



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR

APUNTES DE CÁTEDRA

SERVICIOS SANITARIOS Y SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Contenido

PROGRAMA DE LA MATERIA.....	1
DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	1
UNIDAD I.....	1
PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.....	1
UNIDAD II.....	13
CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA.....	13
UNIDAD III.....	20
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.....	20
UNIDAD IV.....	26
NOCIONES DE ADMINISTRACIÓN.....	26
UNIDAD V.....	35
SISTEMAS DE SALUD.....	35

PROGRAMA DE LA MATERIA

UNIDAD 1: EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD. Evolución de la concepción de Salud. El derecho a la salud. Historia natural de la enfermedad. Niveles de Prevención. Concepción integral del proceso de salud-enfermedad. Breve Historia

UNIDAD 2: LA SALUD PÚBLICA. Definición y características generales. Principales actividades. Fines y objetivos. Evolución histórica de la Salud Pública. La Nueva Salud Pública.

UNIDAD 3: ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. Definición de APS: conceptos básicos que la integran. Características de las acciones que se emprenden en APS. Dimensiones y vigencia. Logros de la Atención Primaria de Salud y lecciones aprendidas. La APS en el contexto de la salud en la actualidad.

UNIDAD 4.- ADMINISTRACIÓN SANITARIA –

La Administración Sanitaria: concepto y características. Proceso administrativo. Organización y gestión de los servicios sanitarios. Planificación y Programación Sanitaria. Planificación estratégica.

UNIDAD 5.- SISTEMAS DE SALUD

Sistema de salud: Componentes. Modelo de gestión, financiación y atención. Tipos. Organización de los Sistemas de Salud. Niveles de atención y niveles de complejidad. Descentralización y Regionalización. Área Programática. Cobertura Universal. Nociones del Sistema Sanitario Argentino. Sector público, sector de obras sociales y sector privado. Sistema de Salud de la Provincia de Río Negro. Políticas Nacionales de Salud.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

UNIDAD I

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. En la parte media de este se encuentra la mayoría de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que resulta complejo distinguir lo normal de lo patológico.

El proceso salud enfermedad es pues un proceso vital, dinámico, enmarcado en un contexto biológico y social, donde transcurre la vida del hombre.

Otra definición expresa que es el modo específico en el que se manifiesta el proceso biológico de desgaste y reproducción, con momentos particulares de presencia de un funcionamiento biológico diferenciable, con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas (Laurell).

Al pensar la salud como un hecho social y cultural (puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las

personas y los grupos) es posible comprender porque la interpretación de este proceso se ha modificado de acuerdo a los diferentes momentos históricos, sociales y culturales por los que ha atravesado y atraviesa la evolución de nuestra especie humana.

Nosotros nos encargamos de construir representaciones del mundo y las mismas están ligadas a nuestra historia biológica-social y cultural.

En resumen, la Salud –Enfermedad no existe por sí misma independiente del hombre y de su medio, está como dijimos anteriormente en estrecha relación con factores psicológicos, los modos de vida, las condiciones económicas, las condiciones culturales y sociales que son diferentes en las sociedades.

Todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente. La cultura modela nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales.

Los seres humanos actuamos partiendo de una determinada cultura de la salud, compartimos una serie de principios básicos saludables que nos permiten integrarnos en el sistema social más cercano.

Un breve recorrido por la historia del concepto Salud - Enfermedad

El valor que cada sociedad da a la salud ha determinado la concepción del proceso salud enfermedad.

Dicho valor está influenciado a su vez, por las ideologías y corrientes de pensamiento que han dominado la concepción de salud, en el mundo, a lo largo del tiempo. Por ello, como vimos anteriormente, en nuestra cultura occidental la concepción de salud se ha ido modificando con el devenir del tiempo.

El hombre primitivo se interrogaba sobre el porqué de la enfermedad y para evitarla recurría a creencias y prácticas diversas tales como el uso individual o colectivo de amuletos, tótems, fetiches y conjuros. Solo podía explicar a la enfermedad como un ente de origen divino, o como el castigo de los dioses hacia los humanos.

Pero no todas las prácticas relativas a la salud del hombre antiguo se basaban en métodos esotéricos o enigmáticos.

En la Biblia es posible identificar recomendaciones religiosas en las cuales subyacen medidas sanitarias, como la prohibición de consumir carne de cerdo por considerarlo un animal “sucio”.

Esta medida en realidad evitaba el contagio de triquinosis, enfermedad parasitaria transmitida por el consumo de carne porcina infectada con el parásito.

La civilización griega, al igual que la romana, le dedicó un lugar de gran importancia a la prevención de enfermedades, destacándose hombres como Hipócrates entre los griegos y Galeno entre los romanos.

El recorrido histórico del concepto de salud ha sido muy extenso estando signado por hechos históricos relevantes, por lo cual, para una mejor comprensión de la evolución del proceso salud-enfermedad haremos un recorrido retrospectivo por los eventos más relevantes que se pueden dividir en cinco etapas:

- 1- la etapa del miasma (1850-1880).
- 2- la etapa de la bacteriología (1880-1920).
- 3- la etapa de los recursos para la salud (1920-1960).
- 4- la etapa de la ingeniería social (1960-1975).
- 5- la etapa de la promoción de la salud (1975-actualidad).

La etapa del miasma (1850-1880)

Durante este período, el enfoque del control de la enfermedad, se basaba en el concepto de que la enfermedad era causada por vahos y olores nocivos (miasmas). Los esfuerzos para controlar las enfermedades se orientaban a la limpieza general. La recolección de basura y la provisión de un agua de mejor calidad se volvieron importantes en las comunidades.

Estas medidas que tenían que ver con el saneamiento ambiental, no se dirigían a las causas específicas de las enfermedades (agentes biológicos primordialmente) y mostraron, por lo tanto, escasa eficacia para controlarlas.

No obstante, ello son los primeros indicios de trabajo en infraestructura básica ambiental, para lograr una mejor calidad de vida.

En nuestro país tiene lugar entre enero y abril de 1871 la epidemia de fiebre amarilla en la ciudad de Buenos Aires, que sobre una población de 180.000 habitantes causó la muerte de 14.000 personas. A posteriori de esta epidemia, comienzan las primeras actividades de recolección de residuos y de almacenamiento, filtrado y distribución del agua para consumo.

Entre 1848-49 y 1853-54 tiene lugar una importante epidemia de cólera en Londres, Inglaterra. John Snow trabajó sobre esta epidemia, sentando las bases de la epidemiología actual, ya que sin conocer la causa biológica de la enfermedad (*Vibrio cholerae*) pudo establecer el vehículo del agente, que era el agua proveniente de una bomba, cuyo cierre condujo al fin de la epidemia.

La etapa de la bacteriología (1880-1920)

El gran evento que marca en parte el inicio de esta etapa es el desarrollo del microscopio. A partir del auxilio de esta importante herramienta se destacan en esta etapa Louis Pasteur, Robert Koch y otros bacteriólogos, al demostrar, que cada enfermedad estaba determinada por un germen específico, poniendo énfasis en el estudio de la tuberculosis, el carbunco y la rabia entre otras.

Se comprobó la transmisión de estos agentes a través de distintos vehículos y se puso especial atención en la protección del agua potable, la leche, los vinos y otros alimentos a través de un proceso de calentamiento llamado pasteurización.

Se trabajó en la eliminación adecuada de las aguas servidas, la eliminación de insectos y aguas estancadas. En esta época tiene su capítulo importante la inmunización.

La hipótesis etiológica de la llamada era bacteriológica era que cada enfermedad tiene como causa única y específica, un microorganismo.

Una de las consecuencias de la era bacteriológica fue la simplificación de problemas complejos tanto para la prevención como para la cura. Las condiciones de vida, los hábitos, las relaciones sociales en general, no entraban a jugar aún un papel importante.

La etapa de los recursos para la salud (1920-1960)

Si bien, las enfermedades transmisibles habían sido controladas, por la identificación de sus agentes causales, se habían descuidado otros problemas sanitarios evitables. Las inversiones en salud se dirigieron, sobre todo, a producir infraestructuras, orientadas fundamentalmente hacia la biomedicina, más que a la salud, y la atención médica no se distribuyó en forma equitativa.

Las mayores inversiones de este período, se realizaron en hospitales, en la formación de recursos humanos para la salud. Proliferaron las facultades de medicina y de odontología y las escuelas de enfermería.

A pesar de haberse desarrollado la infraestructura y muchos servicios, estos no se distribuyeron equitativamente y a menudo, los sectores comunitarios de menores recursos, no accedían a los beneficios de los programas de atención.

La etapa de la ingeniería social (1960-1975)

Se otorgó una nueva prioridad a los aspectos sociales de la salud. Se consideraba que las barreras económicas, eran lo más importante para mejorar los niveles de salud. Por ello se destinan gran cantidad de recursos desde la OMS - OPS dirigidos al desarrollo y aplicación de programas de prevención y control

de distintas patologías. Durante este período, la educación para la salud, se orientó principalmente a que el público accediera a la utilización de servicios, que se procurara atención médica, que adhiriera a programas de detección y de inmunización, de control del niño sano y de planificación familiar. No obstante, la gran oferta programática, esta era formulada desde los niveles centrales, sin propiciar la participación de los destinatarios. Si bien los sectores de menores recursos, tuvieron más acceso a los servicios médicos, los indicadores de morbilidad y mortalidad, continuaron reflejando, fuertes disparidades socioeconómicas, entre el mundo desarrollado y el mundo subdesarrollado.

La etapa de la promoción de la salud (1975-actualidad)

Las políticas, de prevención de enfermedades y promoción de la salud, recibieron un fuerte impulso. Surge fuertemente el enfoque que considera que el determinante de la salud que más influía en la misma era el que tenía que ver con los estilos de vida, lo cual contribuyó a una nueva visión de la salud y las formas de atenderla.

Surge la Atención Primaria de la Salud APS como estrategia válida para resolver los crecientes problemas de salud, en especial aquellos que son el emergente de los problemas sociales.

Se reconoce la importancia de los determinantes sociales de la salud que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptada



Elabora un cuadro comparativo de las principales características de las etapas, en relación al proceso salud-enfermedad, que te ayudará a entender y afianzar los conceptos

CONCLUSIÓN

En síntesis, a través de este recorrido histórico, el concepto de salud-enfermedad- ha pasado por distintas concepciones, desde la visión de la enfermedad hasta enfoques integrales, posicionados desde la salud y no desde la enfermedad.

Salud y Enfermedad no son polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio, los modos y estilos de vida son influidos y a la vez influyen en la actividad del hombre como ser social.

El ser humano necesita a lo largo de su vida de una alimentación adecuada, hábitos de higiene personal en el hogar y en la comunidad, actividad física y descanso para fortalecer y mantener el cuerpo, diversión y afecto para satisfacer necesidades mentales y espirituales, la ausencia de *alguna* de estos factores provoca daños, en ocasiones irreversibles a la salud del individuo. Por otra parte, las malas condiciones de vida, las condiciones nocivas de trabajo, el alto grado de urbanización, la falta de servicio de salud pública adecuados, así como el hábito de fumar, los malos hábitos alimentarios, el consumo nocivo de alcohol, el sedentarismo, el bajo nivel escolar, el rechazo a medidas sanitarias preventivas y el aislamiento de amigos y familiares, representan "Factores de Riesgo", que actuando continua y gradualmente, influirán negativamente en el Proceso Salud-Enfermedad

EJERCICIO

Lea el siguiente texto y elabore una reflexión acerca de la relación entre salud y condiciones de vida.



Responda:

- ¿Por qué el crecimiento económico no genera mejores condiciones de vida?
- ¿Es posible revertir esta situación? (¿qué propone el documento?)
- Realice un comentario sobre lo expresado por Nelson Mandela en relación a la pobreza

Condiciones de Vida y Salud. Pobreza y los nuevos retos desde el espacio local

Vinculando calidad de vida y desarrollo observamos que los beneficios de la globalización se han distribuido de manera muy desigual e injusta a nivel de países y de grupos humanos, al interior de los mismos. Existen regiones del planeta en las que las desigualdades e inequidades se expresan con mayor fuerza afectando particularmente a los grupos más vulnerables, niños, mujeres, ancianos y comunidades aborígenes.

La hegemonía y predominancia a finales del siglo pasado de las lógicas económicas sobre lo social ha producido y sostenido en los países de la región un deterioro significativo de las condiciones de vida y salud de sus habitantes, produciendo extensos escenarios de exclusión social, así como degradación del medio ambiente global y regional.

