

II. ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD REALIDAD, DIFICULTADES Y PERSPECTIVAS

Carlos D. Trad Fager, Médico Lic. en Administración Pública.
Director de la Región Cuyo del Instituto de Servicios Sociales para Personal Ferroviario.

RESUMEN

Atención Primaria de la Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, al alcance de la comunidad y a costos soportables.

Sus elementos esenciales son: educación para la salud, fomento de nutrición adecuada, suministro de agua y saneamiento básico, atención de la salud materno-infantil, inmunizaciones, prevención y control de endemias, tratamientos apropiados y provisión de medicamentos esenciales.

Su núcleo central es la participación de la comunidad, la concepción de salud, la descentralización operativa y la tecnología apropiada.

El crecimiento de la pobreza urbana y rural en la Argentina, y en especial en Cuyo, la hacen imperiosa. Los problemas de pobreza, nutrición, vivienda, saneamiento ambiental y la complejidad actual de la morbilidad urgen su aplicación.

Se sostiene y fundamenta el criterio que no es "medicina para pobres", sino que debe asentarse en sólidas concepciones de equidad.

Las causales de su no implementación habitualmente son: gobiernos no participativos, centralistas, y modelos sanitarios biologicistas, individualistas y mercantilizados.

La Argentina, en su actual experiencia democrática y a través de la integración de sus sectores sanitarios y sociales, puede aplicar la atención primaria de la salud con éxito.

SUMMARY

Basic health care is the essential sanitary care, based on practical methods and technology developed on scientific and socially accepted principles, for the benefit of the population and within its reach.

The essential elements of basic health care are: health education, development of good nutritional habits, water supply, basic sanitation, maternal and child care, immunization, prevention and control of endemic diseases, correct treatments and adequate essential drug supplies.

The clue to basic health care is active participation of the community, the people's exact knowledge of the basic principles of health, operative decentralization and correct technology.

The increasing impoverishment of urban and rural Argentine areas with special emphasis in Cuyo, make basic health care mandatory.

Problems like poverty, nutrition, housing, environmental sanitation and today's complex morbidity urge us to apply the program on basic health care without further delay. The criterium that it is not "medical care for the poor" but medical care for all, is emphasized. A non-participant and centralized governmental policy and biologic, individualistic and mercantilist models have postponed the implementation of this program up to now.

Argentina, having now a democratic political system, and by integrating all the social and sanitary groups, is in position to apply a program of basic health care successfully.

INTRODUCCION

"Estamos absolutamente convencidos que mucho más importante que enseñar al estudiante una cantidad cada vez mayor de conocimientos, es enseñarle a utilizar adecuadamente unos pocos y a valerse correctamente de sus propios mecanismos mentales. Mucho más importante, mucho más útil y mucho más trascendente que formar un médico que sepa, es formar uno que comprenda. La meta de nuestra enseñanza no habrá de ser el saber, sino la comprensión, la comprensión de la salud, la comprensión de la enfermedad, la comprensión del ser humano en quien se dan estas circunstancias. En este momento de la evolución de la medicina en que el culto por la tecnología ha llegado a límites casi idolátricos, a cada paso nos encontramos con médicos que saben mucho pero no entienden nada" (Prof. Dr. R. Muratorio Posse).⁽²¹⁾

CONTENIDOS BASICOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

¿Qué es atención primaria de la salud?

La gran mayoría de los países del mundo, reunidos en un pequeño pueblo de Rusia, decidieron el 12 de

setiembre de 1978 volver a las fuentes a través de un documento que lleva el nombre de "Declaración de Alma-Ata", y volver a hacer del hombre el sujeto (además del objeto) de la Salud.⁽³¹⁾

La atención primaria de la salud es "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de toda la comunidad, a un costo que ésta pueda soportar".⁽²⁴⁾

La salud para todos es un concepto global cuya aplicación exige el despliegue de esfuerzos en la agricultura, la industria, la enseñanza, la vivienda y las comunicaciones, en la medicina y en la salud pública. Asistencia médica por sí sola no puede llevar la salud a una población que tiene pésimas condiciones de vida (Mahler, A.).⁽²¹⁾

Se proyectó incorporar los ocho puntos esenciales de una atención médico-social integral antes del año 2000 y el slogan fue el de "Salud para todos en el año 2000".

