red de servicios que pueda integrar, así como implementar el programa médico asistencial en base a la estrategia de Atención Primaria de la Salud sobre la cual está basado el nuevo modelo de atención médica, aparece como actividad sustantiva la reorganización del establecimiento para la coordinación. en su área programática, de la Atención Primaria de Salud, entendida como estrategia, conjunto de actividades y niveles de asistencia. quedando en los niveles jurisdiccionales (nacionales, provinciales o municipales), en su caso, su concepción como políticas de salud.

Por las características histórico - sanitarias del país, el Hospital Público de Autogestión se halla en condiciones excepcionales para esta coordinación, que supone una tarea intersectorial del sistema social a nivel local (comunidad) entre el:

Subsistema educativo

Subsistema económico

Subsistema Político y Jurídico

Subsistema Cultural

Subsistema de Atención de la Salud (incluido el medio ambiente) a condición de adaptar su estructura para la estrategia, comprendiendo. como mínimo

a.1.1. - La creación de una estructura organizativa de nivel adecuado a la del Establecimiento (Dirección Asistente. SubDirección, Departamento, División, Unidad, etc.) que conduzca la estrategia. sus relaciones con la red de servicios (infra y suprasistémico), con los programas verticales y permita una adecuada participación comunitaria.

Es de extrema importancia que esta conducción tenga formación adecuada en Salud Pública y/o Epidemiología. ya que la experiencia acumulada en Atención Primaria y Area Programática hasta el presente, relaciona esta capacitación con la fortaleza o debilidad subsiguiente de las estrategias a implementar.

a. 1.2. - Las misiones y funciones de esta estructura serien como mínimo las siguientes, no taxativamente, y a completar en relación a las necesidades de cada nivel local o jurisdiccional;

Intervenir en la programación, ejecución y evaluación de la estrategia de Atención Primaria de Salud, dentro del perímetro de su área, procurando que el conjunto de las mismas atiendan prioritariamente los problemas sanitarios que afecten a los grupos más vulnerables o sean prevalentes en ella.

Cumplir en el área programática, definida como una zona epidemiológico - social asignada planificadamente a una o varias instituciones de salud, para que implementen en ella la estrategia de Atención Primaria de Salud. Asegurando acciones integrales e integradas de salud para sus habitantes y su medio ambiente, siendo conveniente que forme parte de una red de servicios en una región sanitaria integrando a los tres subsistemas de salud las políticas de salud definidas por la Jurisdicción.

Asesorar a los niveles correspondientes sobre las necesidades o inquietudes de la población,

como así también sobre los resultados de los diagnósticos epidemiológicos locales y las modificaciones necesarias para su cambio

Coordinar con las instituciones y comunidad, a través de la participación organizada de las mismas, las actividades necesarias para mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de la población a través de la implementación de las estrategias de Atención Primaria y Área Programática.

Elaborar los estudios epidemiológicos y sanitarios que permitan alcanzar un acabado conocimiento de los recursos y las necesidades de salud de su área, y de la magnitud con que afectan a su población, utilizando las variables que más se asocian con el proceso de salud - enfermedad en cada problema específico.

Investigar en forma conjunta con otros efectores jurisdiccionales; factores de riesgo, determinantes ambientales y conductuales de la enfermedad y noxas en su periodo prepatogénico. Asesorar localmente sobre educación, sanitaria y actividades preventivas coordinando la efectiva derivación, en caso de corresponder, al Hospital Público de Autogestión, debiendo efectuar con posterioridad, la evaluación individualizada de esas actividades y el impacto de las mismas en el mejoramiento de los niveles de accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad y ascenso en los niveles de complejidad y cuidados progresivos.

Coordinar con los servicios y Comités correspondientes, las actividades de prevención primaria y educación para la salud y, en general, de medicina integrada e integral, especialmente las ejecutadas extrahospitalariamente.

Coordinar - en forma intra e intersectorial - relevamientos epidemiológicos y estudios específicos del área geográfica correspondiente, detectando problemas y canalizando soluciones.

Participar en la creación e instalación de los efectores de salud del primer nivel del área, supervisando y evaluando posterior y oportunamente el cumplimiento de actividades y programas.

Coordinar la atención ambulatoria, domiciliaria por alta precoz y de los profesionales de cabecera de la población del área con los servicios pertinentes, optimizando el sistema de referencia y contra - referencia con los hospitales públicos de autogestión y otros efectores del primer nivel del subsector o de otros subsectores (seguridad social y privados).

Colaborar con las autoridades locales para optimizar la ejecución de los Programas Nacionales, Provinciales o Municipales que se ejecuten en el área programática.

Administrar los recursos, programas y acciones a su cargo, según las prioridades que surjan del conjunto de necesidades de la población y particularmente de los grupos más postergados, evaluando resultados e impacto.

Propender activamente a la máxima coherencia y coordinación de programas y actividades locales, integrando los propios y los de efectores formales, a través de la concertación apropiada, previa autorización de los niveles jerárquicos correspondientes. Analizar y desarrollar actividades para la determinación de tecnologías apropiadas y medicamentos esenciales, entendiendo en la financiación del primer nivel de atención.

Intervenir con el Comité de Docencia e Investigación en la selección, distribución, capacitación y programación de actividades y evaluación del recurso humano que se desea asignar al área programática, a través de los programas de becas, residencias, concurrencias, visitancias, pasantías o cualquier otro sistema de formación de recursos humanos.

Realizar conjuntamente con el Comité de Docencia e Investigación, educación continua de todo su personal y del que se le asigne a este efecto, en materia de epidemiología, administración de servicios, responsabilidad legal, metodología de la investigación y de Salud Pública, aplicables al conocimiento y operación de las áreas de su competencia.

Proponer e intervenir en la creación de Redes de Servicios, de las que cada área programática será naturalmente cabecera administrativa - técnico sanitaria.

Proponer, ejecutar y disseminar las investigaciones sustantivas y aplicadas relacionadas con su área programática.

Recabar, elaborar y analizar toda la información necesaria para la administración del área programática, protocolizando sus actividades, coadyuvando a crear el Sistema Local de

Información en Salud y elevando - a su pedido - a los niveles de complejidad superiores los datos y conclusiones que posibiliten la implementación de un sistema central de referencia. Cumplir con las normas del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Desarrollar y coordinar la estrategia de Comunidades, Municipios o Ciudades saludables.