Como resultado de ello, el inicio del nuevo milenio nos ha mostrado un escenario en el que tal vez como nunca antes, las condiciones de vida y las diferencias entre ricos y pobres conforman un contexto marcado por profundas desigualdades e inequidades en el campo económico, social, así como en el de la información y del conocimiento tan necesarios para un desarrollo sustentable.

Para comprender un poco más esto y mostrar evidencias ponemos en consideración que: en los últimos 100 años, la expectativa de vida para los niños europeos aumentó alrededor de 30 años y continua en continuo aumento. (Willets et al., 2004). Por el contrario, entre los años 1970 y 2000 la expectativa de vida en Sud - Asia se elevó en 13 años, mientras que para un niño del África sub - sahariana durante el mismo período, la expectativa se elevó solo por 4 meses (UNDP, 2005). En países pobres la mortalidad materna alcanza la tasa de 500 en 100.000 nacidos vivos, en Suecia la tasa es de 2 por 100.000 nacidos vivos.

Esta situación genera fenómenos de exclusión social al reducir importantes segmentos de la sociedad a condiciones de supervivencia en razón del escaso interés económico, social y político que estos grupos representan en dicha lógica. Esto se manifiesta tanto en los países ricos como en los pobres, visualizándose en la segmentación del mercado de trabajo especificado por edad, sexo y educación y en la relación existente entre situación laboral, pobreza y salud.

Así, el comienzo del tercer milenio encuentra a la Humanidad en un punto de avance tecnológico y del conocimiento como nunca antes en la historia. El desarrollo de las comunicaciones y la informática han acortado las distancias de modo sustantivo. En el campo científico, sólo en las últimas cuatro décadas de la historia de la humanidad se pasó de descubrir la estructura del ADN a descifrar la secuencia del genoma humano. Paradójicamente estos avances se dan en el marco de situaciones de enorme

desigualdad en las condiciones de vida de las poblaciones uno de cuyos indicadores es el resurgimiento de enfermedades infecciosas propias de la pobreza y el subdesarrollo.

Ante esta situación, se está construyendo un consenso internacional que define que las condiciones de vida dependen más de la manera de utilizar los ingresos adicionales generados por el crecimiento económico que del propio crecimiento en sí y sobre todo de la adopción y aplicación de políticas destinadas a ampliar adecuadamente los servicios públicos para reducir la carga de pobreza. El Desarrollo Humano vinculado a Calidad de Vida debe asociarse a dignidad humana, igualdad de oportunidades y equidad. Vinculando también la salud, la educación, el crecimiento económico, un ambiente y entorno saludable y la libertad humana vinculadas a la democracia y los derechos humanos.

La afectación de la calidad de vida determina la situación de salud de una población, incrementando los riesgos de enfermar o morir y nos vuelve más vulnerables y menos defensivos ante los factores que afectan nuestra salud. La gestión social de salud supera la intervención sobre cómo atenuar los daños y se dirige a mejorar las condiciones de vida de nuestras comunidades.

Esta intervención es competencia y responsabilidad para llevarla a cabo en el espacio local. De allí, que toda vez que se defina una política pública participativa, e integradora de sectores exige incorporar la dimensión de la calidad de vida y privilegiar el bienestar ciudadano, recuperando la conciencia colectiva. En el espacio local debatir el mejoramiento de las condiciones de vida y la satisfacción de las necesidades básicas requiere de establecer políticas de desarrollo humano en el que salud tiene mucho que decir, participando activamente en las discusiones estratégicas que definen e implementan un plan de desarrollo local.

Así lo prevé la OPS – OMS cuando vincula salud y desarrollo para reducir las desigualdades, reducir los impactos de las crisis, conformar programas integrales de bienestar social, mejorar las condiciones de vida y de salud de las mayorías, transformar los sistemas de salud dando énfasis a la promoción de la salud y prevención y control de daños y riesgos, con una mayor participación social de la ciudadanía organizada e intervenir sobre los determinantes sociales de la salud.

Se reconoce que el deterioro de las condiciones de vida genera impactos negativos sobre la salud de nuestras comunidades y condicionan y limitan el desarrollo. Desde esa perspectiva la pobreza, es quizás el mayor flagelo que azota nuestro planeta. Es el núcleo desde donde se originan y determinan los problemas que hacen a la salud individual y colectiva. La pobreza se asocia a todos los determinantes que generan y producen daños, físico, psíquicos y sociales. La pobreza se asocia a violencia urbana, doméstica, maltrato a mujeres y niños, al deterioro del medio ambiente, a la predominancia de enfermedades transmisibles, al SIDA, a las adicciones, a generar grandes migraciones a otros países o a los grandes conglomerados urbanos, a xenofobias, hasta la guerra y el terrorismo tiene un trasfondo de pobreza generando los fanatismos ideológicos.

La pobreza niega las condiciones de supervivencia y limita las oportunidades de mejorarlas. Un niño pobre además de padecer todo lo asociado a ella, no tiene oportunidades o son muy limitados los recursos para salir de ella y lograr una vida sana y socialmente útil. Asumamos que mueren por hora 1200 niños en el mundo, todos debido a la pobreza, su única patología. Esto se puede prevenir, la muerte por desastres naturales de gran magnitud en la mayoría de las veces se hace difícil evitarlas. La pobreza se puede revertir y evitar, esa es una diferencia importante. Solo se requiere globalizar la solidaridad.

Un desarrollo humano debe evitar enfermedades y muertes evitables, debe dar educación para todos, debe contribuir a superar las desigualdades de género y la creación de condiciones para conseguir crecimiento económico sostenido.

Pero a pesar de estas orientaciones y principios, al cual han adherido casi todos los países del mundo, seguimos observando que las políticas comerciales de los países ricos niegan o cierran oportunidades a los más pobres, generando aumento de la inseguridad y de conflictos bélicos con la consecuente violación de los derechos ciudadanos. Según datos de organismos internacionales, en el año 2003, 18 países con una población total de 460 millones de personas bajaron su puntuación en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) respecto de 1990. En medio de una economía mundial que para ese período era significativamente más próspera, 10,7 millones de niños no viven para celebrar su quinto cumpleaños y más de 1.000 millones de personas sobreviven en condiciones de pobreza con menos de un dólar al día.

Las cifras mencionadas o las que se generen como resultados de las crisis económicas siguen siendo inaceptables éticamente, y requiere modificar las reglas de juego económicas donde la libertad económica debe estar subordinada a la generación de igualdades para disminuir esta vergüenza humana. Es necesario construir una conciencia mundial que permita a los países pobres, así como en los sectores excluidos de los países ricos, mejorar sus condiciones de salud y acceder a una vida digna. En un mundo donde las tecnologías de la comunicación integran, hacen que la pobreza sea económicamente ineficaz, políticamente insostenible y moralmente indefendible tal como lo manifestó Nelson Mandela asociándola como equivalente a la esclavitud y el apartheid.

El espacio local, entendido como el ámbito de un municipio o un barrio de una localidad muy poblada, facilita incorporar la pobreza en la agenda de las gestiones de desarrollo y salud, debido a que las problemáticas asociadas a ella son expresadas con mayor facilidad, son más sentidas y tiene rostro humano y se discute en lo cotidiano de una comunidad. Esta es quizás una diferencia sustancial con la pobreza que se discute a nivel de los foros internacionales. La pobreza, se transforma en otro reto a que está sujeta la gestión local por lo que requiere mejorar la capacidad de intervención de los gobiernos, así como de la sociedad civil sobre ella.

SALUD COMO DERECHO

La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.

El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Se conoce como historia natural la secuencia de acontecimientos que se suceden en el organismo humano desde que comienza a actuar la causa de la enfermedad, hasta que se desarrolla ésta y ocurre el desenlace o sea a la relación ordenada de acontecimientos que resultan de la interacción del ser humano con su ambiente, que lo llevan del estado de salud al de enfermedad.

La historia natural de la enfermedad se divide en tres periodos que son:

- Periodo prepatogénico
- Periodo patogénico
- Resultados

Aporte de cátedra



http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/medu6500/Unidad_1/Rodriguez_Historia-natural-Prevencion.pdf

Período prepatogénico

En esta fase se demuestra la intervención de la tríada ecológica. Se caracteriza porque no está presente la enfermedad.

En este periodo se estudian las características del:

AGENTE que es el elemento, sustancia o fuerza animada que causa la enfermedad. Se infiere que el agente causal puede ser biológico, físico, químico, mecánico, no solamente puede ser un microbio.

HUÉSPED: es la persona portadora de un agente patológico en el cual se va a incubar, desarrollarse o manifestarse. De él se estudian los siguientes factores: edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, hábitos y costumbres, características hereditarias y susceptibilidad.

MEDIO AMBIENTE: lugar que propicia el enlace entre el agente y el huésped en el cual se estudian factores:

- Físicos: clima, geografía, etc.
- Socioeconómicos: ingreso, educación, promiscuidad, hacinamiento
- Biológicos: animales.

Período Patogénico

En este periodo ya el agente causal penetró en el organismo.

Según sus manifestaciones se puede dividir en:

- Asintomático o Sub Clínico: en el que se producen cambios en el organismo, pero la persona no los percibe, están por debajo del horizonte clínico.
- Sintomático o clínico: la persona percibe las manifestaciones de la enfermedad, aparecen síntomas y signos.

Resultados o Postpatogénico

Aquí se anotan los posibles resultados que se pueden esperar después de haber padecido una enfermedad:

- Recuperación o sea el restablecimiento de la salud, la persona vuelve al estado anterior a la enfermedad.
- Cronicidad: algunas enfermedades, si no son tratadas, permanecen en estado subclínico.
- Incapacidad: son las secuelas que deja la enfermedad y permanecen en el tiempo.
- Muerte: la persona no se recupera.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, a detener su avance, limitar el daño que produce y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Existen 3 niveles de prevención:

PREVENCIÓN PRIMARIA: son acciones enfocadas a inhibir el desarrollo de la enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo.

Este nivel de prevención corresponde al periodo prepatogénico de la historia natural de la enfermedad.

Dentro de esta se encuentran:

La promoción de la salud: proceso destinado a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos para conservar su salud y mitigar el riesgo de enfermar.

Comprende además acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Un ejemplo de promoción son los mensajes mencionando las medidas más avanzadas para conservar la salud física, mental y social, informando al público sobre los recursos médicos y asistenciales con los que cuentan y como utilizarlos.

Medidas tales como la educación sanitaria, disponibilidad de alimentos para una buena nutrición, provisión de vivienda adecuada, condiciones aptas de trabajo y recreación, son importantes realizaciones de la promoción de la salud, pero pueden quedar como simples recomendaciones académicas en comunidades con altos índices de analfabetismo y desempleo y desequilibrada distribución del ingreso económico.

Dentro de estas, la **educación para la salud** es la forma como se instruye al individuo, familia y/o comunidad sobre cómo vivir en el estado óptimo de salud.

La Protección inespecífica y específica: son medidas que protegen contra las enfermedades, es decir se colocan "barreras" para prevenir enfermedades. Cuando las barreras son para más de una enfermedad se trata de protección inespecífica. Ejemplos: práctica de deportes, hábitos de higiene personal, saneamiento ambiental etc.

Protección específica está referida a una enfermedad determinada. Ejemplo: inmunizaciones.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: en este nivel de prevención, la enfermedad está presente, pero se puede mejorar su pronóstico si es detectada y tratada adecuadamente y oportunamente evitando que siga avanzando y se complique.

Este nivel corresponde al nivel patogénico de la historia natural de la enfermedad. Comprende:

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno: su objetivo es prevenir la transmisión de la enfermedad y detener el avance de la misma, evitar complicaciones y prevenir incapacidades. Comprende acciones como: radiografías, análisis clínicos, screening, prescripción de medicamentos, etc.

Limitación del daño: tratamientos adecuados para evitar complicaciones, prevenir secuelas o acortar períodos de incapacidad. Se trata de detener la enfermedad e impedir que se llegue al desenlace.

PREVENCIÓN TERCIARIA: en este nivel la enfermedad ha avanzado ocasionando secuelas o incapacidades, sin embargo, lo que se hace es limitarlas al máximo, minimizar el sufrimiento y rehabilitar al individuo a fin de que pueda utilizar sus capacidades remanentes y de esta manera adoptar un papel útil, satisfactorio y

autosuficiente en la sociedad. Este nivel de prevención corresponde a los resultados de la historia natural de la enfermedad.



EJERCICIOS para aplicar lo visto en la unidad

Se presentan brevemente dos enfermedades Hipertensión Arterial y Neumonía, elija qué acciones llevaría a cabo y a qué periodo de la historia natural y a qué nivel de prevención corresponden.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Enfermedad crónica caracterizada por un aumento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Está asociada a altas tasas de mortalidad y morbilidad y es uno de los principales problemas de salud pública de todo el mundo.