Los elementos esenciales de la atención primaria según fue definida en Alma-Ata pueden sintetizarse de la siguiente forma:

- 1) Educación enfocada a los principales problemas de salud y a los métodos de prevenirlos y controlarlos;
- 2) Fomento del suministro de alimentos y de la nutrición adecuada;
- 3) Suministro de agua salubre y saneamiento básico;
- 4) Atención de salud materno-infantil que incluye planificación de la familia;
- 5) Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- 6) Prevención y control de las enfermedades endémicas;
- 7) Tratamiento apropiado de las enfermedades comunes y de las heridas;
- 8) Provisión de medicamentos esenciales.¹¹⁷⁻²⁶

Esto nos recuerda aquel hermoso texto de Hipócrates que decía: "Cuando uno llega a una ciudad en la cual es extraño debe considerar su situación, y cómo está orientada en relación con los vientos y el sol, al sol levante o al sol poniente. Uno debe estudiar atentamente las aguas que los habitantes usan, si son pantanosas y blandas o duras y provenientes de lugares elevados y rocosos, y luego si son salobres e inadecuadas para cocinar; y el terreno, si es desolado y deficiente en agua o arbolado y bien provisto de agua, y si está en un lugar profundo y encerrado o si es elevado y frío; y el modo cómo viven los habitantes y cuáles son sus ocupaciones, si son aficionados a beber y comen en exceso y dados a la indolencia, o si son amantes del ejercicio y del trabajo" (Hipócrates: "De los Aires, Aguas y Lugares").

En 1982, la UNICEF aprobó el método selectivo de atención primaria de salud a partir de la concepción de que su objetivo, aunque noble, era inalcanzable por medio de métodos globales. Definió en ese entonces un programa de atención primaria dirigido a los niños y a las mujeres embarazadas consistente fundamentalmente en la utilización de gráficos de crecimiento para controlar el desarrollo infantil, en la rehidratación oral por medio de sales, en el fomento de la lactancia natural, en inmunizaciones específicas, en suplemento alimentario para madres y niños y planificación familiar con énfasis en la limitación de los nacimientos. Este proyecto, sin embargo, no ha prosperado y se mantiene el criterio de una atención primaria de la salud totalizadora.¹⁹

¿A QUIENES VA DIRIGIDA?

La atención primaria de la salud deberá ser aplicada en las poblaciones urbanas y rurales, pero hasta el presente, toda la literatura utilizable habla de áreas rurales y eventualmente en áreas periurbanas.

Si el área urbana para la Organización Mundial de la Salud son los centros poblacionales con más de 20.000 habitantes y el área rural es aquella no urbana: hay importantes núcleos de población que deberán considerarse como rural e incluso grandes agrupaciones humanas, periurbanas. Sin tener la categoría de urbanos son producto de la migración rural y se están constituyendo en poblaciones inestables que rodean a las grandes capitales.

Nuestro censo nacional de población de 1980 reconoce como población urbana a toda aquella que agrupa más de 2.000 habitantes y rural a las poblaciones agrupadas inferiores a 1.999 habitantes; esto muestra para la Argentina una población urbana global de 83 % (23.192.892 habitantes) y una población rural de 17 % (4.754.554 habitantes), y para los casos particulares de Mendoza: urbana, 68,9 % (824.430 habitantes); rural, 31,1 % (371.798 habitantes); San Juan: urbana, 72 % (335.376 habitantes); rural, 28 % (130.600 habitantes), y San Luis: urbana, 70 % (130.170 habitantes), y rural, 30 % (64.246 habitantes). Visualizamos una alta urbanización en nuestra población en el área de Cuyo.¹²

Se estima que hacia el año 2000 la población urbana mundial estará en el orden de 55 % del total de población con una importante metropolización en cuanto a su lugar de asentamiento.

América Latina, en 1980 poseía ya 64,5 % de población urbana y se espera que hacia el año 2000 llegue a ser en el orden de 72,6 %. Nuestras ciudades tendrán entonces entre 435 a 600 millones de habitantes para esa época, esto plantea la seriedad del problema de metropolización y la conveniencia de replantear los sistemas de atención médica no sólo en el área periurbana y rural, sino también en las áreas urbanas.

