

# Fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud

## La experiencia del partido de Pinamar, Provincia de Buenos Aires



Por Gustavo Orsi

**Médico. Especialista en Medicina General. Especialista en Salud Social y Comunitaria. Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad ISALUD). Director de Atención Primaria del Municipio de Pinamar.**

### 1. Introducción

Este trabajo relata la experiencia de desarrollo de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) en el Partido de Pinamar, considerada de suma relevancia porque determinó un cambio en el modelo de atención que venía desarrollándose en el área, basado fundamentalmente en el paradigma hegemónico clásico en la relación salud/enfermedad.

Se presentarán las diversas líneas de acción aplicadas para el fortalecimiento del primer nivel de atención de la salud y su articulación con algunos de los programas sanitarios de alcance nacional.

### 2. Fundamentos de la APS

La atención primaria de la salud se apoya en la declaración de Alma Ata (1978), “Salud para todos”. En ella se adopta la concepción de atención primaria de la salud, estrategia global y revolucionaria que involucra al sistema sanitario, a los gobiernos y las sociedades en su conjunto. En tal filosofía la equidad y la justicia son principios insoslayables alcanzando una dimensión social y política. La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud–enfermedad y de atención de las personas y el conjunto social. No sólo provee servicios de salud, sino que afronta las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria. En su visión integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia, con sus saberes y cultura, y la medicina científica.

Un sistema de salud basado en la APS es un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del

derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad.

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

La APS propone dar una respuesta Integral a los problemas de salud, un modelo de atención en el que el equipo de salud desarrolle prácticas asistenciales, tanto curativas como de rehabilitación; prácticas preventivas y prácticas promocionales

Desde su concepción, la APS debe analizarse desde tres perspectivas:

- Como estrategia
  - Como nivel de asistencia
  - Como programa de actividades
- **APS como estrategia** implica la reorganización del sistema de salud en su conjunto, al ubicar como foco de atención a la propia comunidad y sus problemas. Sus acciones fundamentales serían:
- Mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud.
  - Sostener con los recursos adecuados la oferta de servicios.
  - Adaptarse a las necesidades y aspiraciones de la población.
- **APS como nivel de asistencia** es equivalente a un primer nivel de atención, como puerta de entrada al sistema. Implica establecer una comunicación continua y sistemática con la población cubierta (se trate de personas incluidas en la población de alto

riesgo como aquellas consideradas como sanas o asintomáticas) y con referentes ubicados en otros niveles del sistema, para efectuar su adecuada derivación.

- **APS como programa de actividades** sostiene que las acciones deben abarcar a toda la población garantizando la equidad horizontal en el acceso a los servicios básicos de salud. Es cierto que la presencia de grupos con mayores necesidades de atención obliga a satisfacer prioritariamente sus necesidades.

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

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

Otro elemento fundamental para la implementación de una estrategia de APS es la **intersectorialidad**. Ella permite incorporar y sumar recursos, actividades, iniciativas que habitualmente existen y se desarrollan más allá del sistema formal de salud, a través de otras agencias sociales, como educación, además, en todas las instituciones barriales, sociedades de fomento, centros de recreación, centro de jubilados y otras organizaciones de la sociedad civil.

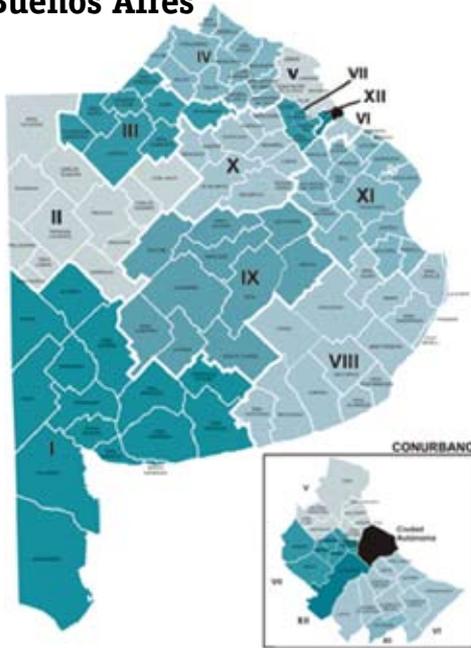
Gráfico 1:

## Desafíos de los sistemas de salud



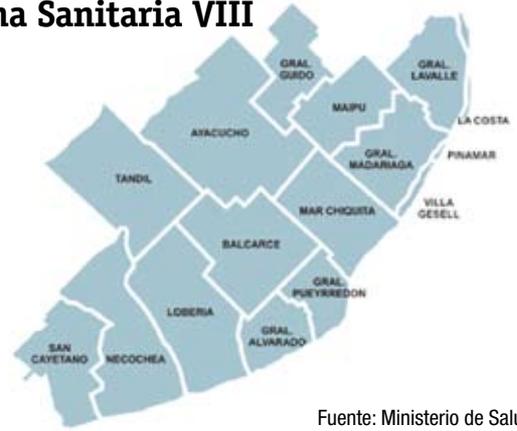
Fuente: OPS 2007

**Gráfico 2:**  
**Zonas Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires**



Fuente: Ministerio de Salud

**Gráfico 3:**  
**Zona Sanitaria VIII**



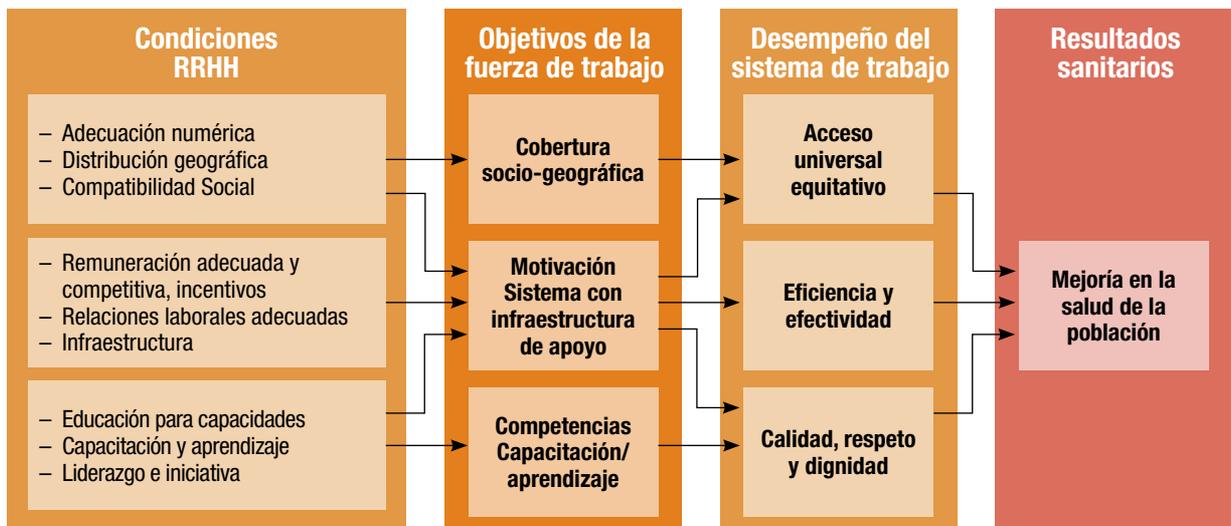
Fuente: Ministerio de Salud

**Cuadro 1:**  
**Condición socioeconómica de la población**

Jurisdicción	Población Total	Población aprox. sin cobertura	Población aprox. con NBI
Pinamar	43.000	26.500 63%	13.020 13%

Fuente: Municipio Pinamar (2008)

**Gráfico 4:**  
**Condiciones de RRHH de la salud y resultados de salud**



Fuente: Municipio Pinamar (2008)

### 3. Desarrollo de la implementación de APS en el contexto de Pinamar y su comunidad

La implementación de estrategias de fortalecimiento de la APS en el partido de Pinamar implicó en primer lugar la profundización de los conocimientos de la realidad local, la evaluación de las actividades que ya se desarrollaban y el planeamiento de acciones extramuros, destacando la promoción, prevención y atención de la comunidad.

La conformación de equipos interdisciplinarios de recursos humanos de la salud constituyó un eje prioritario para alcanzar dar respuesta integral a las necesidades y demandas de la población bajo cobertura, como así también la articulación de acciones intersectoriales con el área de desarrollo social y educación, cuestión que posibilitó identificar los grupos poblacionales críticos y con mayor inaccesibilidad al sistema sanitario.