Caracterizada por un incremento de la resistencia vascular periférica y aumento de la tensión arterial por encima de valores normales (140 mmhg/90 mmhg).

Es una enfermedad no trasmisible y se caracteriza por:

- Ausencia de un microorganismo causal
- Los factores que aumentan el riesgo son edad avanzada, ingesta de sal elevada, obesidad, tabaquismo, estrés, sedentarismo, consumo de alcohol.

En la etapa subclínica puede presentar alteraciones en la estructura cardíaca.

En etapa clínica puede manifestar dolor de cabeza, disneas, hemorragias nasales, pérdida de la visión, etc.

Si no se trata genera infartos, insuficiencia cardíaca, ACV, etc. pudiendo causar invalidez y llegar a la muerte.

De la siguiente lista de acciones elija cuáles aplicaría a esta enfermedad, y ordénelas según el período de la historia natural y a qué nivel de prevención corresponde:

- Acciones de promoción de la salud sobre hábitos alimenticios.
- Vacunación obligatoria a mayores de 60 años.
- Indicación médica de realizar actividad física y dieta baja en sodio.
- Campaña de educación para la salud relacionada con buenos hábitos de vida. Dar 1 ejemplo para este caso.
- Controles de tensión arterial.
- Indicación de intervención quirúrgica.
- Análisis clínicos.
- Tratamiento con antibióticos.
- Administración de antihipertensivos.
- Aislamiento
- Rehabilitación.

NEUMONÍA

Enfermedad aguda infecciosa e inflamatoria que afecta a los pulmones. Éstos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que —en las personas sanas— se llenan de aire al respirar. Con el ingreso del agente infeccioso los alvéolos pulmonares de los enfermos de neumonía se llenan de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. La neumonía es la principal causa infecciosa de muerte infantil en el mundo.

El germen causante más común es el neumococo (bacteria), aunque también puede ser causada por virus u hongos.

El germen ha sido aislado en reservorios naturales tales como ríos, pantanos y suelos húmedos, desde allí coloniza el hábitat del hombre, favorecido por temperaturas propicias.

La neumonía puede propagarse por diversas vías. Los virus y bacterias presentes comúnmente en la nariz o garganta de los niños, pueden infectar los pulmones al inhalarse. También pueden propagarse por vía aérea, en micro gotitas producidas por la tos o estornudos.

La mayoría de las personas sanas pueden combatir la infección mediante sus defensas naturales, pero los inmunodeprimidos presentan un mayor riesgo de contraer neumonía. En los niños la correcta alimentación, como por ejemplo la lactancia materna, es fundamental.

Los factores ambientales siguientes también aumentan la susceptibilidad a la neumonía:

- la contaminación del aire interior ocasionada por el uso de biomasa (como leña o excrementos) como combustible para cocinar o calentar el hogar;
- vivir en hogares hacinados;
- el consumo de tabaco

El periodo de incubación es muy corto, la aparición de síntomas es casi inmediata al ingreso del agente infeccioso. Los principales síntomas y signos son: fiebre, escalofríos, tos, expectoración mucopurulenta, dolor torácico y dificultad respiratoria de magnitud variable, etc.

La neumonía causada por bacterias puede tratarse con antibióticos

Puede tener complicaciones como derrame pleural, absceso pulmonar, pericarditis, neumonía necrotizante hasta llevar a la muerte.

De la siguiente lista de acciones elija cuáles aplicaría a esta enfermedad, y ordénelas según el período de la historia natural y a qué nivel de prevención corresponde:

- Radiografía de tórax.
- Acciones de promoción de la salud relacionada con la obesidad.
- Rehabilitación kinesiológica.
- Medicación con antibióticos.
- Controles periódicos de tensión arterial.
- Campaña de educación para la salud relacionada con buenos hábitos de vida. Dar 1 ejemplo para este caso.
- Acciones de promoción relacionadas con el hábito de fumar.
- Indicación de intervención quirúrgica.
- Recomendación de lavado de manos frecuente.
- Indicación de consumo de líquidos.
- Evitar hacinamiento.
- Control periódico de la visión.
- Administración de Oxígeno.
- Vacunación antigripal y antineumococcica.

BIBLIOGRAFIA

- CARLOS; Sonia. Concepto salud Enfermedad. Disponible en <https://docplayer.es/17146429-Elaborado-por-sonia-carlos-1.html>
 - GONZÁLEZ PÉREZ, J. 2005. El modo de vida en la comunidad y la conducta cotidiana de las personas. Revista cubana de Salud Pública. Vol. 31, Nº 2, Ciudad de la Habana, abr.-jun. 2005.
 - LAURELL, Asa Cristina. 1982. La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos Médicos Sociales Nº19. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario, Argentina.
 - MARTÍN ZURRO, Armando y CANO PÉREZ, Juan Francisco. 2008. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. Madrid, España: Elsevier.
 - MAZZAFERO, Vicente Enrique. 1999. Medicina y Salud Pública. Buenos Aires: Argentina. EUDEBA.
 - OPS. 2001. Medición de Desigualdades en Salud: Coeficiente de Gini e Índice de Concentración. Boletín epidemiológico Vol. 22, Nº 1
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2000. Renovación conceptual de la salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud. La salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.
 - TESTA, Mario. 1993. Pensar en Salud. 3º Edición. Buenos Aires: Lugar.
 - VEGA-FRANCO, Leopoldo. 2002. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud pública de México vol. 44, nº 3, mayo-junio de 2002.
-

UNIDAD II

CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

Se puede decir que la Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población.

También que:

“Es la disciplina que se encarga de organizar y dirigir los esfuerzos destinados a la prevención de las enfermedades y a la protección, promoción y restauración de la salud de la población”

- * “Pública” no significa un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, sino un nivel específico de análisis, el nivel general o global.
- * A diferencia de la medicina clínica, que opera a nivel individual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de personas o poblaciones.

Otras definiciones en las que se establecen pautas básicas de la salud pública, incorporan otros elementos, como las siguientes:

- *“Puede definirse a la Salud Pública como el campo del conocimiento y las prácticas institucionalmente organizadas, tendientes a promover la salud de las poblaciones.*
- *“Ciencia y arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental, por medio de los esfuerzos organizados de la comunidad y **con responsabilidad plurisectorial, íntimamente ligada al desarrollo económico, social y cultural.**”*

En todas las definiciones hay similitudes en cuanto a que la práctica y el ejercicio de la salud pública se realizan mediante la acción del **Estado, que es quien debe garantizar el acceso a la salud de todos los ciudadanos.**

La última definición resalta que el campo de la salud tiene responsabilidades compartidas entre distintos sectores (Ej.: la falta de saneamiento determina el nivel de salud de una comunidad, pero es responsabilidad del sector económico y político). Y la misma definición sostiene que la salud pública está íntimamente ligada al desarrollo económico, social y cultural, por lo cual podría resumirse que sin desarrollo no hay salud posible, y que una comunidad con salud puede generar mecanismos de desarrollo para una mejor calidad de vida.

El enfoque del campo de la salud pública, sea cual sea la definición siempre implica lograr los siguientes objetivos:

La Salud Pública debe llevar a cabo ciertas funciones que le permitan alcanzar los citados objetivos:

- Mejorar las condiciones de vida y salud de la comunidad.
- Reducir las desigualdades sanitarias.
- Establecer programas integrales de bienestar comunitario.

PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LA SALUD PÚBLICA COMO DISCIPLINA

Actividades de protección de la salud

Desarrolladas en torno a la seguridad alimentaria y la salud ambiental.

La **seguridad alimentaria** trata del conjunto de actuaciones basadas en el análisis de riesgos, encaminadas a asegurar que las etapas de la producción, transformación y distribución de alimentos se desarrollen utilizando procedimientos que garanticen, a la luz de los conocimientos científicos disponibles, un nivel elevado de protección de la salud de la población que los consume.

La **salud ambiental** se encarga de aquellos aspectos de la salud y la enfermedad humanas que son determinados por factores medioambientales; mediante la evaluación y control del medio ambiente que

pueden afectar potencialmente a la salud. La salud ambiental incluye tanto los efectos patológicos directos de los agentes químicos y biológicos y de la radiación, como los efectos, indirectos, sobre la salud y el bienestar del entorno físico y social considerado en su sentido más amplio.

Actividades de promoción de la salud

Implica un nivel de intervención mediante un conjunto de acciones programadas. Es abarcativa, porque se refiere a medidas que no están dirigidas a una enfermedad o dolencia, sino que apuntan a mejorar la salud, en general y la calidad de vida

Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo subyacentes a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial.

Actividades de prevención de la enfermedad

Prevenir tiene significado de "preparar; llegar antes de; disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice"

La prevención en salud "exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural a fin evitar la aparición de enfermedades específicas, hasta lograr su control y erradicación, impedir el avance de las enfermedades, limitar los daños y disminuir las consecuencias"

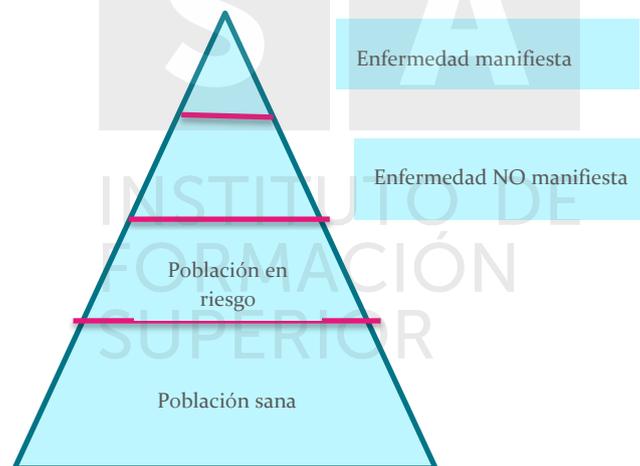
Actividades de restauración de la salud

Son todas las acciones destinadas a lograr la recuperación del enfermo.

DESTINATARIOS

De cumplirse estas funciones la salud pública tendría como objetivos el cuidado de:

- Población sana
- Poblaciones de riesgo
- Enfermedad no manifiesta
- Enfermedad manifiesta



Si graficamos estos objetivos a través de una pirámide, la base está compuesta por la mayor parte de la comunidad, esto es una población sana. Le sigue una parte más pequeña configurada por las poblaciones de riesgo, que son las que deben tener prioridad en los programas de intervención. Luego y ocupando una parte más pequeña aún aparecen los grupos que padecen de enfermedad no manifiesta, estrechamente relacionada con el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Finalmente, y ocupando un vértice muy

pequeño aparece el grupo de la comunidad con enfermedad manifiesta donde la única alternativa es el tratamiento, la rehabilitación, la minimización de secuelas y la reinserción laboral y social.

La salud pública abarca aspectos tan amplios como la educación, la economía, la administración de recursos y organizaciones relacionadas con ella, el área legal al abarcar el dictado de leyes y regulaciones por parte de los gobiernos para controlar la salud de sus habitantes; incluye sectores como el abastecimiento de agua, control de calidad de alimentos, fertilizantes, en fin, la Salud Pública es una gran organización encargada de preservar y mejorar la salud de las personas.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD PÚBLICA

La Salud Pública como ciencia apenas tiene poco más de un siglo de existencia, pero manifestaciones del instinto de conservación de la salud de los pueblos existen desde los comienzos de la historia de la humanidad. Sin embargo, la inclusión de la restauración de la salud es una adquisición relativamente reciente.