Desde la perspectiva de necesidades básicas insatisfechas según el Mapa de la Pobreza recientemente releado (1985), uno de cada cuatro argentinos padece necesidades básicas insatisfechas (Argentina: 22,3 % de su población total), siendo esta cifra para Mendoza de 20,4 % de su población total y agravándose aún más en las poblaciones de San Juan y de San Luis, que presentan necesidades básicas insatisfechas en 26 % y en 27,7 %. Estas necesidades básicas fueron definidas como alojamientos con más de tres habitantes por habitación, vivienda sin piso de concreto, con precariedades manifiestas, condiciones sanitarias limitadas por la falta de retretes, sanitarios, inasistencia escolar de menores de 6 a 12 años que conviven en la familia y disminución en la capacidad de subsistencia dada por la presencia de más de cuatro personas por cada adulto ocupado.

Las poblaciones periurbanas tienen una altísima densidad de pobreza, la que ha sido considerada para ciudades como México, de 46 % de su población total (6.900.000 habitantes en condiciones de severa pobreza), 31 % en el área periurbana de San Pablo (con alrededor de 34 millones de habitantes), y 32 % en Caracas (con alrededor de 3,5 millones de habitantes). Los factores de riesgo de las poblaciones periurbanas y rurales están equilibrados; la pobreza a partir de la ociosidad de la mano de obra rural desplazada por tecnología cada vez más sofisticada en el agro, y en las industrias intermedias y limitada en el reclamo de sus derechos laborales por la ausencia de organización y de derechos laborales, ha llevado a situaciones de extrema pobreza que requieren importantes modificaciones: en la redistribución del ingreso medio, en el manejo de los bienes de propiedad, en definitiva: Justicia Social.

La nutrición en las áreas periurbanas parece más comprometida que en las mismas áreas rurales donde podría encontrarse alimento en situaciones de severa dificultad. La mortalidad en los menores de 1 a 4 años

en San Pablo ha sido más alta que la de las zonas rurales, y según los análisis del Banco Mundial, mientras las áreas periurbanas de San Pablo y Río de Janeiro están en 2.050 calorías por habitante-día, en las áreas rurales trepan a 2.280.^{112,113}

La penuria de vivienda es, sin embargo, algo más grave en las zonas rurales; la decrepitud, el deterioro, los movimientos poblacionales han producido un déficit severo de vivienda en el ámbito rural, no siendo mucho mejor la situación en las áreas periurbanas, donde los inquilinatos, las viviendas compartidas con altos índices del hacinamiento agravan también esta situación.

Del análisis para la provincia de Mendoza de necesidades básicas insatisfechas, se encuentra en progresivo deterioro según disminuyen los números de habitantes por áreas urbanas, aquellas localidades con 50.000 habitantes tienen 14 % de familias con necesidades básicas insatisfechas; aquellas localidades de 10.000 a 49.999 habitantes tienen 16,4 % de familias con necesidades básicas insatisfechas; aquellas de 2.000 a 9.999 habitantes tienen 22,7 % de familias con necesidades básicas insatisfechas, y llegamos a las localidades de menos de 1.999 habitantes con 35,9 % de familias con necesidades básicas insatisfechas. Mientras para la ciudad de Mendoza hay 7,7 % de familias con necesidades básicas insatisfechas, para las áreas rurales pequeñas de Lavalle, éste es de 49,8 %; en La Paz, de 50,8 %, y en Malargüe, de 74,1 %.

Los servicios de agua potable y excretas desfavorecen más las zonas rurales que las periurbanas, apreciándose un déficit de estos servicios sanitarios en las áreas periurbanas para 50 a 70 %, mientras que en las áreas rurales es de 80 a 100 %.

La morbilidad y mortalidad de nuestras poblaciones ha evolucionado en el curso de los últimos 100 años en forma de olas, siendo la primera la de las enfermedades infecciosas, de la desnutrición y del mal alojamiento, la segunda la de las enfermedades crónicas (cardiovasculares y neoplásicas) y la tercera la de la patología social y ambiental de origen ecológico. Esta situación que atraviesan los países desarrollados y las áreas de alta urbanización en nuestra comunidad es vivida de manera distinta en nuestras zonas periurbanas y rurales: en lugar de tres olas que se siguen en el tiempo, éstas padecen las tres simultáneamente.¹¹⁴

Coinciden aun los altos índices de natalidad con altos índices de mortalidad infantil; indicadores elevados de ilegitimidad; ausencia de controles de embarazo, incremento progresivo de la disociación familiar, la que es más severa en el ámbito periurbano.