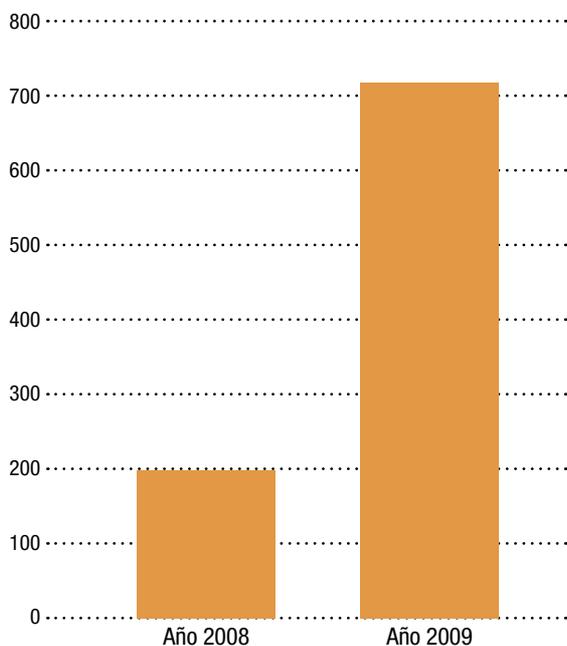
La coordinación de acciones, tanto para el fortalecimiento de equipos de salud como para la optimización de los resultados de salud se planificó considerando distintos factores, tal como se muestra en el gráfico 4.

La focalización de acciones en el binomio madre-hijo constituyó una línea de intervención prioritaria, operativamente organizada con criterio espacial (mapa georeferencial) en el cual se indican las viviendas de todos los nacimientos ocurridos y por ocurrir en el municipio. Con esta información los domicilios de niños recién nacidos y antes de los 30 días de vida comenzaron a ser visitados por las trabajadoras sociales de los centros de atención primaria (CAPS), no solo para controlar la vacunación y realizar el chequeo médico adecuado, sino también para desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud, como por ejemplo la promoción de la lactancia materna, especialmente en aquellas familias con mayor vulnerabilidad social y sanitaria.

### 3.1 El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSPR)

A partir del diagnóstico comunitario se observó un alto porcentaje de embarazos en adolescentes y un bajo alcance de los controles correspondientes, atribuibles en su mayoría a un comienzo tardío de las actividades de control prenatal (luego de la semana 20). Estos indicadores mostraron la necesidad de focalizar intensamente y de forma diferencial, las actividades relativas a la promoción de la salud sexual y reproductiva. De esta forma se conformó un equipo de salud interdisciplinario, orientado al abordaje de esta problemática, y se intensificaron las estrategias comunitarias convocando tanto a mujeres como a varones en edad reproductiva.

**Grafico5**  
**Cobertura PSSPR (2008/2009)**



Fuente: Datos del Municipio de Pinamar-Atención Primaria de la Salud

A partir del 2008 se incorporó formalmente al municipio el PSSPR, en el marco del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación (Ley 25.673) y en julio de ese año quedó inaugurado el primer consultorio exclusivo de salud sexual y procreación responsable en el Municipio de Pinamar, bajo el área de APS.

El objetivo del PSSPR propone

“Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia”<sup>1</sup>

Las acciones estratégicas aplicadas en el municipio para operationalizar los principios de dicho programa se focalizaron en disminuir la morbimortalidad materno-infantil, prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual de los adolescentes, contribuir a la prevención y detección de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamaria.

La primera actividad de articulación CAPS-Comunidad<sup>2</sup> fue la implementación de Talleres de Salud Sexual y Procreación Responsable, que comenzaron a funcionar en el mismo centro y fueron organizados y desarrollados por el mencionado equipo interdisciplinario de salud interdisciplinario, asumiendo como premisa que la finalidad de estos talleres no debía ser el evitar que la mujer se embarace, sino que las personas puedan decidir el momento que consideren adecuado para concebir sus hijos, evitar embarazos no deseados y también la transmisión de patologías venéreas o de posible contagio sexual.

A principios de 2008 se encontraban bajo este programa 32 mujeres y en el mes de diciembre de ese año la cifra alcanzó a 195.

Hacia el año 2009 dicha cifra ascendió a 395 y en ese mismo año se incorporó el segundo consultorio de SSPR en Pinamar, replicando la experiencia del primer consultorio y los talleres anteriores, aumentando la cobertura total a 719 mujeres.

El desarrollo sostenido del PSSPR se tradujo en el incremento de las actividades y consultas en los consultorios externos del primer nivel en atención, como así también de las actividades extramuros centradas en la comunidad.