Las actividades de esta estructura (que puede o no tener directamente asignado personal, coordinando en su caso el necesario desde los servicios del Hospital Público de Autogestión), comprenden muy especialmente la capacitación intramural para el apoyo a la estrategia, la garantía de calidad del primer nivel, la evaluación del proceso, impacto y resultado, cuanto la coordinación con los efectores del primer nivel (incluyendo los tres subsectores) si estos no dependieran directamente del Área Programática del Hospital.

Es muy conveniente que el conductor del Área Programática reporte a la máxima autoridad del Hospital Público de Autogestión, e integre - en las formas que la jurisdicción determine - el Consejo Asesor Técnico y/o el Consejo de Administración, en tanto todo el programa médico asistencial se implementa en base a la estrategia de Atención Primaria de Salud.

El objetivo de esta estructura será la equidad, solidaridad y sostenibilidad de la atención integrado e integral de la salud de la comunidad bajo su responsabilidad, estableciendo metas, emprendiendo un seguimiento continuo y logrando una evaluación que permita los ajustes y cambios necesarios para cumplir con los postulados políticos de la salud para todos, en tanto a:

Modelo social de las prácticas sanitarias

Profundización de la relación entre salud, ambiente y desarrollo

Participación social en la toma de decisiones

Promoción de alianzas y coaliciones

Actores y Análisis intersectorial

Cooperación global para el desarrollo local

Movilización de la capacidad nominal

Fortalecimiento y desarrollo de los servicios

Liderazgo

Reducción del impacto negativo de riesgos sobre grupos vulnerables.

a.2 - Integración del Proceso Permanente de Asistencia Sanitaria a través de la conformación de una Red de Servicios de Salud Comunitaria.

Representando la Atención Primaria de Salud el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud (en nuestro país a su vez constituido por los Subsistemas Público, Privado y de la Seguridad Social), llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. necesita de la constitución de una Red de Servicios que se orienten hacia los principales problemas de salud de la comunidad a través de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolverlos.

Esta Red de complejidad ascendente - formal o informal - desde las actividades de Atención Primaria en la comunidad, señaladas en el Acápite 7 de la Conferencia de Alma-Ata, hasta los establecimientos especializados del máximo nivel debe ser coordinada por el Hospital Público de Autogestión en el nivel local, habida cuenta de lo establecido por el Decreto 578/93 y por las singularidades de dichos establecimientos en la Argentina, verdadera columna vertebral del Sistema Nacional de Salud.

El entender, desarrollar y evaluar la red de servicios local es una actividad de sustrato epidemiológico indelegable del Hospital Público de Autogestión en tanto cabecera de un área programática y elemento esencial de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Lo siguiente sería la conformación básica de la Red de Servicios a nivel local o regional, incorporando en cada nivel de atención - y especialmente en el primero - los efectores privados y de la seguridad social, en forma de verdaderos vasos comunicantes de los tres subsistemas tanto a nivel del médico generalista de atención primaria de familia o rural como a través de los Hospitales Públicos de Autogestión, con capacidad por el Art. 4to del Decreto 578/93 para complementar servicios con otros establecimientos asistenciales e

integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados debidamente habilitados por autoridad competente previa autorización de la autoridad jurisdiccional verdadera base para la definición de área programática señalada precedentemente. En esta relación entre los tres subsectores, se dará más importancia a la convergencia de servicios a la comunidad que a la univocidad doctrinal bien que se tratará de que los subsectores privados y especialmente de la seguridad social entiendan, apoyen y coadyuven a integrarse en las actividades de Atención Primaria que - por definición son holísticas y por ende trascienden las exclusivamente ligadas a las personas, características de la atención médica primaria aún cuando conforman un interesante y sustantivo aporte a la estrategia global, mejorando la relación costo - beneficio y asegurando financiamiento para otras actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y mejoramiento de las condiciones y calidad de vida.

Es por ello que un aspecto relevante que contribuirá al mejoramiento del sistema de salud, tanto en eficiencia como en calidad de las prestaciones, debe estar orientado hacia programas que desarrollen estructuras sustentables que permitan consolidar, profundizar y extender la estrategia de Atención Primaria, con una decidida direccionalidad hacia la formación de recursos humanos para el primer nivel de atención y - en su caso - a su reconversión en médicos generalistas, de familia, etc., de manera tal que este se constituya en la puerta de ingreso a un sistema de servicios de salud de complejidad ascendente. Modificar la orientación en la formación de los profesionales del equipo de salud, jerarquizar y dotar de herramientas idóneas al primer nivel de atención. difundir los conceptos de educación sanitaria, incentivar y motivar a que los profesionales integren estos equipos interdisciplinarios, tanto en Centros de Salud como en otros efectores primarios comunitarios, son objetivos liminares del presente Plan, con el señalado propósito de lograr: a) un mejoramiento de los indicadores de salud de la población por captación temprana de patologías, tanto como por las oportunas actividades de promoción y prevención; b) costo - efectividad en términos de salud de las acciones sanitarias, con un mejoramiento de la eficiencia del gasto en salud. y c) optimización del sentido de pertenencia, tanto de la comunidad y de los profesionales de salud, profundizando este binomio en la resolución de la problemática de salud.

Por todo ello, las actividades de apoyo del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación se encaminarán, fundamentalmente, al desarrollo de la formación y/o reconversión de profesionales para la obtención de un recurso humano apropiado a las actividades del primer nivel de atención. con especial referencia a incorporar médicos de familia, generalistas, y otras formas de profesionales capacitados para la atención primaria, al fortalecimiento del primer nivel de atención y a la optimización del proceso de articulación entre el primer nivel de atención y el Hospital Público.

### a.3 - El Hospital Público de Autogestión y los efectores del primer Nivel de Atención

Estos efectores inadecuadamente denominados periféricos y cuyo ejemplo más típico es el Centro de Salud, conforman un importante eslabón intermedio entre los profesionales de cabecera en sus consultorios y los Hospitales Públicos de Autogestión. Si bien sería conveniente que dependieran jerárquicamente del Hospital, para facilitar la referencia - contra/referencia, existen diversos ejemplos en las jurisdicciones de otras formas de relación, hallándose incluso algunos inscriptos en el Registro establecido por la Resolución SS Nro. 4 del 3 de Mayo de 1993.