La prevalencia de cardiopatías y cáncer es alta y al presente la contaminación de humo, gas y ruido de las áreas periurbanas, la contaminación química de los efluentes superficiales, las toxicomanías y otras adiciones y la prostitución agravan y completan el cuadro de riesgo de las zonas suburbanas.¹¹⁵

La presencia de más servicios de salud en el ejido periurbano no significa una mejor accesibilidad, ya que estas poblaciones en base a su situación de pobreza tienen dificultades jurídicas, culturales, geográficas e incluso semánticas y fundamentalmente económicas para acceder a los centros de salud.¹¹⁶

Se busca en las ciudades lo que el campo hoy no provee; una importante migración rural se asienta en nuestros cordones periurbanos a la espera de mayores oportunidades de trabajo, de cultura, de acceder a bienes que el resto de la sociedad posee o por lo menos de huir del hambre, de la miseria y de la enfermedad. La atención primaria de la salud debe dedicarse fundamentalmente a resolver problemas de accesibilidad para tratar de dar respuestas a poblaciones que han ido siendo postergadas en sus derechos humanos esenciales.

ALGO DE HISTORIA

La atención primaria de la salud cuenta con una larga historia que ha transcurrido en países muy diversos, entre ellos China, con sus médicos descalzos y su consigna "Salud por el Pueblo". Estos médicos descalzos, meros agricultores con formación intermedia, que recibían formación médica y paramédica durante 3 ó 4 meses y retornaban a su comunidad para brindar sus conocimientos y ser retribuidos por lo que dejaban de percibir como agricultores.¹¹⁷

Los programas de salud rural de Jujuy desde 1960, de San Juan y otros programas argentinos pueden ser mencionados como antecedentes, si bien hay que aclarar que la atención primaria de la salud no es meramente salud rural.¹¹⁸

Hoy hay 2.200.000 habitantes de nuestro país visitados periódicamente por 3.000 agentes sanitarios dentro del programa que naciera con el nombre de Programa Unico de Salud (P.U.S. 1979); sin embargo, estas actividades tienen pocas vinculaciones con otros programas sanitarios o con programas sociales integradores.¹¹⁹

ELEMENTOS CENTRALES DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

¿Es el núcleo central de la atención primaria de la salud una mera ampliación de la cobertura médico-social? No. La ampliación de la cobertura médico-social deberá ser una consecuencia de los elementos más importantes de la atención primaria de la salud.

El primero de ellos, participación de la comunidad: "Responsabilidad que asume la población en ingerencia activa en la identificación de problemas de salud y desarrollos locales, así como en la ejecución y evaluación de sus Programas".¹²⁰

La participación (que significa hacerse parte, compartir), que enfrenta al individualismo de nuestra sociedad contemporánea es, para una organización internacional, "el esfuerzo organizado para aumentar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en determinadas situaciones sociales, por parte de grupos y movimientos anteriormente excluidos de tal control. No control e incremento del consumo, sino control e incremento en la participación del poder. Grandes grupos sociales excluidos habitual y permanentemente de su participación social, económica, cultural, política, hoy deben acceder a éstas a través de su organización, para integrarse en un mundo que ofrece perspectivas cada vez más desiguales a sus sectores sociales."¹²¹

Otra característica sustancial de la atención primaria de la salud es la necesidad de operar sobre la salud y no sobre la enfermedad. La salud es un derecho social inalienable, imprescindible e imprescriptible de una sociedad y de cada uno de sus individuos. Tiene una historia definida y su distribución hace a la realidad político social de cada sociedad. Salud es una expresión de organización de un pueblo que tiene componentes profundos de cultura sistematizada y totalizadora. Esta concepción de salud no es neutra, no es apolítica, y deberá ser equitativa para brindar más a los que menos tienen.¹¹

La tercera característica sustancial de la atención primaria de la salud es la descentralización de las decisiones sociales del pueblo, descentralización operativa, ejecutiva, de los recursos, incluso financieros, y del poder de dar salud.

En cuarto lugar como característica central de la atención primaria de la salud, cabe incorporar a la concepción de tecnología apropiada, tecnología ecológicamente adaptada al nivel local para satisfacer sus necesidades básicas insatisfechas, tecnología económica y simple que surja de, y respete, las características de la salud del pueblo.