El haber realizado un diagnóstico social, sanitario y ambiental de la comunidad atendida permitió la confección de padrones nominados de la población bajo cobertura, y su permanente revisión y actualización permitió tanto la detección de situaciones críticas o de alta vulnerabilidad como así también el diseño de acciones adecuadas al perfil y necesidades de salud de dicha comunidad. Como ya fuera señalado, una acción prioritaria fue y es el seguimiento estricto de todos los recién nacidos en forma sistemática, en búsqueda temprana de factores de riesgo o situaciones de

1 Tomado textualmente de programa nacional (Ley 25673)

2 Como así también brinda la totalidad de los insumos necesarios para las actividades preservativos, anticonceptivos orales tanto monohormonales como de dos hormonas, anticonceptivos inyectables, colocación de DIU y hasta la posibilidad de un ligamiento de trompas o vasectomía están contempladas en este programa provincial.

NBI (necesidades básicas insatisfechas). A la vez, el control de la salud de los niños recién nacidos constituyó un eje vital para el trabajo con el grupo familiar en su conjunto y detectar demás cuestiones sociosanitarias críticas, especialmente las que hacen a situaciones de desnutrición en niños y personas mayores de dichas familias.

Vinculado a lo anterior, y por el contrario, la implementación de actividades de promoción de la salud comunitaria permitió detectar casos de personas con obesidad mórbida que requerían la atención de un consultorio nutricional, que en razón de esto fue también implementado en los CAPS. Los actuales registros demuestran que las patologías prevalentes dentro de este grupo de personas, son: hipertensión arterial (HTA), diabetes tipo 2 (DBT 2) o hiperglucemias sin diagnóstico de diabetes (intolerancia a la glucosa o insulinoresistencia) y dislipidemias (hipercolesterolemias e hipertrigliceridemias). La presencia de este grupo de riesgo y sus patologías asociadas se trabajaron mediante acciones de prevención primaria y secundaria también interdisciplinariamente y con el objeto de mejorar estilos de vida no saludable y estimular la actividad física.

### **3.2 Atención primaria de la salud: programas y articulaciones**

La operativización en el primer nivel de atención de programas de salud nacionales permitió fortalecer dos instancias: por un lado la efectiva ejecución centrada en la comunidad de los beneficios de dichos programas, lo cual impactó positivamente en la accesibilidad de la población, y por otro la capacidad resolutoria de los CAPS y el reconocimiento de la comunidad respecto a la actividades que se realizan en ellos.

Específicamente, el Plan Nacer, que inscribió y empadronó al 100% de la población elegible en tres meses y permitió la ágil provisión de insumos y la modernización tecnológica de los centros; el Programa de Médicos Comunitarios y el Programa REMEDIAR resultaron estratégicos en la articulación de intervenciones conjuntas entre los niveles nacionales, provinciales y municipales que mejoraron la capacitación de los equipos de salud, el acceso a los medicamentos, la cobertura social y la garantía de prestaciones y servicios.

Por ejemplo, la implementación de hospitales móviles del Ministerio de la Provincia de Buenos Aires junto al recurso humano solventado por el gobierno nacional más los insumos y recurso humano propio del municipio, facilitó la realización programada y efectiva de mamografías, ecografías y Paps en forma totalmente gratuita a más de 500 mujeres sin cobertura social.

Estas acciones coordinadas interjurisdiccionalmente se tradujeron además en el aumento de la cobertura de inmunizaciones, superando la meta de la campaña nacional contra la rubéola congénita; capacitaciones de autocuidado sobre gripe H1N1, dengue, infec-

ciones respiratorias bajas y tuberculosis. Se implementó además el Programa de Prevención del Cáncer Genito-mamario (PROGEMA) mediante el cual se asegura la provisión de los insumos necesarios para el rastreo temprano del cáncer genital femenino y las actividades de monitoreo recomendadas por especialistas.

Con estos ejemplos se apunta a ilustrar como las políticas sanitarias articuladas entre niveles centrales y locales pueden resultar efectivas en tanto dichos niveles trabajen orgánica y cooperativamente con objetivos comunes y acciones concretas hacia la equidad del acceso a la salud.