- Los egipcios eran el más higiénico de los pueblos. Practicaban la higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales.
- Los indostanes fueron los pioneros de la cirugía estética, y de programas de salud pública que se basaban en conformar patrones de alimentación, sexualidad, de descanso, y de trabajo.
- Los hebreos llevaron todavía más lejos las prácticas higiénicas, al incluir en la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito, el Levítico datada en 1500 años antes de JC. En este código se describe como debe ser el aseo personal, las letrinas, la higiene de la maternidad, la higiene de los alimentos, la protección del agua etc.
- La civilización griega presta más atención a la limpieza personal, al ejercicio físico y a las dietas alimenticias que a los problemas del saneamiento del medio.
- El imperio romano es famoso por sus actividades en los campos de la higiene personal con la construcción de baños públicos y de la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos.
- En América Prehispánica, la civilización Teotihuacana contó con grandes obras que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como de deshacerse de agua sucia. Lo mismo sucede en la cultura Azteca. Esta última se crea en islotas dentro de un gran lago, por lo cual desarrolla diversas medidas para evitar su contaminación. Se dice que los Aztecas aprendieron a vivir con el lago, mientras que los conquistadores españoles, quisieron vivir contra el lago teniendo que sufrir constantes inundaciones (algunas que duraron años) e hicieron del viejo y limpio Tenochtitlan una de las ciudades más sucias del mundo.
- En la Edad Media, presidida por el catolicismo, se produjo una reacción contraria a todo lo que recordaba al imperio romano y al paganismo. El desprecio de lo mundano y la "mortificación de la carne" pasaron a ser las normas preferidas de conducta, por lo que el descuido de la higiene personal y del saneamiento público llegó hasta tal punto que junto con los movimientos migratorios bélicos y los bajos niveles socioeconómicos, se produjeron las grandes epidemias de la humanidad. La lepra se consiguió erradicar de Europa con la marginación y el exterminio de los leprosos. Con respecto a la peste bubónica se establecieron medidas de cuarentena en los puertos marítimos y cordones sanitarios en tierra.
- En el siglo XIX hubo un desarrollo considerable de la Salud Pública en Europa y en los Estados Unidos. En Inglaterra Edwin Chadwick impulsó las Leyes de Salud Pública que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales. Con esas medidas se

logró reducir la mortandad por algunas de las enfermedades infecciosas que azotaban a la población trabajadora que vivía en pésimas

- condiciones y de insalubridad. En Alemania Rudolf Virchow, un gran patólogo de la época, al calor de las revoluciones de 1848 señalaba que "la política es medicina en gran escala", mostrando con ello que las transformaciones socio políticas podían generar mejores condiciones para los trabajadores y con ello se lograría mejorar la situación de salud.
- A mediados del siglo XIX un importante número de médicos sostenían que las enfermedades se producían por suciedades de las cuales emanaban miasmas que llevaban la enfermedad a las personas.

Otro grupo de médicos sostenían que la enfermedad pasaba de unas personas enfermas a otras sanas por contagio de posibles microorganismos. Los trabajos de Koch terminaron dando la razón a los segundos y se abrió una época de "cazadores de microbios". Temporalmente la atención se centró en microorganismos específicos y la Salud Pública dirigida a combatir las suciedades (agua potable, drenajes, reglamentación de entierros y rastros, etc.) pasó a segundo plano, para resurgir de forma más madura (considerando ya a los microorganismos) en el siglo XX.

- En el siglo XX surge la OMS, instituto internacional destinado a emprender y desarrollar esfuerzos a nivel mundial sobre salud pública, y quien tiene una mayor organización e infraestructura para la demanda creciente de investigaciones en epidemiología y otras ciencias de carácter médico, siendo mediadores específicos para el buen ejercicio de la salud pública

Cambio de paradigma de la Salud Pública

Desde aproximadamente la década de los años cuarenta la salud pública fue desplazada de un papel protagónico por la atención médica dirigida al individuo enfermo.

Diversos factores relacionados con los adelantos científicos, la especialización, la creación de infraestructura hospitalaria, la participación del Estado en el financiamiento hizo que la Salud Pública quedara en gran medida opacada por el modelo curativo e individual de la atención médica.

Además, las organizaciones encargadas de la investigación, la enseñanza y la acción en este campo experimentaron una crisis de identidad, de organización y de realización

La CRISIS de la Salud Pública se tradujo en la imposibilidad de las sociedades en proteger la salud de sus habitantes, el Estado se limitó a realizar acciones aisladas, mientras el mercado sumergía al sector en la lógica de acumulación del capital.

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud fueron dejadas de lado por su carácter no rentable.

Como disciplina la Salud Pública aparecía como un conjunto de ideas que eran funcionales a esta lógica del mercado.

En años recientes la salud pública ha empezado a experimentar un verdadero renacimiento. Se han creado nuevas instituciones, se han multiplicado los programas educativos, se ha ampliado la base de conocimientos a través de la investigación interdisciplinaria, se ha intensificado la cooperación internacional para enfrentar la creciente globalización de los problemas de salud.

En gran medida, este renacimiento de la Salud Pública ha sido alimentado por las limitaciones del modelo curativo individual. A pesar de los grandes avances en los niveles de salud, la distribución de este progreso entre y dentro de los países ha acentuado las desigualdades. Hoy los pobres no sólo mueren con mayor frecuencia, sino además lo hacen principalmente por causas que han sido resueltas desde el punto de vista técnico. Los que han logrado escapar a estas causas enfrentan,

por ese mismo hecho, un riesgo mayor de enfermar y morir por otros padecimientos que adquieren un carácter emergente. En ambos casos, se va ampliando la brecha entre lo que el progreso ha vuelto alcanzable con nuestros conocimientos y lo que de hecho alcanzamos con nuestras prácticas sociales.

El modelo dominante de atención se ha enfrentado a serias limitaciones de organización y financiamiento. Los países desarrollados padecen una espiral inflacionaria en los costos de la atención médica, que entorpece el funcionamiento general de la economía.

En la búsqueda de respuestas a la crisis de la atención médica muchos ojos se han vuelto hacia la salud pública. Su perspectiva amplia y su capacidad de integración multidisciplinaria parecen ofrecer soluciones a varios de los problemas de nuestro tiempo.

La construcción de una **NUEVA SALUD PÚBLICA** debe fundarse en un presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad. La adopción de métodos capaces de incluir la acción social. Privilegiando prácticas sociales que integran diversos actores y poderes a más del poder del Estado. Promoviendo la salud desde una perspectiva democratizadora

A modo de síntesis, se resalta el concepto de que la Salud Pública Convencional miró a la población como **objeto** a ser intervenido, mientras que la Salud Pública Alternativa requiere mirar a los destinatarios como **sujetos** capaces de crear y generar su salud y de organizarse en instituciones destinadas a la prevención de la enfermedad, la promoción y la recuperación de la salud.



A manera de esquema elabore una síntesis de las diferentes etapas de la salud pública

RELACIÓN CON OTRAS DISCIPLINAS

La Salud Pública se nutre del saber de otras disciplinas.

La medicina social: es una práctica de la medicina que se ocupa de la salud y la enfermedad en relación con la vida grupal. Se puede decir que es una rama de la salud pública dedicada a la atención médica de las personas con una orientación social y comunitaria.

La medicina preventiva: hace referencia a todas aquellas prácticas que los diferentes profesionales de la salud realizan para, justamente, prevenir la presencia de enfermedades o de diferentes situaciones en las que la salud se puede poner en peligro. Es una noción compleja ya que es usualmente difícil establecer una clara línea entre la medicina preventiva y la medicina curativa (aquella que ejerce actividades de cura) porque también la medicina curativa busca prevenir que aquella condición de ausencia de salud total se vuelva aún peor

La epidemiología que es el estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas

La estadística: cuya tarea es la **recopilación** y la **interpretación de los datos** obtenidos en un estudio. Considerada como una rama de la **matemática**, la **estadística** permite la toma de decisiones dentro del ámbito gubernamental, pero también en el mundo de los negocios y el comercio.

NECESIDAD Y DEMANDA

Una **necesidad** es aquello que resulta indispensable para vivir en un estado de salud plena. Las necesidades se diferencian de los deseos en que el hecho de no satisfacerlas produce resultados negativos evidentes, como puede ser una disfunción o incluso el fallecimiento del individuo.

Pueden ser de carácter fisiológico, como respirar, hidratarse o nutrirse (objetivas); o de carácter psicológico, como la autoestima, el amor o la aceptación (subjetivas).

En función de su disponibilidad, se puede distinguir entre necesidades libres y necesidades económicas. Las necesidades libres son aquellas que se cubren sin esfuerzo dada su gran abundancia (la luz solar, el aire, etc.), mientras que las necesidades económicas se satisfacen a partir de una serie de esfuerzos (sembrar, cosechar, construir, etc.).

Jerarquías de necesidades

Las necesidades pueden jerarquizarse según la pirámide de Maslow: la parte inferior de la pirámide está ocupada por las necesidades humanas básicas, que a medida que son satisfechas, aparecen otras que son necesidades y deseos más elevados, que van ocupando las partes superiores de la pirámide.

A grandes rasgos, la jerarquía sigue un camino que debe completarse. Primero las necesidades fisiológicas, que una vez satisfechas, generan necesidades relacionadas con la seguridad, luego con la afiliación, el reconocimiento y finalmente la autorrealización.



Fisiológicas: Necesidades de respiración, comida, bebida, sueño, vestimenta y vivienda.

Seguridad: Necesidades de protección, empleo, recursos.

Sociales: De afiliación: afecto, amor, pertenencia y amistad.

Estima: Necesidades de autoestima: éxito y prestigio.

Autorrealización: de lo que uno es capaz, autocumplimiento.

Demandas son las manifestaciones reales o ficticias de esas necesidades, o sea que son necesidades percibidas por los individuos. Para que sean atendidas las necesidades deben traducirse en demandas concretas.

La demanda en salud tiene como resultado algún tipo de acción de asistencia médica.

La demanda está plagada de subjetividad ya que tiene que ver con las expectativas de las personas o grupos sociales respecto a lo que se considera deseable, influido por la cultura, la clase social, los medios de comunicación y las creencias religiosas.

ACCESIBILIDAD Y COBERTURA EN SALUD

La **accesibilidad** ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. Este concepto es entendido como un problema de la oferta y, desde esta óptica, se deben eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras son caracterizadas como: geográficas, ya sea distancias, accidentes geográficos o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista). Las barreras económicas aluden a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera es definida como cultural y está centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también pueden ser una barrera de acceso.

Cobertura es la capacidad que tiene un gobierno para atender la demanda de servicios básicos de salud de la población.

Es el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios de salud que satisfagan las necesidades objetivas de toda la población y que sean proporcionados en forma continua y de manera aceptable, garantizando el acceso a los diferentes niveles de atención.

La Cobertura se define, se calcula y/o se evalúa empleando indicadores relacionados con la disponibilidad o con la capacidad potencial para cubrir la demanda esperada de la población residente en un área geográfica determinada.

CONCLUSION

"La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud, mediante esfuerzos organizados de la comunidad destinados al medio ambiente, al control de enfermedades infecciosas y no infecciosas, brindando educación para promover hábitos y estilos de vida saludables y desarrollando la estructura social que le asegure, a cada miembro de la comunidad, un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

Milton Terris

BIBLIOGRAFIA

- MAZZAFERO, Vicente Enrique. 1999. Medicina y Salud Pública. Buenos Aires: Argentina. EUDEBA. Año 1999.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002). Renovación conceptual de la salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud (2002). La salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.
- OPS - OMS. *La crisis de la Salud Pública*. Publicación Científica N°540. Washington, USA. Año 1992.
- PIÉDROLA, GG, GÁLVEZ, VR. DOMÍNGUEZ RV. 2001. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª Ed. Barcelona: Edit. Masson.
- TERRIS, Milton. 1982. La revolución Epidemiológica y la medicina social. 2º Ed. Editorial Siglo XXI: México.

UNIDAD III

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (**APS**) como principal ESTRATEGIA para el logro de las metas de SALUD **PARA TODOS EN EL AÑO 2000**, fue adoptada por la OMS (Organización Mundial de la Salud), en la ciudad de ALMA ATA, en Septiembre de 1978.

Posteriormente en 1986 se reafirmaron sus principios en la Carta de Ottawa documento de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud.

Teniendo en cuenta los principios rectores de la OMS, los países reunidos fundamentaron sus discusiones en las siguientes premisas que surgieron de un diagnóstico de la situación de salud mundial, en ese momento.

- Que la salud es un bien esencial del hombre y un derecho humano fundamental, cuyo logro es un objetivo importante de todos los pueblos.
- Que la salud depende del desarrollo económico y social de los pueblos y al mismo tiempo lo favorece y que por lo tanto el sector sanitario, por sí solo, no puede lograr salud; en cambio exige la intervención de otros sectores sociales y económicos.
- Que el estado de salud de la población mundial es inaceptable debiendo considerarse la magnitud de los problemas sanitarios que subsisten, observándose que más de la mitad de la población mundial no recibe asistencia sanitaria adecuada.
- Que existe una marcada desigualdad en el estado de salud de las poblaciones entre países y aún dentro de cada país, ahondándose progresivamente la brecha entre los grupos privilegiados y los desprotegidos.
- Que muchos países adolecen de una marcada insuficiencia de recursos en salud y que asimismo la distribución de los recursos entre países es injusta, concentrándose el uso de los mismos en tecnologías y sistemas de alta complejidad, costo y especialización para el privilegio de unos pocos.
- Que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y atención de su salud. Y que los gobiernos tienen el deber de cuidar de la salud de sus pueblos mediante, medidas sanitarias y sociales adecuadas.
- Que uno de los principales objetivos de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen un “nivel de salud que les permita llevar una vida socialmente satisfactoria y económicamente productiva”.
- Que es necesaria una acción urgente de los gobiernos y los pueblos para promover y proteger la salud.