El Hospital debe garantizar en estos efectores la calidad de la atención, en cuanto a ser una institución de Docencia e investigación, priorizado a la población en riesgo socio - económico - cultural pero incorporado también a los otros estratos sociales, en tanto vulnerables a otros riesgos a los que necesariamente los Centros de Salud deben dar respuestas adecuadas.

El Programa de Optimización de los efectores del primer nivel ya constituidos, como los que se instituirán (habida cuenta de la importante cantidad de Centros de Salud construidos en diversas jurisdicciones a través del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación como de las Provincias) debería comprender las siguientes creas sustantivas;

Parte integrante fundamental del Primer nivel de Atención deben ser considerados los

profesionales y trabajadores de la salud de los equipos interdisciplinarios. Conformados por médicos, enfermeros, asistentes sociales, odontólogos, profesionales de la salud mental, etc., así como agentes sanitarios de la propia comunidad, estos equipos han demostrado su idoneidad para las actividades de promoción, prevención y diagnóstico precoz, trabajando puerta-a-puerta o en Puntos de Asistencia (escuelas, locales comunitarios, etc.).

Asimismo, se han incorporado a la red de servicios los profesionales médicos en sus propios consultorios, sea a través del Hospital Público, como de las obras sociales y sistemas de atención privados; los primeros para la población sin cobertura, y los dos últimos -dentro de las coberturas convenidas - a sus afiliados, dentro de la llamada atención coordinada brindada por médicos de familia o generalistas clínicos, pediatras y tocoginecólogos.

Estos últimos profesionales están en general también ligados al Hospital Público de Autogestión, siendo compartidos con los restantes subsistemas a través de su práctica privada, pero aunque no lo estuvieran, deberían -por intermedio del Área Programática - recibir comunicación de los programas implementados en su comunidad, capacitación de postgrado en la estrategia de Atención Primaria de Salud y colaborar en el desarrollo de un sistema de información de base epidemiológica, que permitiera incorporarlos a las actividades integradas e integrales que requieren las metas establecidas.

Los Programas Nacionales y Provinciales también conforman un importante aporte a la estrategia de Atención Primaria de Salud, incluyendo 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 (procreación responsable), la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales. La Red de Servicios proporciona el sustrato básico para ejecutar muchos de estos programas a nivel local, proporcionando asimismo, un conjunto de actividades básicas que se suman a los esfuerzos intra e intersectoriales para avanzar en la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Todas estas modalidades prestacionales conforman diversas opciones conducentes a lograr una 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 la plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, habida cuenta que sin eficiencia no habrá tampoco equidad

#### a.4 - Participación comunitaria/social para la estrategia de Atención Primaria de Salud

Definida como el proceso que crea en los individuos un sentimiento de responsabilidad en cuanto a su salud y a la de la comunidad, así como la capacidad de participar consciente constructivamente en los programas cuyo objeto sea el bienestar de la población permite que las actividades de Atención Primaria de Salud sean una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben, orientada en la práctica de modo que sea aceptable para éstos y debidamente apoyada por una infraestructura adecuada. El espíritu de autorresponsabilidad -individual, familiar, comunitaria y nacionales requisito indispensable de toda estrategia orientada al logro de la salud para todos permitiendo a las personas desarrollar libremente su propio destino y siendo tal noción la esencia de la Atención Primaria de Salud.

La participación comunitaria debe ser entendida pues, como un acto consciente, deliberado y activo mediante el cual los individuos y los grupos de una comunidad se realizan, informando y transformando a los demás y al medio en que viven. Al promover la participación social, el área programática de los Hospitales Públicos de Autogestión persigue como fin el establecimiento de formas de relacionamiento social, basadas en la necesidad de incluir a todos los actores sociales, habilitados para tomar parte e impulsar procesos que persigan alcanzar el bienestar colectivo a través de la resolución de conflictos y la consensuación.

Esta participación de la comunidad es fundamental en todo el proceso de la atención de la

salud, pero su significado, su contenido y los alcances de dicha participación dependen del contexto sociopolítico local, existiendo factores que favorecen o no la participación de la comunidad, tanto en el orden gubernamental -propiciando una política global de participación - como en los grupos de población o de técnicos que participan en el sector salud. En este caso debe ser en el área programática de los Hospitales Públicos de Autogestión, muy especialmente teniendo en cuenta y valorizada la participación a través de las Organizaciones no Gubernamentales y otras Organizaciones comunitarias, en tanto existen excepcionales ejemplos de su importancia estratégica en el proceso de participación comunitaria.

La coordinación de la participación comunitaria desde los Hospitales Públicos de Autogestión, debe entender que los procesos de participación social se dan por momentos y no por etapas, siendo por tanto procesos circulares, que requieren irse consolidando y generalizando en la medida que son incorporados, a partir de experiencias dispersas que al recuperarse sistemáticamente, la creación de un conocimiento útil y de prácticas que eventualmente adquieren la suficiente madurez y generalización como para transformar el quehacer social.

En Atención Primaria de Salud es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con un máximo esfuerzo en el propio desarrollo sanitario, debiendo la comunidad participar en la planificación, organización y evaluación de la propia estrategia. Las Áreas Programáticas de los Hospitales Públicos de Autogestión, precisamente, constituyen espacios en los cuales se asegura en forma clara la participación de la comunidad en:

la deliberación sobre problemas y situaciones relativas a la promoción y la atención integral e integrada de la salud

la concertación de decisiones

la planificación y programación de las acciones

la movilización de los recursos locales

el control y evaluación de los procesos

la toma de responsabilidades para el desempeño de la capacidad de decisión.