"Debiera ser en primerísimo lugar una creación autóctona de los mismos países en desarrollo y el problema central que éstos tienen ante sí es el de constituir una capacidad autóctona de innovación y no el de importar más tecnología extranjera" (Jequier'n, en "Tecnología Apropiada, Problemas y Promesas", París. Centro de Desarrollo, Organización de Cooperación y Desarrollo Económico).¹²

Sin embargo, más de una vez, al no tener presente estos elementos se ha pensado que la atención primaria de la salud es una medicina de segunda para gente pobre, que es una visita precaria de agentes paramédicos que llevan servicios a comunidades pasivas. Esto es todo lo contrario de lo aprobado en Alma-Ata, esto no es atención primaria.

ATENCIÓN PRIMARIA: ¿MEDICINA DE SEGUNDA?

"Hay que destruir la imagen consciente o inconsciente de que la atención primaria de la salud es un servicio para los marginados que no pueden alcanzar el modelo de medicina opulenta de los grupos más favorecidos. Hay que reemplazar esa imagen por la de que todo buen servicio de salud y toda buena medicina se edifican sobre las bases de máxima sencillez y máxima participación de los mismos interesados y que valen igualmente para los pobres y los ricos del mundo. Esta es una idea científicamente fundada y además democrática e integradora en términos sociales que cada país puede ir incrementando en el marco de su disponibilidad de recursos" (Dr. Aldo Neri).¹³

"No es admisible que un habitante del país no cuente con las mismas posibilidades de prevenir la enfermedad, conservar y restaurar su salud; en el evento que se halle quebrantada; que la ciencia y el confort brindan a los más pudientes" (Dr. Ramón S. Carrillo).¹²⁷

La atención primaria de la salud no es atención de salud barata. En conjunto es mucho más costosa que el sistema corriente de atención de salud. Las necesi-

dades justificadas se incrementan día a día y al mismo tiempo disminuye en nuestros países pobres la capacidad para atenderla.

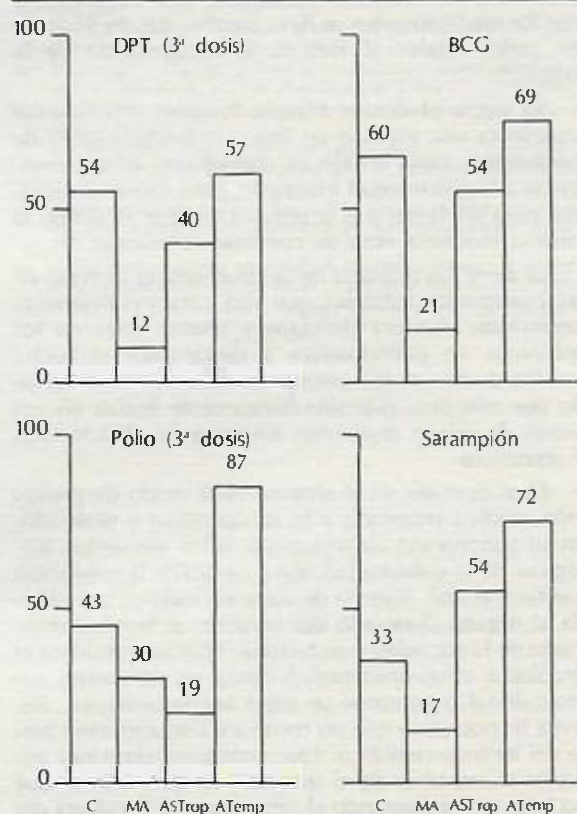
PELIGROS Y ESCOLLOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

A pesar de los slogans brillantes, las enormes cantidades dispuestas para la publicación del Programa de Alma-Ata, las publicaciones específicas e inespecíficas, la importante literatura médica y no médica que se ha desarrollado estos años, la atención primaria de la salud no es aún una realidad en nuestras naciones empobrecidas.¹⁴ Un ejemplo dramático lo demuestra la precariedad de cobertura de inmunizaciones que se aprecia en los siguientes cuadros:

CUADRO 1
Problemas sanitarios detectados en el área rural de la provincia del Chaco⁽²²⁾