Aporte de cátedra



<http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

A pesar de los esfuerzos y de que algunas metas se han cumplido la meta de salud para todos es aún una asignatura pendiente es por ello que:

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD ES LA CLAVE PARA ALCANZAR LA META DE SALUD PARA TODOS, COMO PARTE DEL DESARROLLO Y CONFORME AL ESPÍRITU DE JUSTICIA SOCIAL.

Concepto de Atención Primaria de Salud

La Conferencia de Alma Ata formuló el concepto de APS en los términos que a continuación se expresan, abarcando con esta conceptualización todos los aspectos fundamentales de la estrategia.

Determinó además que la APS consiste en una “estrategia” es decir un curso de acción o modo de actuar en materia de asistencia sanitaria que impone la reorganización del Sistema de Salud en muchos aspectos. El concepto de APS dice:

A continuación se analizarán los conceptos de esta definición:

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria de Salud forma parte tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer escalón de contactos 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. (Declaración de Alma – Ata)”

Asistencia sanitaria esencial

El término “esencial” implica que:

- Son acciones sanitarias **imprescindibles**.
- Deben **privilegiarse** sobre otras que se emprendan.
- Por sus implicancias e impacto se consideran de “**máxima importancia**” tanto para la salud de la población como para el desarrollo del país.
- Si bien el beneficiario de la atención ha de ser la población toda, se debe privilegiar a los “**grupos humanos más necesitados**”

Tecnología apropiada

El concepto de APS indica que la asistencia sanitaria esencial está “basada en métodos y tecnologías” especiales que reúnen una serie de particularidades, de ello surge el importante principio de la “tecnología apropiada”.

Un concepto general de tecnología (OPS/OMS) la define como “las diversas formas de actuar sobre la realidad para modificarla con un objetivo determinado, con la aplicación del conocimiento científico o empírico”.

Por su parte el término “apropiada” significa que esta tecnología reúne las siguientes particularidades:

- Tiene una base científica sólida.
- Es cultural o socialmente aceptable para quienes la emplean y para quienes se benefician de ella.
- Es fácil de comprender y aplicar.
- Es pertinente al problema que busca solucionar.
- Su costo se adecua a los recursos disponibles de manera tal que “la comunidad y el país lo puedan soportar”. El concepto de costo adecuado involucra también la consideración del costo del recurso humano (su capacitación y nivel) que la empleará.
- De esta manera el término hace referencia desde los aparatos utilizados para el diagnóstico y los medicamentos, hasta otras acciones de carácter cotidiano, como la lactancia materna.

Cobertura y accesibilidad

El concepto de APS dice luego que la asistencia sanitaria estará “puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad”, lo que significa dar importancia a los principios de “COBERTURA Y ACCESIBILIDAD”.

Por “COBERTURA” se entiende que se deberá aportar asistencia sanitaria a toda la población

La “ACCESIBILIDAD” supone la forma en que los servicios de salud llegan a la toda comunidad, en forma continua y organizada y en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional.

Participación Comunitaria

El concepto de APS, refiriéndose a la comunidad continúa diciendo “...mediante su plena participación...” surgiendo de ello un importante principio: la PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. Y más adelante expresa “...con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...”.

La participación de la comunidad **“es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario”**.

El concepto de **participación comunitaria**, lejos de referirse a “opinar” casi pasivamente sobre los problemas y adecuarse a que sus opiniones puedan o no ser tomadas en cuenta, implica que las personas, mediante un proceso de aprendizaje, “actúan” u “operan” directamente sobre su propia salud. Llegan a conocer su situación y encuentran incentivos para resolver sus problemas comunes, en lugar de constituirse en beneficiarios pasivos del mismo.

Esto significa que pueden adquirir las aptitudes necesarias para valorar su situación de salud y planear y llevar a cabo alternativas viables, efectivas y aceptadas culturalmente.

Estos conceptos se sintetizan en los términos “...espíritu de AUTORRESPONSABILIDAD Y AUTODETERMINACIÓN”.

En este contexto el sistema de salud tiene la función de explicar, asesorar y dar información clara sobre las consecuencias favorables y adversas de las alternativas propuestas.

Intersectorialidad

Al decir que la APS “es también parte integrante del desarrollo global” se está significando por lo menos que:

- Se considera que la salud es una resultante de múltiples factores ligados al desarrollo.
- Se comprende que el sector salud por sí solo no puede lograr salud.

- Por lo tanto el sistema de salud motiva y participa con otros sectores de la vida nacional – particularmente los de mayor incidencia en salud- en la valoración y decisiones en materia de salud y desarrollo.
- Este es el principio de la “Intersectorialidad”.

Puerta de entrada o primer contacto

Este concepto implica que, organizado el sistema de salud en niveles de complejidad creciente y apoyándose en los principios de cobertura y accesibilidad, los individuos y las familias **ingresan al sistema por el nivel más bajo y amplio**, el primer nivel de atención, que es el instaurado en la propia comunidad de la que es parte y que le provee asistencia continua de salud para sus necesidades y problemas de menor complejidad. Luego, si fuera necesario, tiene la posibilidad de acceder a los niveles superiores, con la prontitud que garantiza un eficiente sistema de derivaciones.

De tal forma la APS involucra la función de seguimiento del individuo en los estadios de la enfermedad en que el tratamiento (recuperación) y la convalecencia (rehabilitación) pueden desarrollarse ambulatoriamente y con sistemas que la propia comunidad puede arbitrar.

Dimensiones de la APS

Hablamos de la Atención Primaria de la Salud como “estrategia” o curso de acción, la APS puede ser considerada:

Como política: lo que implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el DERECHO A LA SALUD como un Derecho Humano. Implica la participación comunitaria: la SALUD como DERECHO requiere de ciudadanos que quieran y puedan ejercer CIUDADANÍA.

Como modelo de organización de los servicios sanitarios que deben ser adecuados a las necesidades en materia de RRHH, recursos materiales y financieros.

Como conjunto de actividades intersectoriales de educación sanitaria, provisión de alimentos, saneamiento básico, inmunizaciones, abastecimiento de medicamentos.

Como un nivel de asistencia para acercar los servicios a los problemas de salud mediante la provisión de instalaciones y financiación, planificación y programación local, capacitación del equipo de salud, desarrollo de redes de atención.

VIGENCIA DE LA APS

Salud para Todos es una visión de salud poderosa, que se convirtió en la meta para lograr niveles de salud que permitieran a la gente tener una vida social y económicamente productiva. La atención primaria en salud (APS) fue el vehículo para lograr la meta y cada país lo tradujo de acuerdo a sus propias condiciones políticas, socioeconómicas y de salud.

Nos encontramos en el año 2018 y aún las metas establecidas por los países del mundo no se han hecho realidad, pero no por eso han dejado de tener vigencia.

Vale decir que la APS es una estrategia aún válida, que no ha perdido su reconocimiento, al contrario ha tomado mayor vigencia, y es aceptada como la única capaz de resolver los crecientes problemas de salud, en especial aquellos que son el emergente de los problemas sociales.

Logros de la Atención Primaria de Salud

La implementación de la APS ha logrado:

- Extensión de cobertura a áreas rurales y urbano-marginadas con desarrollo de programas prioritarios y primer nivel de atención
- Participación comunitaria
- Recursos Humanos: cambios de prácticas y contenidos de Salud Pública
- Ganancia neta en la esperanza de vida al nacer. Atribuible un 50% a la reducción de la mortalidad por causas transmisibles y cardiovasculares.

“Salud para todos en el año 2000 fue una meta valiente y ambiciosa. Pero incluso aquellos que la concibieron en 1978 no comprendieron por completo su significado. No debe extrañar, entonces, que aún se esté trabajando por ese sueño”.

Es indudable que las condiciones de salud han experimentado alguna evolución favorable, pero debe tomarse en consideración que ésta se observa comparando los valores actuales del indicador contra lo que arrojaban en el período inicial de la referencia, pero no contra lo que hubiera podido alcanzarse.

“Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de “Salud para Todos” y a la estrategia, también social y política, de la “atención primaria de salud”, no sólo subsisten sino que se han profundizado. Las grandes diferencias, las inequidades y la injusticia social dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud”.

Por esta razón la ONU estableció el Pacto de Desarrollo del Milenio que muestra una intencionalidad colectiva para reducir la pobreza con base en responsabilidades mutuas.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen la voluntad y decisión de los gobiernos de luchar contra la pobreza y su compromiso directo con los habitantes del mundo.

En el trazado de estos objetivos hay claros indicios de que en el mundo existe ahora una mayor voluntad y capacidad de dar respuesta a los problemas asociados con la pobreza y la preservación de la salud.

El defecto más grave de los actuales sistemas de salud es la falta de equidad, tanto en el interior de los países como entre ellos. Si perdura esta situación, se desvanecerán las esperanzas de paz y seguridad en el mundo.

CONCLUSIÓN:

Hasta el presente (y en el futuro previsible) la orientación global de Alma-Ata sigue vigente y aparece como el contexto más adecuado para bregar por la equidad en salud.

La tarea actual es, precisamente, revitalizar esa orientación y construir estructuras capaces de alcanzar, en cada ámbito nacional y en el marco de sus posibilidades reales, las metas de salud acordadas.

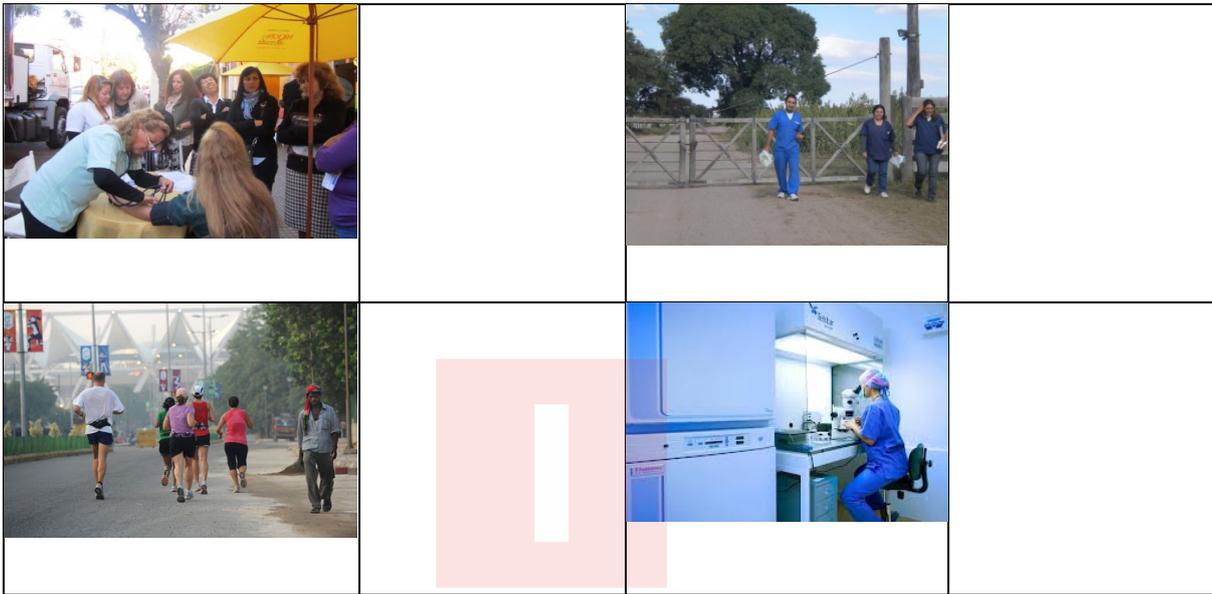
En este sentido, es preciso también reconocer que la estrategia de APS, debe constituir el núcleo de esa orientación, por lo que no se debe permitir que sea distorsionada y malinterpretada.

EJERCICIO



Revisa cada uno de los conceptos comprendidos en la estrategia de la APS y coloca al lado de cada imagen aquel o aquellos que correspondan





BIBLIOGRAFIA

- MARTÍN ZURRO, Armando y CANO PÉREZ, Juan Francisco. 2008. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. Madrid, España: ElSevier.
- MAZZAFERO, Vicente Enrique. Medicina y Salud Pública. Buenos Aires: Argentina. EUDEBA
- OPS-OMS. 1993. Manual de Atención Primaria de la Salud. Washington, USA.