El rol de las Áreas Programáticas en los Hospitales Públicos de Autogestión será, en definitiva, la articulación de las acciones entre los representantes del equipo científico - técnico y las de las organizaciones de la comunidad, en un intento de valorización e integración del que se aporte desde ambos lados, sin hacer un mito del conocimiento de la propia comunidad, ni tampoco del que aportan los expertos o los profesionales del sector, buscando los siguientes atributos principales:

activa en el mayor grado posible. en las acciones de salud y de desarrollo en general. la comunidad no se debe sentir un simple objeto de planes y programas elaborados fuera de la misma, sino que debe tener y ejercer la posibilidad de participar creativamente en todo cuanto haga a su bienestar.

consciente, responsable voluntaria y solidaria: es decir. que la participación debe ser producto de una íntima convicción en la necesidad de aportar el propio esfuerzo para asegurar el bienestar de todos además de un cambio de mentalidad que le lleve a confiar en sus habilidades y capacidades para la acción.

organizada y coordinada; la organización debe alcanzar tanto a la propia comunidad como a la relación de coordinación con el sector institucional. Esa relación debe darse en una situación de igualdad donde no haya arriba ni abajo, superior ni inferior, sino solo dos sectores interesados solidariamente en alcanzar un mejor bienestar para todos. Se debe evitar cualquier interpretación que pueda suponer que participación comunitaria significa dejar librada a la comunidad a su propia suerte y a sus exclusivos recursos.

sostenida; toda experiencia comunitaria requiere un cierto tiempo para consolidarse y lograr sus mejores resultados, tiempo en que necesariamente habrá que afrontar problemas y dificultades. En ese lapso de prueba, habrá de actuarse con decisión para que el desaliento o la frustración no malogren el curso de la experiencia.

integral; la participación, como se ha recalcado, debe lograrse en todas las etapas de la planificación, ejecución y evaluación de proyectos, contando la comunidad con poder de

decisión y capacidad operativa suficiente como para aspirar al logro de los objetivos propuestos. Importa especialmente que la comunidad participe en la definición de los problemas prioritarios a resolver, que serán preferentemente los que respondan a las necesidades sentidas, maneje recursos propios o intervenga en la evaluación y retroalimentación necesarias para la corrección de los proyectos en marcha.

#### a.5 - Garantía de Calidad en Atención Primaria de Salud

El establecimiento y cumplimiento de las Normas de Garantía de Calidad de la Atención, en forma específica para la Atención Primaria de Salud y en forma general para toda la atención médica, producidos por el Programa Nacional en el marco de la Resolución SS N° 432 del 27 de Noviembre de 1992, y de todas aquellas complementarias que establezcan las respectivas jurisdicciones, deberán considerarse como un requisito fundamental para la estrategia.

Si así no lo fuera, se caería en una atención primitiva, poco científica, ineficaz, ineficiente e inefectiva, y por ende incompatible con las Políticas Sustantivas e Instrumentales actualmente en vigencia.

Es obligación del HPA cumplir en su nivel y hacer cumplir en el primer nivel de atención de su área programática dichas normas, asegurando: - un alto nivel de excelencia profesional - un uso eficiente de los recursos - un mínimo de riesgos para el paciente, su familia y su comunidad - un alto grado de satisfacción por parte del paciente, su familia y su comunidad - resultados finales en la salud a través de:

el compromiso y participación de los dirigentes

un plan de calidad para la institución y un comité de calidad

concentrarse en las prioridades relacionadas al plan estratégico de la organización

conscientización de todo el personal, formación a fondo de los dirigentes y capacitación de los facilitadores y participantes de equipos a medida que se necesite

selección y establecimiento de un equipo para trabajar en las áreas de prioridad

recopilación de datos

encontrar las causas de fondo

encontrar, probar y seleccionar soluciones

un plan de transición de antiguos a nuevos procesos

identificar medidas y

publicar informes periódicamente.

Actualmente se hallan aprobadas las siguientes normas específicas del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica:

Mínimas para Servicios de Atención Primaria de Salud - Resolución Ministerial 208/96 del 16/4/96.

Normas de Actividades Mínimas para responsables de Atención Primaria de Salud - Resolución Ministerial 207/96 del 16/4/96

Normas para Indicadores de Cobertura de Servicios de Atención Primaria de Salud - Resolución Ministerial 401/96 del 21/9/96.

existiendo otras generales también aplicables, debiendo ser incorporadas por las respectivas jurisdicciones.

#### a.6 - Asistencia y medicamentos esenciales, Tecnología Apropiada y Atención de la Salud Mental

La Atención Primaria de Salud comprende la asistencia sanitaria esencial con una extensión de la cobertura que comprende a todos los individuos y familias de la comunidad. Esta asistencia deberá estar basada en métodos y tecnologías prácticas, pero científicamente fundadas y socialmente aceptables, en cada uno de los niveles de atención de la red de servicios. Estos métodos y tecnologías esenciales, eficientes, eficaces, efectivos y seguros, en general poseen un costo que la comunidad o en su caso la jurisdicción y el país pueden soportar, evitando métodos sofisticados para pocos -que pueden secuestrar fondos para la asistencia de todos y además no tienen las ventajas expuestas de aquellos cualquiera sea el subsistema de salud considerado. Tanto el subsistema de Obras Sociales como las empresas de salud privadas actualmente están, junto a los Hospitales Públicos de Autogestión, buscando métodos para asegurar esta asistencia sanitaria esencial, como base de la

transformación del modelo de atención de la salud. La intervención del médico de cabecera, de familia o de atención médica primaria se ha considerado trascendental para conseguir estos resultados, no solamente por la disminución de un costo innecesario, sino además por la humanización y calidad de la atención brindada. Los Hospitales Públicos de Autogestión deberán asegurar este componente fundamental de la estrategia de Atención Primaria no sólo a través de la capacitación de los recursos humanos en todos los niveles, sino utilizando la tecnología apropiada a cada nivel de complejidad y a cada riesgo, evitando el uso indiscriminado de métodos, aparatos y recursos terapéuticos, muchos de los cuales nunca se han sometido a la evaluación crítica de un ensayo controlado, y realizando los estudios epidemiológicos previos a la introducción de tecnología en el medio local, tomando en cuenta su distribución, criterios de uso, posibilidades de riesgo para las personas y el medio ambiente y costo - beneficio en términos de salud o costo de oportunidad.