Falta de vacuna	2.207 (49,2 %)
Embarazadas sin control	824 (18,4 %)
Alcoholismo	667 (14,7 %)
Menores de 5 años con desnutrición	339 (7,6 %)
Enfermos sin tratamiento	137 (3,1 %)
Otros	314 (7,0 %)

CUADRO 2
Porcentaje promedio de cobertura de niños menores de un año, por subregión, en las Américas, 1981⁽¹¹⁾

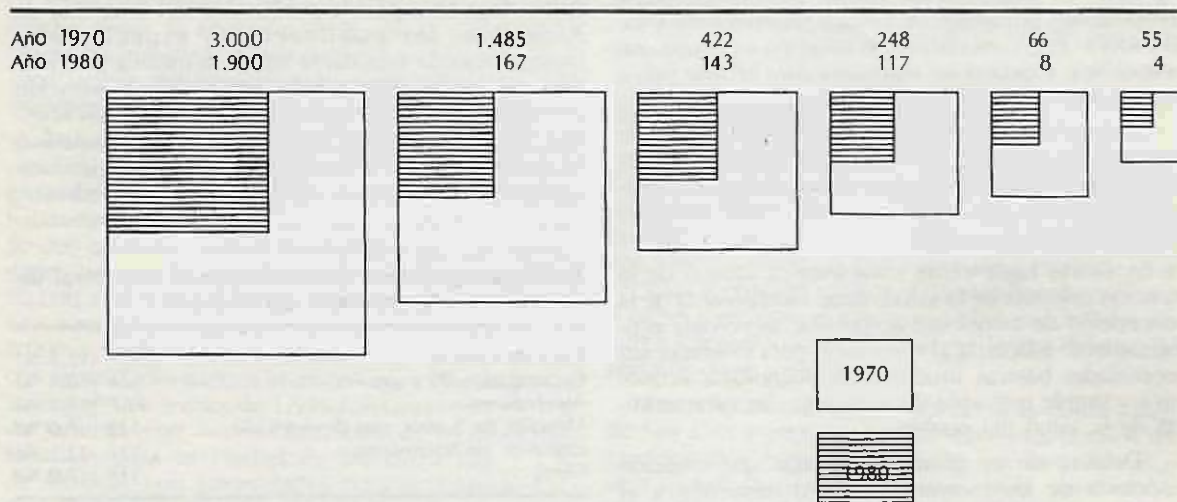


C: Caribe, MA: Mesoamérica continental, ASTrop: América del Sur Tropical, ATemp: América del Sur Templada.

El grupo consultivo mundial del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se reúne anualmente desde 1978 para realizar evaluaciones sobre este Programa. Los progresos son significativos, pero aún mueren por

cada minuto que pasa 10 niños y otros 10 quedan impedidos porque todavía no se dispone de servicios generalizados de inmunización en el mundo en desarrollo.

CUADRO 3
Muertes por enfermedades prevenibles por vacunas⁽²⁾



Otro ejemplo es la permanencia de un sistema hospitalario caro, complejo, estático que consume casi 80 % de los gastos totales en salud, con un gasto importante en recursos humanos y que en conjunto con los medicamentos se lleva mucho más de 95 % de los gastos totales al área de la recuperación de la salud.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Ya decía el doctor Maurín Navarro: "El hospital representa una especie de línea de fortificaciones de retaguardia, cuya misión es oponer una última resistencia a la enfermedad triunfante, pero carece de agilidad para adelantarse a la prevención que es donde la ciencia moderna libra su combate definitivo".⁽¹⁰⁾

La atención primaria de la salud genera rechazo en las burocracias estatales que son característicamente centralistas. Genera rechazos y mutilaciones en los gobiernos no participativos y destacamos el hecho insólito de que el documento de Alma-Ata fuera firmado por ministros que simultáneamente tenían en sus países de origen regímenes autocráticos, dictatoriales y represivos.