UNIDAD IV

NOCIONES DE ADMINISTRACIÓN

Existen numerosas definiciones que permiten descifrar en que consiste esta actividad humana. Se puede decir que:

- Administrar es realizar actos mediante los cuales se busca el **aprovechamiento de los recursos** materiales, humanos, financieros y técnicos de una organización hacia el cumplimiento de los **objetivos** institucionales
- Administración es un proceso por el cual se **coordina** la utilización de los **recursos**, onerosos y escasos, desarrollado con **eficacia y eficiencia** y que permite la obtención de los **objetivos** pre determinados.

Se analizará a continuación esta definición:

Coordinar: significa que para poder administrar se necesita que todos los elementos comprendidos en dicha función trabajen en forma totalmente sincronizada y equilibrada. Se puede decir en sintonía total, no es otra cosa que el trabajo en equipo,

Recursos: cuando se habla de recursos se está refiriendo a edificios, instalaciones, equipos, rodados y también a personas, este último ha cobrado en el presente la relevancia que siempre debió tener surgiendo los conceptos de capital intelectual, **capital humano**, capital social. Los recursos son obviamente escasos y además onerosos, quiere decir que generan costos.

Eficacia y Eficiencia: eficacia significa el logro de los objetivos, la obtención de una meta o propósito que se había fijado previamente. Eficiencia se trata de que el logro de los objetivos se realice utilizando la menor cantidad de recursos posible.

Objetivos: nadie puede encarar una tarea un proyecto una actividad si no tiene establecido uno o varios fines a lograr, estos deben ser establecidos antes de decidir las acciones.

Administración es un arte y también es una ciencia porque es un conocimiento sistematizado, elaborado mediante observaciones, razonamientos y pruebas organizadas a partir de un método.

La Administración está compuesta también de **técnicas** que son las herramientas que están a disposición del administrador y que le ayudan a desempeñar sus actividades. Las técnicas son formas de hacer las cosas, métodos para lograr un determinado resultado con eficiencia.

LAS ORGANIZACIONES

La administración se implementa en las organizaciones.

Una organización es un conjunto de personas que manejan recursos, que poseen valores en común y que tienen objetivos compartidos y pre determinados.

Se puede observar que no hay organización posible sin personas, por lo cual es un elemento netamente social.

Por otra parte, una organización no puede prescindir de la tecnología que necesita para su desarrollo.

Una organización deberá ser dinámica y tendrá que ser observada bajo el concepto de un sistema abierto. Esto significa que todas las organizaciones interactúan con sus contextos que debieran siempre estar referenciado a un marco ético.

Una organización puede tener distintos fines, puede haber organizaciones religiosas, educativas, sanitarias, deportivas, con o sin fines de lucro, el Estado etc. todas estas organizaciones desempeñaran distintas actividades, tendrá distintos tamaños y distintas formas de propiedad.

FUNCIONES BÁSICAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

La teoría dentro de la línea propuesta por Fayol adopta cuatro elementos clásicos, básicos y esenciales:

1.- PLANIFICACIÓN: para que el esfuerzo de un grupo sea eficaz sus componentes deben saber que se espera de ellos, de esto se ocupa la función de planeamiento.

Abarca las actividades de diagnóstico de la institución y su entorno, el trazado de objetivos, metas y de las formas para alcanzarlos. Se necesitará tomar decisiones, es decir elegir entre cursos de acción posibles, teniendo en cuenta el riesgo asociado de cada alternativa.

2.- ORGANIZACIÓN: organizar entre otras cosas abarca:

- Asignación de los diversos recursos
- División de trabajo

- Diseño organizacional
- Establecer de donde viene la autoridad y principios de delegación
- Fijar la dotación del personal y realizar gestión de recursos humanos
- Establecer reglas para la administración del cambio y desarrollo organizacional
- Administrar el conflicto y la creatividad

3.- DIRECCIÓN: es la función que relaciona más directamente a los gerentes con sus subordinados. La dirección consiste en trabajar con otros y asegurar la eficacia de la organización. Puede ser realizada con una mezcla de poder formal y con liderazgo.

Los temas que comprenden la dirección son:

- Motivación, desempeño y satisfacción
- Liderazgos
- Grupos y comités
- Comunicación interpersonal y organizacional
- Carreras organizacionales y desarrollo individual

Motivación: es la fuerza que causa, canaliza y sostiene el comportamiento humano. Una de las características fundamentales de las personas es que son seres complejos que se desenvuelven en un ámbito contingente y sus motivaciones no son siempre fáciles de descubrir, se puede decir que motivación es el surgimiento y persistencia de un comportamiento que puede potenciar una conducta existente, modificarla, desactivarla o crear una conducta nueva

Liderazgo: el liderazgo gerencial es el proceso de influir positivamente en las actividades de los miembros del grupo relacionados con las tareas, produciendo una adhesión natural.

Grupos y comités: el grupo puede definirse como dos o más personas que interactúan entre sí, que se influyen mutuamente y que tienen una meta en común, en general en una organización existen 2 tipos de grupos:

- Formales: grupos de mando, comités, grupos especiales constituidos por jefes y subordinados
- Informales: que surgen cada vez que las personas se reúnen, interactúan por algún grado de afinidad.

4.- CONTROL: no se concibe una buena administración sin una vigilancia y seguimiento de las actividades. Se puede decir que el control administrativo es un esfuerzo sistemático para fijar niveles de desempeño, con objetivos de planeación, para comparar el desempeño real con los niveles determinados previamente, para determinar si hay desviaciones y para tomar las medidas tendientes a garantizar que todos los recursos se utilicen de la forma más eficaz.

Pasos del proceso del control:

- Establecer métodos y criterios para medir el desempeño
- Medir el desempeño
- Comparar lo medido con lo establecido
- Tomar medidas correctivas y preventivas

Tipo de métodos del control

- Preventivo, también llamado preliminar.
- Concurrente
- Control de retroalimentación

Concurrente: es el que permite vigilar la organización durante la realización de los procesos

Retroalimentación: son los que se realizan posteriormente al resultado de la acción. si los procesos tienen tiempos de ciclos breves, las correcciones son casi inmediatas y se evitan consecuencias indeseables.

En resumen ...

El administrador debe planificar para conocer los recursos con lo que cuenta, trazar objetivos y metas, fijar un cronograma y responsables. Debe también organizar, es decir distribuir el trabajo y los recursos correctamente, delegar y establecer la cadena de mando asignando supervisores, jefaturas etc. Luego dirigir lo cual implica relacionarse directamente para la realización y ejecución de las actividades. Por último, controlar o se realizar el seguimiento continuo de las actividades para ir produciendo cambios para lograr la calidad.

ADMINISTRACIÓN SANITARIA

La Administración en Salud o Administración Sanitaria es la ciencia social relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las organizaciones públicas y privadas orientadas al cuidado y fomento de la salud, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos. Es el campo relacionado con la gestión y administración de hospitales, redes sanitarias y sistemas de salud.

Administrar es utilizar los recursos disponibles para llevar adelante acciones que ayuden a conseguir los objetivos. Por ejemplo, se puede administrar el dinero, los recursos humanos o la infraestructura, el equipamiento etc. **Gestionar**, por su parte, es poner en marcha lo planificado durante la administración. Se puede gestionar un proceso de innovación y desarrollo.

HABILIDADES DEL ADMINISTRADOR

- Tener en claro los objetivos, compartirlos y trabajar para su logro. Organizaciones administradas a “perpetuidad” implica que el que suceda puede conocer y continuar la tarea del anterior administrador.
- Promotor de la participación permanente del equipo, escuchar aportes y utilizarlos, el personal asistencial es el que está en interacción con los pacientes, por lo tanto, conocen mejor las necesidades. También las de sus compañeros
- Ser capaz de tomar decisiones y ejecutarlas.
- Previsión sobre lo que pueda suceder, también planificar situaciones de emergencia sanitaria.
- Fomentar la buena comunicación.
- Selección del personal para que sea el adecuado a los objetivos de la institución y a las necesidades de los pacientes. Tener en cuenta también las relaciones que se establecen al interior de la institución entre el personal de diferentes sectores.
- Capacitación continua, necesaria en el ámbito de la salud.
- Uso efectivo de la autoridad, saber dirigir, saber ejercer autoridad no vinculada al poder que le confiere su orden jerárquico, sino por la búsqueda de consenso y el liderazgo.
- Ser motivador y entusiasta, que los procesos se realicen con fluidez.
- Mantener un sistema de información. Utilizar las herramientas informáticas para mejorar la información. Ej. Historias clínicas electrónicas, correos institucionalizados, etc.
- Reconocer y estar dispuestos a los cambios.

La Administración de Servicios de Salud es una de las disciplinas de la Salud Pública. Su función es la integración eficiente y efectiva de los recursos humanos, físicos y económicos para lograr una atención óptima de servicios de salud al paciente. El administrador procura que los recursos disponibles para la

promoción, protección y restauración de la salud y prevención de la enfermedad sean utilizados, tomando en consideración el conocimiento científico vigente sobre la salud y la enfermedad.



NOCIONES DE PLANIFICACIÓN EN SALUD

Hay muchas acciones que se realizan rutinariamente, ya sea en el hogar o con los amigos, cuando salimos de compras, en nuestros estudios y en el trabajo, y, sin embargo, pocas veces somos conscientes de su importancia, como sucede con la *planificación*.

Desde la perspectiva de nuestra rutina diaria, es fácil comprender por qué planificamos, de no hacerlo esto implicaría un alto riesgo de no poder alcanzar nuestro propósito, de no llegar al lugar deseado o no terminar lo que se quería, o en su defecto, llegar a un resultado que no era el deseado.

Por ello, no planificar implica tener muy posiblemente que enfrentar las contrariedades por el o los intentos fallidos.

La planificación trata de decidir **qué se quiere, a dónde se quiere llegar** en un tiempo determinado, **las acciones que se tomarán, los medios que se utilizarán y quiénes serán los responsables** de llegar hasta donde se desea.

Ante la imposibilidad del ser humano de conocer el futuro, intenta mediante la planificación minimizar los riesgos y aprovechar las oportunidades que se le presentan.

La planificación en organizaciones de salud se define como:

“Un proceso mediante el cual se precisan objetivos y se asignan recursos para su logro, utilizando determinadas técnicas que sitúan en el tiempo y en el espacio las metas que se persiguen.”

Características

La definición más elaborada señala que es un **proceso** porque incluye la entrada de insumos (recolección de información), se da una acción transformadora (análisis de la información y la toma de decisiones) y se obtiene un producto (un plan que define lo que se quiere lograr, cuándo y con qué recursos).

Este proceso es **sistémico** pues toma insumos que transforma en un producto, pero, a la vez, realimenta el flujo de tareas que implica y lo hace **continuo**; es **integral** porque para una mejor toma de decisiones, considera todos los factores que afectan las acciones de la organización para la cual se está planificando y es **racional** porque por una parte, hace uso de técnicas y herramientas científicas y, por otra, requiere de la decisión consciente sobre los cursos de acción que se tomarán.

Al construir una definición, se puede decir que la planificación es una herramienta de trabajo que conlleva un proceso de elección racional de las alternativas de acción y de la asignación de los recursos, con el fin de alcanzar los objetivos de la organización.

LA IMPORTANCIA DE PLANIFICAR

Lo que hace a la *planificación* una actividad importante en la gestión de las organizaciones, es el hecho de que los recursos siempre son escasos o limitados, mientras las necesidades son ilimitadas.

Ejemplo: el dinero que tenemos, es siempre una cantidad limitada aun cuando sea alta; el recurso humano en las organizaciones es un número finito de personas; la planta física es un espacio dado que no se puede extender en forma indefinida.

Que los recursos sean escasos, obliga a tratar de identificar los medios que permitan su mejor uso para alcanzar los propósitos definidos. Todo esto se refiere a que propicia el uso racional de los recursos y, con ello, el desarrollo de la organización.

¿Quién tiene que planificar?

La planificación no es una actividad exclusiva de expertos, por el contrario, está presente en muchas áreas de la vida humana, y tiene como fin, hacer el mejor uso de los recursos para alcanzar lo que se desea en un plazo determinado.

La planificación es tan importante en la empresa privada como en la pública y para su implementación exitosa, es conveniente observar varios elementos claves, como que sea un **proceso participativo**, definido según las condiciones de la organización y sus recursos, debe coadyuvar en la gestión y no constituir un obstáculo que se cumple por mero requisito administrativo, y debe partirse de un modelo sencillo que se irá ajustando y mejorando conforme se logre mayor experiencia.