Asimismo el Área Programática debe intervenir en el análisis, desarrollo y suministro de medicamentos esenciales entendidos éstos como aquellas sustancias cuyo aporte resulta indispensable en el marco de acciones sanitarias, dirigidas a prevenir enfermedades y a recuperar la salud de la población. Es decir como los medicamentos más necesarios para prestar asistencia de salud a la mayoría de la población, y por consiguiente, se debe disponer de ellos siempre en suficiente cantidad y en las formas farmacéuticas adecuadas. El primer nivel de atención se ve frecuentemente enfrentado a problemas de calidad, disponibilidad y uso apropiado de este insumo crítico, y debe apuntar, justamente, a garantizar la disponibilidad y la equidad en el acceso de toda la comunidad a medicamentos eficaces, de calidad, al menor costo posible, lo mismo que a su correcta utilización. Para ello debe contar con una estrategia para la implementación de una política de medicamentos esenciales basada en su accesibilidad, equidad y racionalidad (prescripción y dispensación razonada información suficiente y adecuada, seguimiento de los tratamientos farmacoterapéuticos: cumplimiento y efectividad).

Por último debe asegurar la integralidad de la asistencia esencial, contemplando - además de los factores biológicos y sociales - la atención primaria en salud mental, entendida esta última como la capacidad de individuos y comunidades para superar las crisis y resolver los conflictos en busca de concretar sus proyectos, mediante un proceso de intra e interrelación y con los recursos que disponen lo que no debe dissociarse de la Atención Primaria de Salud ya que todas las acciones de salud involucran la dimensión de la salud mental; por lo tanto cada una de las acciones de atención primaria en salud deben incorporar (desde su programación y necesariamente) en su ejecución la consideración de la salud mental. Siendo recomendación del Comité de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (1975) la de descentralizar e integrar los servicios de Salud Mental en los servicios generales de salud.

Tanto el área programática, como un servicio de salud mental inserto en un Hospital General de Autogestión debe prever su estructura dinámica en torno a equipos interdisciplinarios conformados por médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras entrenadas en salud mental. Este equipo interdisciplinario deberá poseer habilidades que contribuyan a la solución de problemas generales de salud mediante el manejo de los factores psicosociales que lo afectan debiendo adecuarse y ampliarse de acuerdo a las necesidades entendiendo en:

el establecimiento del área programática y en la detección de grupos poblacionales en situación de riesgo - la realización de las acciones predominantemente en el marco comunitario

la integración de las intervenciones y servicios intra y extramuralmente, especialmente entre el equipo interdisciplinario de salud mental y los médicos de cabecera, generalistas o de familia.

contribuir a desarrollar y pertenecer a una red de servicios cuyo propósito sea la coordinación de las intervenciones para garantizar la continuidad de la atención primaria en el ascenso de los niveles de complejidad y de esta manera prevenir la marginación y cronicidad institucional.

el establecimiento de mecanismos que faciliten la colaboración intersectorial para un abordaje integrado e integral de los problemas, ya que la diversidad de los problemas requiere diversificación de las respuestas.

Las acciones de promoción de la salud mental y prevención primaria tendrán lugar bajo el liderazgo de los equipos interdisciplinarios y con el apoyo de los grupos organizados de la comunidad, personal de las escuelas y familiares del paciente. El trabajo comunitario agrupa al personal técnico de los Centros y Unidades de Salud, trabajadores del primer nivel, promotores de salud y miembros relevantes de la comunidad. Se asigna especial importancia a la modificación de conductas nocivas para la salud mediante intervenciones en la comunidad, especialmente en el medio escolar, centros de trabajo y en grupos de alto riesgo. Deben emprenderse acciones concretas en relación a temas como el consumo de alcohol y drogas en la población juvenil, la prevención del embarazo de adolescentes y la detección temprana de problemas de aprendizaje. Se deben privilegiar las intervenciones en forma de cursos y talleres, charlas, grupos de decisión y otras actividades educativas coordinadas por miembros del equipo de salud mental. educadores y otros profesionales involucrados.

Los requerimientos de Atención Primaria en Salud Mental implicarán:

Servicios de Salud Mental integrados plenamente en el sistema sanitario general en el nivel de atención primaria, sus equipos deben garantizar la continuidad de los cuidados en salud mental, desde y hacia las derivaciones a Centros Especializados.

técnicos sanitarios no especializados e instituciones no sanitarias implicadas en labores asistenciales en el propio medio

programas de salud mental con objetivos bien definidos desde la experiencia de los equipos asistenciales

acercamientos a la población en sus problemas de salud, no sólo a las personas que consultan (demanda espontánea) - necesidad de conocer las necesidades de salud mental, los grupos de riesgo y de efectuar diagnósticos precoces

descentralización de los servicios de salud mental como dispositivos especializados - métodos terapéuticos que eviten la separación del paciente y su medio

programas de rehabilitación y resocialización en la comunidad

la comunidad adquiere un papel más o menos central en los diversos niveles de decisión, administración y aún de ejecución y monitoreo de los programas de salud mental

priorización de actividades preventivas, docentes y de investigación en todos los equipos asistenciales a través de los modelos que se plantean para encarar los trastornos psicosociales en las patologías físicas y en las psiquiátricas

modelo epidemiológico: que permite detectar las necesidades latentes, definir poblaciones en mayor riesgo, facilitar la búsqueda de la equidad de atención, identificar factores etiológicos y determinantes de la salud - enfermedad a ser instrumentados en una intervención global, adoptar decisiones racionales y evaluar las actividades.

modelo clínico: que implica la atención directa de niveles especializados o de niveles no especializados (médico generalista, etc.).

Asimismo el Area Programática debe intervenir en el análisis, desarrollo y suministro de medicamentos esenciales entendidos éstos como aquellas sustancias cuyo aporte resulta indispensable en el marco de acciones sanitarias, dirigidas a prevenir enfermedades y a recuperar la salud de la población. Es decir como los medicamentos más necesarios para prestar asistencia de salud a la mayoría de la población, y por consiguiente, se debe disponer de ellos siempre en suficiente cantidad y en las formas farmacéuticas adecuadas. El primer nivel de atención se ve frecuentemente enfrentado a problemas de calidad, disponibilidad y uso apropiado de este insumo crítico, y debe apuntar, justamente, a garantizar la disponibilidad y la equidad en el acceso de toda la comunidad a medicamentos eficaces, de calidad, al menor costo posible, lo mismo que a su correcta utilización. Para ello debe contar con una estrategia para la implementación de una política de medicamentos esenciales basada en su accesibilidad, equidad y racionalidad (prescripción y dispensación razonada información suficiente y adecuada, seguimiento de los tratamientos farmacoterapéuticos: cumplimiento y efectividad.