Otro opositor es el sistema establecido de prestación médica orientado a lo recuperativo y dedicado, en su concepción individualista, a los elementos biológicos de la enfermedad, eje y centro de la prestación sanitaria actual. Sistema de atención médica que aborda al órgano disociado del hombre, al hombre disociado de la sociedad y su historia. Que no considera el problema salud-enfermedad como un fenómeno socio-cultural, sino como un mero hecho biológico. Sistema tecnocrático que no reconoce conocimiento fuera del técnico-científico. Que configura relaciones autoritarias imponiendo el que sabe lo que sabe al que no sabe y no respetando el saber social y la cultura del pueblo ni enriqueciendo este saber biológico con los componentes antropológicos y sociológicos que requiere para interpretar la realidad.⁽⁷⁻¹⁴⁾

Este sistema es en sí iatrogénico, medicalizante y mercantilista porque asocia el fenómeno enfermedad con el fenómeno comercial de la prestación médica, de la prestación medicamentosa, etc. Este modelo de atención médica ha impedido en un gran conjunto de países la implementación efectiva de la atención primaria de la salud.⁽¹⁴⁾

Ante esto reconocemos con el Dr. Floreal Ferrara que lo social es tan verídico y concreto como la realidad orgánica e inorgánica; y el centro de atención deberá aproximar la modificación patológica del mecanismo celular al entendimiento de las fuerzas y relaciones sociales, a las alteraciones íntimas del protoplasma, núcleo, cromosomas, membrana, nucléolo a las relaciones de producción. El cambio necesario deberá rechazar el fetichismo del síntoma, de la enfermedad para comprender la causalidad estructural que los genera.⁽¹⁴⁾

La atención primaria de la salud se funda más en la gente que en un sistema preestablecido, insiste y propone un control social de los servicios de salud con la participación de las personas en todas las etapas del desarrollo de dichos servicios, desde la identificación de los problemas hasta la evaluación de los programas que ellos generan.⁽⁷⁻¹²⁾

ACTOR Y VINCULO DEL SISTEMA DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD: EL AGENTE SANITARIO

El agente sanitario recibe distintos nombres según el país en que desarrolle su acción; en Rusia se llaman "feldshers"; en Tailandia, "Wchakorns"; en México, "promotores de salud"; en Filipinas, "Katawalas"⁽¹⁰⁾ en China, "médicos descalzos". Asimismo, en muchos países el agente sanitario ha surgido de trabajadores de la salud, herbolarios o eventualmente ex curanderos que tenían arraigo en las poblaciones e inquietudes para la salud de su gente.^(11b, 19-20)

La selección misma de los agentes sanitarios debe ser la expresión de la organización popular en defensa de su propia salud, en defensa de sus intereses sociales.⁽¹⁰⁾

El Estado debe resguardar estos derechos, debe capacitar estos agentes, remunerarlos parcial o totalmente y debe controlar su ejecución; debe facilitar, simplificando su propia estructura burocrática, que llegue su expresión sanitaria a un barrio o a una zona rural, y no compliquen el mecanismo de prestación de la salud. La atención primaria de la salud requerirá tiempo, no hay acción que incorpore al agente y no

lleve tiempo de capacitación, de adiestramiento, de maduración...

La Argentina puede y debe hoy implementar la atención primaria de la salud en el espíritu de Alma-Ata.

Tiene para ello un gobierno democrático, instituciones estatales, obras sociales, establecimientos y organizaciones benéficas, sociales y privadas. Tiene trabajadores sociales y de la salud abundantes. Tiene un pueblo que ha esperado mucho y lo merece todo.

"Todas las personas tienen el poder de actuar en pro de la salud. El momento de hacerlo es ahora."⁽²¹⁾

BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, Carlos A.: "Participación comunitaria en salud. Conceptos y criterios de valoración". Bol. Of. San. Panamá., 19:5205-217; 1983.
- "Argentina. Descripción de su situación de salud". M. de Salud y Acción Social. Organización Panamericana de la Salud y O.M.S. (Centro Panamá. Zool. 499; 1985).
- Barneri, Deborah: "Atención primaria de salud. ¿Selectiva o integral?" Foro M. de Salud., 5:357-363; 1984.
- Belmarino, Susana, y Bloch, Carlos: "Participar. ¿Quiénes? ¿Para qué? ¿En qué? ¿Con qué instrumental?" Salud y sociedad., 16-22; 1985.
- Carcay, Rubén N.: "Formación de agentes de salud indígenas: Un ensayo en Filipinas". Foro Mundial de la Salud., 1:181-86; 1982.
- Carreón, Gabriel G.: "Función del hospital en la atención primaria de la salud". Foro M. de la Salud., 2:172-176; 1982.
- Climent de Zuplenzie, Graciela, y col.: "Medico para la comunidad". Cuadernos Méd. Soc. n° 29-30:87/81; 1984.
- Chedjak, Roberto: "Salud y educación y participación popular - Salud y sociedad". 2:30-33; 1985.
- De Geyndt, Willy: "Atención primaria de salud en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo. Similitud y diferencias". Bol. Of. San. Panamá., 94:441-450; 1983.
- De la Paz, Trinidad: "La formación de Kati Walas, trabajadora de la salud en la comunidad". Foro Mund. de la Salud., 4:38-40; 1983.
- Documento CE 90/3.5 - OPS - OMS - Programa ampliado de inmunizaciones. Washington DC, 22/6 al 27; 1983.
- "Ennever Olive, N., y col.: "Formación de personal para la atención primaria de salud en el Caribe". Foro Mund. de la Salud., 1:177-180; 1982.
- "Escudero, José Carlos: "Daños sociales por malnutrición". Cuadernos Médicos Sociales., 25:15-17; 1983.
- Ferrara, Floreal: "Teoría social y salud". Catálogos Editora (300); 1985.
- Gallardo, Leonel: "Algunas tendencias de la educación y participación comunitaria en salud en América Latina". Bol. Of. San. Panamá., 96:314-330; 1984.
- Hollister, William G.: "Formación de grupos de apoyo en los programas de salud mental de las zonas rurales". Bol. Of. San. Panamá., 9:5182-186; 1983.
- Inclones, M., y otros: "Participación de la población de una ciudad senegalesa en la atención de salud". Foro Mund. de la Salud., 1:429-431; 1982.
- Janes, George: "Enseñanza de la prevención en la educación médica y paramédica". Traducciones (23) (CLAM-OPS-OMS); 1973.
- Kronde, J. M., y otros: "Atención primaria de salud - La experiencia Zambiana". Foro Mund. de la Salud., 4:28-35; 1983.
- Leslie, Kenneth: "Alimentación en el contexto de la atención primaria". Bol. Of. San. Panamá., 94:300-303; 1983.
- Mahler, A.: "El sentido de salud paradójico en el año 2000". Foro Mundial de la Salud., 2:5-25; 1981.
- Monsalvo, Julio Alberto: "La atención primaria de la salud en el interior de la provincia del Chaco - Salud y Sociedad". 1:20-26; 1983.
- Muratorio Posse, Rodolfo: "Sobre la educación médica. Rev. Fac. Cienc. Médicas de la U. N. de Cuyo, 7:5-8; 1984.
- OMS - Unicef - Declaración de Alma-Ata. Ginebra, Suiza, 12/9/78.
- Palacios, Silvio: "Epidemiología y antropología en la atención primaria". Bol. Of. San. Panamá., 95:186-189; 1983.
- Pérez, Carlos, E., y otros: "Medicamentos para la atención primaria de salud". Bol. Of. San. Panamá., 95:467-470; 1983.
- Quesada Vargas, Enrique: "Pautas para el Programa Nacional de Salud para poblaciones dispersas". Apunte mimeografiado, I.S.S.P.F. 168; 1974.
- Rubin, George, y otros: "Trabajadores de atención primaria. El programa de Auxiliares rurales de salud en El Salvador". Bol. Of. San. Panamá., 94:560-570; 1983.
- Samba, E. N.: "Atención primaria de salud. Incógnitas, Escallos y Peligros". Foro Mund. de Salud., 2:413-422; 1981.
- Skeet, Muriel: "El agente de salud de la comunidad. ¿Motor o freno de la atención primaria de la salud?" Foro Mund. de Salud., 1:333-339; 1984.
- Vendition, D. D.: "Lecturas que se derivan de Alma-Ata". Foro Mund. de Salud., 2:186-195; 1982.
- Viel, Benjamín: "Programa de salud rural. Experiencia en varios países. Apunte mimeografiado". Cál. de Med. Social. Fac. Medicina, Universidad de Chile (30); 1968.
- Young, Garro Linda y otros: "Atención de salud en minorías étnicas rurales." Algunas observaciones antropológicas". Bol. Of. San. Panamá., 95:333-342; 1983.
- Ysunza Ordoñez, Alberto: "Abandono de la lactancia materna. Un ejemplo de la deformación medio académica". Cuad. Méd. Soc., 23:39-52; 1983.
- Zouan, B., y otros: "Aplicación de los programas de atención primaria de salud". Foro Mund. de Salud., 4:35-38; 1983.