## **4. Conclusiones**

Este trabajo, tal como se propuso en su objetivo, presentó la experiencia del fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud en un municipio de la Provincia de Buenos Aires (Partido de Pinamar). El análisis de esta experiencia es relevante en tanto ilustra en el caso que se ha seleccionado como esta estrategia de base comunitaria se traduce en cambios en el paradigma hegemónico clásico en la relación salud/enfermedad y como se operativiza en acciones concretas con enfoque social y comunitario.

Este trabajo en comunidad y el fortalecimiento del primer nivel de atención de la salud permitió observar:

- Que esta estrategia resulta imprescindible para la mejora de los indicadores de cobertura de la población del área programática, especialmente en grupos críticos. Específicamente, el mejoramiento de la cobertura efectiva pudo observarse a través del aumento de mujeres bajo PSSPR, que de 32 adheridas pasó 719 hacia el año 2009. Actualmente, funcionan en el municipio dos consultorios dedicados exclusivamente a la atención de la salud sexual, con un promedio de 3.200 consultas anuales cada uno.
- Que mejora sustantivamente la concurrencia a los centros de salud y la satisfacción de la comunidad con la atención recibida y respecto a los servicios ofrecidos por los centros, lo cual puede inferirse a partir de la mayor adherencia y continuidad observada. Cabe considerar que esta mayor continuidad es atribuible a la incorporación de insumos, tecnologías diagnósticas y equipamientos en los centros, los cuales mejoran la capacidad resolutoria de la atención. La implementación en los CAPS de programas nacionales, como por ejemplo el Plan Nacer, posibilitó disponer en dichos centros de recursos técnicos e insumos fundamentales (cunas de acrílico, ficheros para historias clínicas y seguimiento de embarazadas, balanzas, insumos de exámenes ginecológicos, carros de curaciones, nebulizadores, camillas pediátricas y equipos de examen completos) para una atención de calidad y efectiva en el primer nivel.
- Vinculado a lo anterior, así como la estrategia de atención primaria de la salud se fortalece mediante el desarrollo de programas

sanitarios nacionales, éstos a la vez se hacen sustentables a través de sus coordinaciones con el primer nivel de atención y mediante la articulación operativa y en terreno de las actividades y acciones que incluyen. Por ejemplo, en el caso de este municipio el Programa de Sexual y Procreación Responsable, El Plan REMEDIAR (en este se incrementó durante el período 2009 en un 150% la cantidad de unidades distribuidas) y el Plan Nacer.

- Que el realizar diagnósticos sociosanitarios comunitarios sistemáticos resulta clave, ya que ellos posibilitan conocer y dar respuesta a necesidades de la población no reveladas aún como demandas, y así también para desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud vinculadas a atender problemáticas emergentes de base social (alcohol, adicciones, violencia familiar, etc. )
- Que el trabajo sanitario extramuros y inserto en los procesos comunitarios demuestra alto impacto en los indicadores sanitarios y resulta un mecanismo de inclusión social fundamental. Por

ejemplo la realización de jornadas de vacunación en establecimientos escolares donde se controlaron 1740 niños del municipio, permitió inmunizar a 450 infantes que poseían el calendario obligatorio incompleto.

- Que la atención primaria de la salud constituye una estrategia de inclusión social y sanitaria de base comunitaria donde asumen un rol fundamental (empoderamiento) los propios actores de esa comunidad, por ejemplo los agentes sanitarios, que participan como referentes comunitarios y como integrantes de los equipos de salud interdisciplinarios.

De este modo, y como en este caso que se ha presentado, la sistematización de experiencias locales de fortalecimiento del primer nivel de atención resulta útil también para el intercambio de análisis y resultados que contribuyan al mejoramiento de estas estrategias sociosanitarias.

## Referencias Bibliográficas

- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá, 1986
- Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Tailandia, 2005
- Declaración Alma-ATA, Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. URSS, 1978.
- Laurell, Asa C: El Estado y la Garantía del Derecho a la Salud. Presentación en XI Congreso Mundial de Salud Pública. VIII Congreso Brasileño de Salud Colectiva. Agosto 2006.
- Ministerio de Salud de la Nación. COFESA. Bases del Plan Federal de Salud. 2004-2007. Mayo 2004.
- Ministerio de Salud de la Nación. Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Bs. As 2007.
- Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires 30-15. Declaración "Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria". 2007
- Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP). Reglamento Operativo. 2007.
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2009. Nueva York, 2009
- OPS. HHS/ Silos 34. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Salud de los Pueblos Indígenas. 1993.
- OPS. Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS. 2007
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio. ODM. 1999.