Por último debe asegurar la integralidad de la asistencia esencial, contemplando - además de los factores biológicos y sociales - la atención primaria en salud mental, entendida esta última como la capacidad de individuos y comunidades para superar las crisis y resolver los conflictos en busca de concretar sus proyectos, mediante un proceso de intra e interrelación y con los recursos que disponen lo que no debe dissociarse de la Atención Primaria de Salud ya que todas las acciones de salud involucran la dimensión de la salud mental; por lo tanto cada una de las acciones de atención primaria en salud deben incorporar (desde su programación y necesariamente) en su ejecución la consideración de la salud mental. siendo recomendación del Comité de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (1975) la de descentralizar e integrar los servicios de Salud Mental en los servicios generales de salud.

a.7 - El Medio Ambiente en Atención Primaria de Salud y la Estrategia de Comunidades Seguras y Saludables Autoprotegidas.

En el acercamiento a la problemática ambiental de lo global se está pasando paulatinamente a lo local, al espacio que circunda en su vida diaria a los seres humanos donde viven y desarrollan sus actividades cotidianas. El desafío es convertir en acción la consigna pensar globalmente y actuar localmente. La estrategia de Atención Primaria de Salud entraña la participación en este tema -a través de la coordinación intra e intersectorial que le ofrezca el área programática de los Hospitales Públicos de Autogestión - 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.

En la actualidad, las comunidades viven con un sentimiento de inseguridad debido a las preocupaciones de la vida cotidiana. La seguridad gira en torno a su propia vivencia, a sus relaciones interpersonales y a la responsabilidad sobre el medio ambiente.

Ante este desafío se necesita un nuevo enfoque: el ser humano como centro del desarrollo, donde se considere el crecimiento económico como un medio y no como un fin, donde se proteja las oportunidades de vida de las futuras generaciones al igual que a las generaciones actuales y donde se respete los sistemas naturales ya que de ellos dependen todos los seres vivos.

Esto debe tender a que todos los individuos aumenten su capacidad en forma plena y dándole un mejor uso en los aspectos económicos, sociales y políticos.

En este amplio marco conceptual es importante que las comunidades a través de numerosas iniciativas aprovechen su organización, la colaboración interinstitucional y la administración óptima de sus recursos en pos de un mejoramiento de la calidad de vida y salud y de sus habitantes.

Las comunidades deberían tender, respetando sus características políticas, sociales y económicas a un diagnóstico inicial para idear un sistema que permita planificar, dirigir y evaluar sus propios programas y proyectos a los efectos de convertirse en comunidades seguras y saludables / autoprotegidas

Sería importante reflexionar cómo motivarlas desde la atención primaria de salud ante la problemática de las emergencias y desastres, considerando algunos aspectos:

El hombre ha originado un desequilibrio ambiental por la falta de armonía entre el desarrollo - producción y medio ambiente, aumentando la vulnerabilidad ante los desastres, esto determinó una serie de riesgos que afectan especialmente a las poblaciones más marginales. Para revertir esta compleja situación es importante dar un fuerte énfasis a la atención primaria de salud como una estrategia que permite modificar pautas culturales. En este planteo juegan un importante rol los líderes comunitarios ya que son el portavoz de las preocupaciones y de las opiniones al recepcionar las demandas de la comunidad

estar en comunicación con las autoridades sobre los puntos importantes por los miembros que representan

informar a sus miembros sobre los planes y programas creados para proteger la salud y el medio ambiente

Establecer buenas relaciones con miembros claves es vital para lograr un eficaz mecanismo

de comunicación y lograr una comunidad segura, saludable y autoprotegida. La participación comunitaria deberla contemplar toda actividad de prevención, preparación y mitigación, partiendo de un claro diagnóstico, siendo necesario:

datos geográficos y demográficos

organismos gubernamentales y no gubernamentales

mapas de riesgos, identificando las amenazas y la vulnerabilidad

mapas de recursos

diagnóstico poblacional de percepción del riesgo, valores, creencias, costumbres y actitudes asociadas.

Por todo ello la Atención Primaria de Salud, desde el Hospital Público de Autogestión se propone la integración de actividades que conduzcan:

a establecer mecanismos intersectoriales efectivos para el desarrollo de políticas locales saludables

a desarrollar un programa de salud para las comunidades que identifique los mayores desafíos en el terreno de la salud y a proponer una amplia estrategia intersectorial de toda la población para llevarlas a cabo

a establecer un equipo de trabajo adecuado para la organización de una comunidad saludable y segura

a crear mecanismos para la responsabilidad pública a los efectos de la toma de decisiones en temas de salud

a asegurar una participación efectiva de la comunidad en todas las decisiones y acciones que afecten a la salud

a llevar al ámbito comunitario la posibilidad de que cada individuo o familia se convierta en un potencial agente de salud para la seguridad ambiental, la conservación del medio ambiente y la prevención de accidentes.

Para estas actividades definimos como Comunidad segura saludable y autoprotegida a aquella que de forma continua está mejorando su ambiente físico y social y potenciando aquellos recursos comunitarios que permiten a la población realizar todas las funciones de la vida y autodesarrollarse hasta su máximo potencial desde una perspectiva de apoyo mutuo. Será entonces objetivo general del Area Programática el promover al bienestar de la población a través de actividades de protección de la salud y prevención de la enfermedad, con especial referencia a los problemas de salud con origen en el medio ambiente o resultado de falta de seguridad en el área, mejorando la calidad de vida estableciendo un equilibrio entre los estilos de vida y los problemas medioambientales y desarrollando un compromiso para reducir las desigualdades en las condiciones de vida y salud, a través de la acción intersectorial y la participación de la comunidad.