ETAPAS

La planificación como un proceso, se cumple en tres etapas. La primera etapa, la de **formulación** del plan, va desde la búsqueda de la información para elaborar el diagnóstico, hasta la discusión y aprobación del plan.

La segunda etapa es la de la **implementación y ejecución del plan** y la tercera y última, la de **control y evaluación**, que sirve de realimentación al proceso para los ajustes que correspondan.

No obstante, cabe apuntar que estas etapas no son estrictamente secuenciales, pues es posible alterar el orden con el fin de hacer ajustes, según lo requieran las condiciones; es decir, que el proceso debe ser

flexible, sin que esto signifique que todo puede variarse en cualquier momento, sino más bien, cuando las condiciones así lo ameriten, pues de lo contrario, no sería posible alcanzar el horizonte definido. A continuación, se detalla cada una de las etapas del proceso de planificación.

1.- LA FORMULACIÓN

La formulación del plan consiste en la toma de decisiones sobre los cursos de acción que se tomarán en las diferentes alternativas posibles, lo cual implica definir dónde se quiere llegar, cuándo, con qué recursos y quiénes serán los responsables.

Diagnóstico de la situación

Como paso inicial para la elaboración de un plan, es necesario conocer el entorno de la organización, las condiciones tanto internas como externas, que permitan comprender cómo la afectan; a partir de ahí decidir los medios que se utilizarán, para aprovechar los aspectos positivos y enfrentar los negativos, y de esta forma alcanzar los objetivos.

El análisis de la situación debe incluir tanto al ambiente interno como el externo.

Ambiente interno

En lo que corresponde al ambiente interno, se trata de conocer cuál es la situación de la organización, cómo está estructurada, cómo se dan sus procesos, cuáles son los lineamientos que la rigen, cuáles son las condiciones de sus recursos, entre otros aspectos, por ello, debe contar con información como:

Las políticas y directrices generales de la organización: estas son las pautas generales sobre la prestación de servicios.

La organización administrativa: son las líneas de coordinación con otras instancias, líneas de mando, sistemas de información, responsabilidades legales, procesos de trabajo, normas y procedimientos.

Los recursos disponibles: se refiere al recurso humano, la capacidad financiera, la disposición de planta física, equipo y materiales

Las condiciones de su oferta de servicios: esto es respetando la capacidad de producción, la calidad de sus servicios, las posibilidades de crecimiento y desarrollo de los servicios.

Ambiente externo

En lo referente al entorno exterior, es necesario conocer las condiciones de la comunidad donde está ubicada la organización, pero, además, las del país en general que también le afectarán, así como los elementos políticos, sociales y económicos que afectan la situación de salud de la población, y que producen algún impacto sobre la demanda de servicios. Por ello, se deben incluir dentro del análisis externo aspectos como:

Las necesidades y problemas de salud de los usuarios: referente a las condiciones de vida de los grupos sociales, a la morbi-mortalidad, las tendencias epidemiológicas, entre otros.

Tendencias demográficas: se refiere al crecimiento de la población, evolución por grupos de edad, migraciones.

Las condiciones socio-económicas de la comunidad y del país en general, como crecimiento de la economía, inflación, empleo, política salarial, educación, vivienda

Tendencias políticas y lineamientos de gobierno y en particular, las del Sector Salud

Una de las técnicas utilizadas

El análisis de situación constituye un insumo para el diagnóstico general, pues mucha de la información que se requiere ya ha sido recolectada

El FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) es una herramienta comúnmente utilizada para el análisis de la situación; con esa información se presenta un cuadro de la situación actual sobre los elementos que componen el FODA.

Definición de objetivos

Cuando ya se ha acordado el futuro que se desea en un período determinado y se han definido los cursos de acción para llegar allí, se deben establecer los objetivos y las metas.

Estos elementos reflejan las decisiones tomadas en cuanto a lo que se desea lograr.

Los objetivos definirán qué y para qué se va a hacer.

El objetivo se define como la descripción de un deseo general que se intenta lograr, el cual debe ser enunciado en forma clara, realista y breve, así como debe ser razonable, medible y traducible a acciones.

Pueden elaborarse objetivos generales y específicos, de acuerdo con el alcance que tengan.

Los **objetivos generales** señalan en forma global, lo que se desea alcanzar y los objetivos específicos detallan los alcances de los generales, establecen logros parciales. En conjunto, los objetivos específicos deben concluir a lograr el objetivo general.

Definición de las metas:

Concepto: las metas indicarán **cuánto y cuándo**, de los objetivos se quiere lograr en un tiempo definido, es decir, que amplían lo propuesto en el objetivo.

Mediante las metas se mide el grado de avance en el logro de un objetivo, por eso deben ser medibles y fácilmente verificables, así como deben ser redactadas en forma clara.

Para la redacción de una meta se debe incluir la respuesta a interrogantes como los siguientes: **que se desea, qué tipo (cantidad y calidad), para quién, por quiénes y cuándo**, en relación con los objetivos.

Cada objetivo puede tener una o más metas.

Identificación y programación de las actividades y los recursos

Con base en los objetivos y las metas planteadas, se realiza la identificación y programación de los recursos. Esta etapa llamada programación es la definición racional de las **actividades**, los **recursos** y el **tiempo** que requerirá cada una de las metas para ser alcanzadas.

2.- LA EJECUCIÓN DEL PLAN

La ejecución del plan es el final lógico esperado, es decir, el plan se elabora con el fin de ponerlo en práctica. En el sentido estricto de la administración, la ejecución del plan ya no es parte del proceso de planificación; sin embargo, su importancia es tanta como la elaboración, pues como antes se señaló, la planificación no es un fin en sí misma, sino es más bien una herramienta de trabajo para identificar el mejor curso de acción para alcanzar los objetivos de la organización y hacer uso óptimo de los recursos. El plan debe ser aprobado, divulgado y puesto en práctica.

Además de una efectiva divulgación y asignación de las responsabilidades, la organización debe identificar los ajustes que deben realizarse para la ejecución del plan, como las necesidades administrativas del plan, el establecimiento de líneas de coordinación, la definición o adecuación de los sistemas y procedimientos administrativos, el ambiente físico y laboral.

3.- EL CONTROL Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El éxito o fracaso de la ejecución del plan se mide mediante el control y evaluación del cumplimiento de sus objetivos y metas.

El control y la evaluación del plan son necesarios, con el fin de velar por su cumplimiento y para introducir mejoras o medidas correctivas cuando las condiciones así lo ameriten, de modo que se asegure el logro de los objetivos y metas.

Generalmente se interpretan los términos control y evaluación como sinónimos, sin embargo, vale señalar que el control se refiere a la comparación de lo que se va logrando con respecto a lo propuesto.

El control se lleva a cabo con regularidad, de modo que se puedan identificar desviaciones y se pueda corregir rápidamente.

La evaluación requiere de la información que se obtiene mediante el control, para efectuar el análisis sobre los factores que inciden en el cumplimiento de los objetivos y metas: si hay diferencias entre lo propuesto y lo alcanzado, la evaluación identifica los factores y la forma en que inciden sobre el cumplimiento de lo propuesto.

Para llevar a cabo el control y la evaluación, antes es necesario la definición de los indicadores, que son los que señalan la forma en que se medirá el avance en el logro de los objetivos y las metas.

Un indicador se define “como una medición cuantitativa de variables o condiciones determinadas, mediante la cual es posible entender o explicar una realidad o un fenómeno en particular y su evolución en el tiempo”.

BIBLIOGRAFÍA:

- Blanco Restrepo, Jorge Humberto; José María Maya Mejía (2006). Administración de servicios de salud (2da edición). Corporación para Investigaciones Biológicas. p. 46.
- Barrenechea, J. Trujillo, E, De Chorny A. 1991. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. Universidad de Antioquia. Colombia.
- De Chorny A, “Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes”, en Cuadernos Médicos Sociales, 73: 23-44. Mayo de 1998. Rosario. Argentina
- Gobierno de Tucumán. Secretaría de estado de Planeamiento. Dirección de modernización. Manual metodológico para la planificación estratégica. Mayo 2004. <http://www.tucuman.gov.ar/planeamiento/planificacion/productos.htm>
- Matus, Carlos. 1985. Planificación, Libertad y Conflicto. Ed. IVEPLAN, Venezuela,
- Ministerio de Salud de la Nación. 2017. Curso Salud Social y Comunitaria. Modulo 4 . Herramientas para la Planificación y Programación Local. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001029cnt-modulo_4_herramientas-planificacion-programacion-local.pdf
- Niremborg O, Braverman J.; Ruiz V. 2003. Programación y evaluación de proyectos sociales: aportes para la racionalidad y la transparencia. BsAs, Edit. Paidós.
- Paganini, J. M. Programación en los Sistemas Locales de Salud. Publicación Científica Nº 519. OPS/OMS. Washington D.C. 1990. λ
- Testa, M. 1989. Pensamiento estratégico y lógica de la programación. El caso de salud, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- DEVER, Alan. 1991. *Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud*. 1era Edición. México. OPS/OMS.

- LEMUS, Jorge y otros. 2009. *Administración Sanitaria y de Organizaciones de atención de la Salud*. Rosario Argentina. Corpus. Disponible en: http://www.academia.edu/21804773/LIBRO_Administracion_Hospitalaria_y_de_Organizaciones_de_Atencion_de_la_Salud
- MAZZAFERO, Vicente Enrique. 1999. *Medicina y Salud Pública*. Buenos Aires: Argentina. EUDEBA.
- RAMOS DOMINGUEZ, Benito. 2011. *Control de Calidad de la Atención de Salud*. La Habana. Editorial de Ciencias Médicas.

UNIDAD V

SISTEMAS DE SALUD

Un sistema es un conjunto de elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí para lograr un objetivo.

El concepto de **sistema de salud**, hace referencia a la **estructura** existente en un determinado territorio para **brindar asistencia sanitaria a la población**.

Engloba la totalidad de las acciones que la sociedad y el Estado emprenden en salud o sea es la respuesta social a los problemas de salud.

Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales.

Un buen sistema debe ser universal es decir que todos tengan acceso a él, debe ser integral es decir que brinde respuestas a diversos problemas, debe ser equitativo, privilegiando a los que más necesitan y debe mejorar la vida cotidiana de las personas de forma tangible.

Una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal está obteniendo un beneficio del sistema de salud. Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su barrio de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un servicio ambulatorio cerca de su casa.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno nacional, pero también resulta fundamental la buena dirección por parte de las provincias, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.

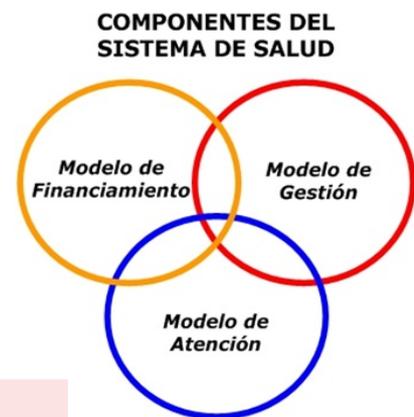
Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos.

COMPONENTES DE UN SISTEMA DE SALUD

El término “sistema de salud” incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

Todo sistema de salud se puede pensar como la articulación de tres componentes:

- **Político**, que llamaremos modelo de gestión
- **Económico**, que llamaremos modelo de financiamiento; y
- **Técnico**, que llamaremos modelo de atención o modelo asistencial.



MODELO DE GESTIÓN

Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones.

Un modelo de gestión depende de la definición que se dé a las prioridades del sistema.

En el análisis de los sistemas de salud se pueden distinguir dos aspectos centrales respecto del modelo de gestión: los valores que guían al sistema ¿universalidad de la cobertura o efectividad de las acciones? y las funciones del Estado en Salud (informar a la población, proveer directamente servicios, financiar servicios y regular el mercado).

MODELO DE FINANCIACIÓN

Hace referencia a quién y cómo se deben financiar las acciones en salud, dando respuesta a:

¿Cuánto se debe gastar en salud? Se ha comprobado que aumentar el gasto en salud no siempre significa mejor salud para la gente. Además, es posible afirmar que está ligado al rol que el Estado desempeña en salud.

¿De dónde provendrán los recursos? Es posible afirmar que muchos países expandieron sus sistemas de salud con la incorporación de las contribuciones sociales basadas en el trabajo (impuesto al trabajo)

¿Cómo se asignarán los recursos? En este punto se discute como financiar sistemas locales y como pagar la compra de servicios médicos.

MODELO DE ATENCIÓN

Es una cuestión médico sanitaria. Define qué tipo de acciones, prestaciones y servicios se deben brindar a la población o sea ¿qué cubrir?