Se ayudará a proporcionar a través de la acción intersectorial y comunitaria, el establecimiento en el individuo su familia la conciencia de:

un medio ambiente físico limpio y seguro. de gran calidad (incluyendo la calidad de la vivienda)

un ecosistema que sea estable ahora y que pueda ser conservado a largo plazo (sostenible)

una comunidad fuerte que se apoye mutuamente y actúe con solidaridad

un elevado nivel de participación del público en las decisiones que afectan a sus vidas, salud y bienestar

la cobertura de las necesidades básicas (alimentos, agua, vivienda, seguridad y trabajo) para todos los habitantes

un acceso a una amplia variedad de experiencias y recursos con la posibilidad de contactos, interacciones y comunicación

una economía variada, vital e innovadora

un estímulo a la conexión con el pasado, con la herencia cultural y biológica de los ciudadanos y con otros grupos e individuos

un nivel óptimo de cobertura en la Red de Servicios de Salud Comunitaria, especialmente de atención primaria de salud, con especial énfasis en los aspectos locales de una atención integrada e integral, a través de las áreas programáticas, las unidades de promoción y protección de la salud y los servicios sociales de todos los hospitales generales públicos de

autogestión.

La metodología a implementar comprende:

planificación local dirigida a:

lograr un eje de lugar, extendiéndose desde un lugar de acción limitada a trabajar con funcionarios y políticos dentro de una determinada comunidad, a trabajar completamente extramuralmente con grupos de comunidades con énfasis en el escenario local

efectivizar un eje focal que se extiende desde un punto de vista de desarrollo sustentable, hasta un punto de proyectos de acción

determinar un eje de programación, que se extiende desde un proceso estratégico totalmente racional a una forma completamente reactiva e incrementalista

con acciones dirigidas a:

formular y llevar a cabo subprogramas intersectoriales de promoción y protección de la salud extramurales, especialmente los afincados en la escuela, con un fuerte componente ambiental de la salud, basados en estrategia de áreas programáticas y atención primaria de la salud

asegurar los recursos humanos y materiales para seguir y llevar a cabo programas sustentables

informar regularmente de los progresos logrados la información y las experiencias prácticas con las redes inspector y extrasector

apoyo a las futuras redes nacionales de ciudades, municipios y comunidades saludables

relacionar a los profesionales de distintas disciplinas y ONGS para desarrollar y llevar a cabo actividades de medio ambiente y prevención de los accidentes y promoción de la seguridad

establecer mecanismos de participación comunitaria organizada, mediante el estímulo al análisis de las condiciones de vida y salud y la colaboración con los medios de comunicación

realizar estudios sobre la salud de la población y, en particular, valorar y estudiar las necesidades de los grupos sociales más vulnerables

implicar y estudiar a las organizaciones no gubernamentales locales para que apoyen estas actividades

desarrollar lazos activos de trabajo con otros programas de comunidades saludables y seguras, fomentando intercambios técnicos y culturales y organizando actos y reuniones.

a.8 - El financiamiento de la Atención Primaria de Salud en el Hospital Público de Autogestión.

Para que el primer nivel de atención responda efectiva y oportunamente a las necesidades prioritarias de la población necesitan actuar en forma descentralizada y local, a través de la coordinación del Hospital Público de Autogestión, y con una importante autonomía técnica y seguridad financiera, que en un primer momento deberá provenir de un Plan Nacional o Jurisdiccional.

Tradicionalmente y a pesar de ser un nivel de atención y un conjunto de actividades de bajo costo relativo en relación al impacto en términos de salud, no ha recibido el apoyo presupuestario necesario para cumplir con sus metas y objetivos. Han existido hasta el presente dos formas de financiar la Atención Primaria de Salud: vía su inclusión en el presupuesto hospitalario, o vía su consideración autónoma; ambas tienen sus fortalezas y debilidades -la primera en general sufre los recortes desde un hospital que es un gran consumidor de recursos para la asistencia, y la segunda provocando una desintegración con el área programática y el segundo nivel - pero aparece metodológicamente como más válida y sólida la inclusión en el presupuesto hospitalario con una diferenciación apropiada, amén del necesario apoyo inicial externo para iniciar la estrategia, de la que el presupuesto hospitalario aseguraría su sustentabilidad

En este sentido el Hospital Público de Autogestión fue concebido de modo de contribuir a la remoción de los factores de ineficiencia las estructuras inequitativas de recursos y la recomposición de prioridades para atacar los problemas de los sectores poblacionales de mayores riesgos en salud, así como autorizado a revertir la solidaridad invertida hacia las obras sociales y sistemas privados, recuperando los servicios que brinde a terceros

pagadores que cubran las prestaciones del paciente. En virtud de ello el Art. 11 inciso a) crea el fondo de redistribución solidaria asignado por el nivel central, con destino al desarrollo de acciones de atención de salud en áreas prioritarias, fondos que se agregan a los presupuestarios para las actividades priorizables de Atención Primaria.

Asimismo deben considerarse los presupuestos de los programas verticales nacionales y provinciales para solucionar algunos problemas de salud que forman parte de la Atención Primaria (maternoinfantil, inmunizaciones, Chagas, Tuberculosis, etc.) y que participan del financiamiento global de la estrategia.

En el presente Plan se presentan las necesidades de Estructura (recurso humano y físico), equipamiento y programáticas locales, para reorientar al Hospital Público de Autogestión a la estrategia de Atención Primaria, a través de las áreas programáticas y los efectores de primer nivel de atención.

#### a.9 - Protocolización y Evaluación de Actividades de Atención Primaria de Salud.

Las actividades propias de las áreas programáticas para la consolidación de la estrategia de Atención Primaria de Salud desde los Hospitales Públicos de Autogestión deben ser cuidadosamente evaluadas tanto desde el punto de vista de la estructura, como del proceso y resultado. En este aspecto debe admitirse que los programas de garantía de calidad se han desarrollado durante muchos años casi exclusivamente en el medio hospitalario, debido al mayor prestigio de la asistencia que se presta en ellos, el papel preponderante de dicho medio en la estructura sanitaria en el momento en que se instauraran los criterios de calidad, a la mayor facilidad para evaluar la asistencia que prestan y a la necesidad de optimizar los costos hospitalarios; la evaluación en el primer nivel de atención, en cambio, está dificultada - entre otros motivos - por la escasa documentación existente en este nivel, la interdisciplinariedad de sus actividades, la ausencia de normas y estándares y, fundamentalmente, por la escasa importancia que se le asignó a una práctica más ligada a la prevención que a la recuperación.

En general existe un primer problema para evaluar eficiencia, eficacia y calidad en el primer nivel de atención; la falta de protocolización y de indicadores específicos, en tanto todo el sistema de información se ha creado para las actividades del segundo nivel y resulta imposible incorporar datos que excedan al egreso y la primera consulta y ulterior. Las evaluaciones de proceso y del resultado son para la Atención Primaria un desafío especial debido a algunas características determinadas de la atención en su contexto; es complicado hallar medidas de los resultados apropiados y comprobados para estas condiciones. Aún más difícil es evaluar las actividades de planificación estratégica local de un área programática, las investigaciones epidemiológicas que se deberían llevar a cabo o la cobertura de inmunizaciones resultante.

Las medidas del proceso para la calidad de la atención primaria deben incluir, asimismo, la evaluación de cómo se desempeñan las tareas de educación y coordinación, es decir sobre una secuencia de asistencia antes que sobre consultas aisladas, tomando en cuenta - por ejemplo - si la población infantil tenía una inmunización adecuada, si se los estaba examinando de acuerdo con un programa, si funcionó el sistema de referencia - contra/referencia con el servicio del Hospital o si se pesquisaban las embarazadas para comenzar las tareas de control y educación preparto.

Por otra parte similar importancia merece la evaluación de la gestión del Área Programática de los Hospitales Públicos de Autogestión, en el marco de la atención primaria, ya que se trata de una organización, constantemente en movimiento, constituida en primer lugar por los profesionales sanitarios, los cuales tienen un propósito básicamente asistencial y preventivo y contienen un sistema de valores corporativos propio basado en la experiencia histórica de la profesión y su vivencia actual en el seno de la sociedad. En segundo lugar, estos profesionales se relacionan activamente con los demandantes de sus servicios, los usuarios, sus familias y su medio ambiente, mediante la aplicación de sus conocimientos y técnicas en unos equipamientos físicos y tecnológicos, tratando de lograr la máxima participación comunitaria. Por último, existe una estructura organizativa y de gestión con la función de coordinar, conducir y controlar estas relaciones y los recursos disponibles entre los principales componentes de estas variables (Área programática o nivel central del

sistema local de salud). Es aquí donde se hace todavía más dificultosa la evaluación en el primer nivel de atención, justamente en el eje fundamental de optimización de resultados y en el centro de la estrategia de cambio emprendida, y en donde se hacen más necesarios los aportes instrumentales para facilitar este proceso.

Es por todo ello que corresponde al Área Programática determinar un Sistema de Información de base epidemiológica que permita tanto estas evaluaciones como contribuir al sistema ascendente de vigilancia epidemiológica, del que habitualmente el primer nivel está desintegrado.

Para el importante problema de la evaluación de las propias Áreas Programáticas se sugiere a los efectos del presente Plan el Modelo de Protocolo que subsigue:

a.10 - El Raciocinio Epidemiológico en Atención Primaria Salud y Áreas Programáticas.

Una importante función de las áreas programáticas de los Hospitales Públicos de Autogestión es la introducción del llamado raciocinio o pensamiento epidemiológico, que permite una dimensión más poblacional o colectiva de los problemas o eventos de salud cotidianos. Ha sido definido como aquel que pretende introducir el interés colectivo y por lo tanto el punto de vista comunitario en la generación de la respuesta que la sociedad ofrece a los problemas que surgen al mantener, recuperar o incluso promocionar el nivel de salud de la colectividad; es una actitud de búsqueda e investigación permanente de las situaciones que se generan y/o mantienen los problemas de salud, para orientar y modificar o dirigir aquella respuesta. Los que se ocupan de Atención Primaria de Salud y Áreas Programáticas, a través de la extensión de la formación y capacitación en epidemiología, en sus conceptos y técnicas básicas, pueden reorientar las actividades a fin de mejorar el conocimiento, lograr una prevención más efectiva de los problemas de salud y evaluar los propios servicios de atención. Esto permite ampliar el uso práctico y el ámbito de participación de la epidemiología en equipos y servicios, especialmente en los siguientes aspectos:

análisis de la situación de salud de los diferentes grupos de la población, sus tendencias y condicionamientos, con el fin de:

proporcionar las bases para la adecuada planificación y coordinación de las acciones de salud y la utilización racional de los recursos del sector.

identificar las áreas que requieran el establecimiento o el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para la solución de los problemas de salud

identificar las necesidades en materia de investigación - conocimiento de la ocurrencia, distribución y determinantes de enfermedades, problemas y eventos de salud específicos, con el fin de establecer medidas apropiadas de intervención y orientar la organización de programas y servicios de salud.

detección e investigación oportuna de situaciones de salud que requieran la aplicación de medidas de control inmediatas - evaluación del impacto de los servicios de salud y de las intervenciones de atención primaria sobre el ambiente y sobre el comportamiento individual y colectivo con miras a su ajuste y reorientación.

evaluación de la tecnología adecuada, con el propósito de identificar opciones tecnológicas efectivas y seguras, adecuadas a la realidad del país.

Este pensamiento epidemiológico permite superar el saber profesional ligado al qué hacer, qué no hacer y cómo hacer a nivel individual, agregando el análisis de las causas que predisponen y determinan los problemas a nivel de la comunidad y la identificación de poblaciones en riesgo, sea éste biológico, económico o social; es decir la identificación de los conjuntos sociales expuestos a riesgos diferenciales de enfermar, o morir o alterar su calidad de vida. Es decir que en relación a la atención primaria de salud, la misión central de la epidemiología es producir el conocimiento que permita profundizar la explicación de los procesos de salud/enfermedad para facilitar la toma de decisiones relacionadas con la formulación, en el nivel local especialmente de:

políticas de salud

organización de la red de servicios

atención integral e integrada de salud, destinada a problemas específicos locales.

En función de esta misión, la actividad del pensamiento epidemiológico tendrá que estar orientada a identificar, describir e interpretar los procesos que - a nivel individual y

colectivo - determinan la frecuencia y distribución de los problemas de salud, así como:  
facilitar una visión crítica de la situación de salud.  
contribuir para establecer la jerarquía de prioridades de los grupos de la población y los determinantes de sus problemas - seleccionar estrategias de intervención y evaluar su impacto.