También se definen criterios de inclusión en el sistema o sea ¿A quién cubrir?

¿Cómo y dónde prestar servicios? O sea qué prestadores y cómo distribuir la oferta de servicios.

TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD

En ningún país existe un sistema de salud de un solo tipo, pero pueden describirse tipos o modelos ideales

Modelo Universalista

Se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Este modelo privilegia al Estado como proveedor de servicios.

Modelo del Seguro Social

Es un esquema de protección social cuya principal característica es su vinculación al mundo del trabajo. Implica un seguro del cual los participantes no se pueden sustraer, es decir donde la participación es compulsiva. Este modelo se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. El financiamiento es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar, aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. Las obras Sociales en la Argentina corresponden a este modelo.

Modelo de Seguros Privados

En la actualidad cuando se habla de seguros privados o Entidades Prepagas de salud, se hace referencia a un esquema de protección en salud de elección y financiación individual. En este modelo hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública. El país donde el sistema de seguros privados de salud ha alcanzado el mayor desarrollo es Estados Unidos de Norteamérica donde hay más de 1.500 seguros privados, lo que revela la característica organizacional de la fragmentación.

Modelo Asistencialista

Refiere un esquema de protección social focalizado en los excluidos o sectores más vulnerables.

La concepción liberal clásica plantea a la salud como cuestión individual. A partir de ella no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial.

De forma inversa que en el modelo universalista, desde esta óptica la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos. Por este motivo, el denominado "Estado Mínimo" sólo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y necesitados. A su vez, por definición, las acciones de salud serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hagan responsables por su propia salud.

EN RESÚMEN:

MODELO	GESTIÓN	FINANCIACIÓN
UNIVERSALISTA	Estado	Impuestos Generales
DEL SEGURO SOCIAL	Obras sociales	Aportes y contribuciones
DE SEGUROS PRIVADOS	Entidades Prepagas	Aportes de los afiliados
ASISTENCIALISTA	Prestadores	Paciente

ORGANIZACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud están compuestos por establecimientos que se organizan en distintos niveles de acuerdo con un modelo de atención definido.

NIVELES DE ATENCIÓN

La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud (OPS / OMS, 1986).

Es una forma de organización en la cual se relacionan los servicios de salud con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población

Es decir, dependen de la complejidad de los casos de enfermedad a atender y de los recursos necesarios para poder resolver los problemas que dichas patologías presentan.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a la **atención, prevención y promoción** de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud. En ellos se atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad.

Por lo tanto, en este nivel se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta *-demanda espontánea de morbilidad percibida-*. Como así también, la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud *-demanda oculta-* que habitualmente se trata de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

Dentro de este nivel están comprendidos: los centros de salud, los CAPS; las postas y unidades sanitarias, las salas de primeros auxilios. En nuestro país, también se ha incluido a los consultorios externos de hospitales de baja complejidad en zonas rurales, cuando tienen a su cargo un área programática. La mayor parte de los problemas de salud que se consultan por la población se pueden resolver **allí**, (entre el 70 y 80% de la población).

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Se trata de instituciones de salud, con internación en servicios básicos: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel.

Incluye la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud más específicos como: neurología, traumatología, cardiología, etc.

Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples

Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades.

Exige mayor complejidad.

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología. Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras) infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias.

Debe recibir las derivaciones del segundo nivel de atención.



NIVELES DE COMPLEJIDAD

Las características de los establecimientos se clasifican según las pautas nacionales de la “Guía para la Clasificación de los Establecimientos de Atención Médica por niveles de complejidad”.

Esta normativa define el nivel de los establecimientos asistenciales teniendo en cuenta la diversificación de las actividades que realizan y, por ende, el grado de diferenciación de sus servicios.

- **NIVEL I:** Atención exclusivamente ambulatoria. Visita periódica programada de médico generalista y atención permanente de enfermería.
- **NIVEL II:** Similar al anterior, a lo que se agrega visita periódica de odontólogo, laboratorio e imágenes elemental.
- **NIVEL III:** Cuenta con médico generalista en forma permanente, lo que permite agregar la atención de pacientes internados. Brinda medicina general y obstétrica y posee laboratorio y radiología elementales.
- **NIVEL IV:** Posee diferenciación en las cuatro clínicas básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología, tanto en consultorio como en internación y odontología en forma permanente. Se realiza cirugía como actividad regular.
- **NIVEL V:** atención ambulatoria diferenciada en las especialidades básicas. Cuenta con Laboratorio y Radiología.
- **NIVEL VI:** A las cuatro clínicas básicas se agregan otras especialidades quirúrgicas, tanto en consultorio como en internación. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento se hacen más complejos y aparecen anatomía patológica y electrodiagnóstico.
- **NIVEL VII:** Servicios Ambulatorios especializados y con prácticas quirúrgicas.
- **NIVEL VIII:** Amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que incluyen servicios como radioterapia, medicina nuclear y terapia intensiva. El espectro de especialidades que cubre le permite resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas médicos.
- **NIVEL IX:** Se agrega docencia e investigación.

DESCENTRALIZACIÓN Y REGIONALIZACIÓN

La **descentralización en salud** es la transferencia del poder, la responsabilidad y los recursos para cumplir objetivos sanitarios, desde los niveles centrales del Estado a las unidades jurisdiccionales menores: de la Nación a las Provincias, de las Provincias a los municipios, desde cualquier nivel del Estado a una institución pública o privada.

Es una estrategia vinculada a los procesos de democratización y participación popular y para los cuales se requiere de autoridad para identificar problemas, tomar decisiones y manejar herramientas técnico-administrativas para la correcta administración de los presupuestos, el personal, los abastecimientos, la información y las tecnologías.

La descentralización significa una redistribución de poder, ya que el nivel central transfiere autoridad y recursos.

Regionalización implica la división de un territorio extenso en áreas geográficas menores, llamadas regiones o zonas sanitarias, y a partir de ello lograr la organización y coordinación de los servicios sanitarios para su mejor utilización.

Se basa en la descentralización hacia las zonas o regiones buscando facilitar el acceso y ofrecer servicios de calidad dando una respuesta rápida.

La división de un territorio en regiones se basa en criterios geográficos, epidemiológicos y sociales.

Área Programática

Son zonas geográficas con una población definida que está a cargo de un hospital general.

Por ejemplo, el Hospital General Roca tiene influencia en su área programa que tiene una delimitación geográfica precisa, comprende determinados barrios y realiza en ellos acciones preventivas, de asistencia y educación para la salud. Es decir, actividades integradas e integrales de salud, para la población residente y en tránsito, de cualquier edad y sexo, y también tareas de conservación y mejoramiento del medio ambiente.

Se trata de una estrategia sanitaria que tiende a satisfacer las demandas de salud del vecino, especialmente aquellas que se producen fuera de los muros del Hospital, con acciones orientadas a promover la salud y prevenir la enfermedad, siendo verdadero puente hospital-comunidad.

REDES SANITARIAS - SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Los establecimientos de salud se relacionan entre sí a través de sistemas de referencia y contra referencia de pacientes, conformando lo que se denomina "red de atención o de servicios de salud".

Red es "una forma de organización social que permite a un grupo de personas o instituciones potenciar sus recursos y contribuir a la solución de problemas reales".

Es decir, su objetivo fundamental es la construcción de vínculos para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades.

En salud es necesario crear una "red de instituciones organizados en forma escalonada por niveles de complejidad creciente, que prestan servicios de salud a una población definida, y que están dispuestas a rendir cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población a la que sirven".

A esto responde la iniciativa de la OPS de crear Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), basadas en la Atención Primaria de Salud.

Del concepto de red sanitaria surge el de **Referencia y Contrareferencia** que es un procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción y regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna e integral.

Es una herramienta clave para lograr un sistema de salud regionalizado y descentralizado, basado en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Para lograrlo es necesario definir y aprobar criterios y normas de derivación entre hospitales de distinto nivel de complejidad.

Referencia es la remisión de pacientes por parte de una institución de salud a otra con un grado mayor de complejidad, para dar continuidad a la atención, de acuerdo a normativas establecidas.

Contrareferencia es la respuesta de los prestadores que recibieron el paciente a quien se los remitió.

Remisión es el procedimiento por el cual se transfiere la atención de salud transfiriendo la responsabilidad legal.

Interconsulta es la solicitud elevada por el profesional responsable de la atención del usuario a otros profesionales para que den una opinión diagnóstica y terapéutica sobre las conductas a seguir sin transferir la responsabilidad legal directa del manejo del paciente

SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)

Un SISTEMA LOCAL DE SALUD es el conjunto de recursos y actores sociales, situados en un espacio geográfico-poblacional determinado y vinculado a una instancia de poder político y administrativo (generalmente el ámbito de un municipio), que es capaz de brindar una respuesta social organizada a las necesidades y demandas de salud de los conjuntos sociales que lo habitan, articulando los recursos institucionales y comunitarios disponibles hacia la producción social de la salud.

La finalidad de un sistema local de salud es el desarrollo integral de la salud de sus comunidades, en base a una estrategia de promoción de la salud en estrecha relación con la equidad y el desarrollo económico. En los SILOS se produce la articulación entre lo social y lo económico, transformándose en un binomio indivisible de salud, bienestar y desarrollo.

Los recursos que operan en el sistema pertenecen no sólo al sector salud, sino también a otros sectores componentes del desarrollo social a nivel local, ya sean institucionales o comunitarios.

Desde luego, no puede concebirse un sistema local de salud, sin una red de servicios adecuada en cantidad y calidad a las necesidades y demandas de la población bajo responsabilidad. Esta red, conformada con todos los recursos existentes en el espacio local, debe articularse según niveles de atención, a fin de asistir todas las necesidades de salud.

Pero también las formas y mecanismos de interacción de la población con los servicios de salud, así como la estructura social de apoyo y su propio comportamiento para proteger y buscar solución a sus problemas de salud, son componentes esenciales de un sistema local de salud.

COBERTURA UNIVERSAL

La cobertura universal de salud implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo.

Aportes de cátedra

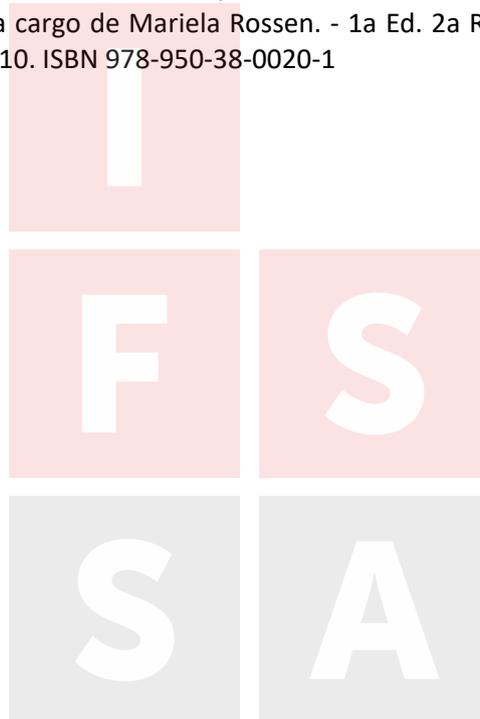


- <http://new.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>
- https://salud.rionegro.gov.ar/salud/wp-content/uploads/documentos/plan_provincial_salud/Plan_Salud_2014-2015.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- González García G. Y Tobar, F. 2004. *Salud Para Los Argentinos*. Ediciones Isalud. Argentina.
- González García G. Y Tobar, F. 1997. *Más Salud Por El Mismo Dinero*. Ediciones Isalud. Argentina.
- KATZ, Jorge. 1993. *El sector salud en la República Argentina*. Primera edición. Fondo de Cultura Económica de Argentina.

- TOBAR, Federico 2003. Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y Sociedad. Argentina.
- M Ackinson, G. 1999. "Salud Pública, Asignación de Recursos y Justicia", En Cuadernos De Bioética (57-65). Argentina.
- Ministerio De Bienestar Social. 1972. *Las Obras Sociales en La República Argentina*. (2a. Edición). INOS. Argentina.
- Ministerio de Salud Pública Y Medio Ambiente. Área De Recursos Financieros. 1982. *Encuesta De Utilización De Servicios Y Atención Médica*. Argentina.
- **POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA, Programa Médicos Comunitarios**, Módulo 5: Políticas De Salud / Ginés González García; Con Colaboración De Mariela Rossen; Edición Literaria a cargo de Mariela Rossen. - 1a Ed. 2a Reimp. - Buenos Aires, Ministerio De Salud De La Nación, 2010. ISBN 978-950-38-0020-1



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR