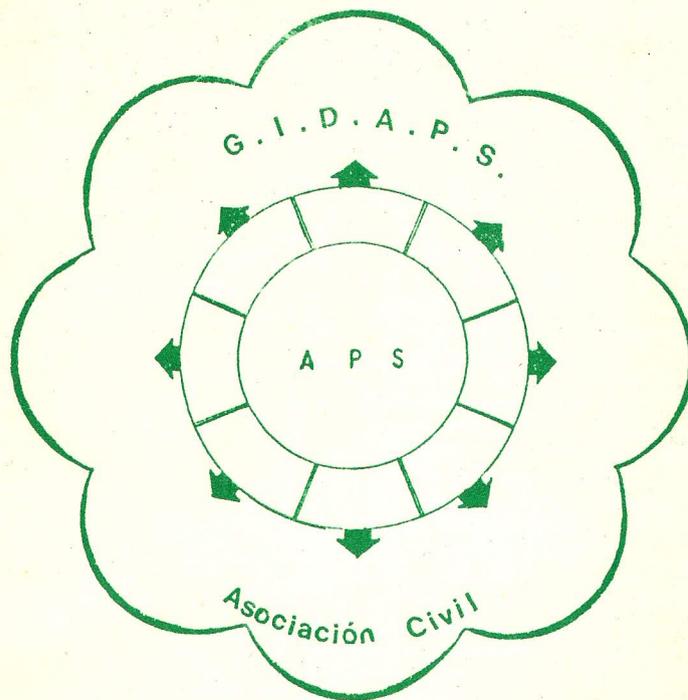


SALUD PARA TODOS



Grupo de Investigación y Difusión
de la
Atención Primaria de la Salud

SALUD PARA TODOS

Es una publicación de G.I.D.A.P.S.

Asociación Civil Grupo de Investigación y Difusión de la Atención Primaria de la Salud. - Personería Jurídica N° 000634. Sus páginas serán destinadas a todos los integrantes del equipo de salud y a toda persona o grupo interesados en el tema, en ellas tendrán cabida quienes deseen expresar sus ideas y aportes para la defensa y el ejercicio del Derecho a la Salud de los pueblos.

COMITE EDITOR

Alcón, Ricardo	Pellón, José
González Morán, Oscar	Pérez, Josefina
Méndez, Héctor	Szmoisz, Sara

CONSEJO DE REDACCION

Alonso, Antonio	Planella, Ana María
Borini, Elida	Plaza, Alba
Dobrovsky, Ernesto	Róvere, Mario
Flores, M. Angélica	Rúgolo, Estela
Fuchs, Analía	Stein, Enrique
Neira, Mabel	Veleiro, Teresa
Nicolajuk, Raisa	Vuegen, Silvia
Pellizari, María	

EDITOR RESPONSABLE

Pellón, José

Las opiniones que se expresan en los artículos publicados son de exclusiva responsabilidad de los autores. Los materiales de esta edición pueden ser reproducidos total o parcialmente citándose la fuente y remitiendo copia a la redacción.

Correspondencia: Giribone 1260 - C.P. 1427, Buenos Aires, República Argentina, tel. 551-3907 y 553-2988.

R.P.I. en trámite

Editorial

Con la aparición de este primer número de SALUD PARA TODOS, iniciamos una nueva etapa en el quehacer del Grupo de Investigación y Difusión de la Atención Primaria de la Salud (G.I.D.A.P.S., Asociación Civil). Un tiempo fecundo ha transcurrido desde aquel 29 de noviembre de 1984 en que nos presentamos con el Seminario Taller sobre A.P.S. que tuvo como sede la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

En efecto, durante ese período han sido numerosas las actividades que nos convocaron alrededor del tema de la Atención Primaria de la Salud, al que hemos adhedrido con la convicción de que en sus propuestas se identifican verdaderas alternativas de cambio en procura de lograr la superación de las desigualdades que se expresan también a través de nuestro sector.

Desde los ateneos, seminarios, jornadas, conferencias, cursos regulares, cuyas realizaciones abarcaron el área metropolitana como asimismo numerosas provincias del país, procuramos intercambiar nuestras reflexiones con las de quienes igualmente comparten similares inquietudes.

Producto de ello ha sido un enriquecimiento cuyo logro fue fruto del diálogo abierto y de la creación de un espacio con cabida para los acuerdos y para los disensos.

En la ampliación de ese espacio se ubican los propósitos de nuestra publicación. Quienes integramos el G.I.D.A.P.S. (en su mayoría docentes y egresados de la Escuela de Salud Pública de la U.B.A. y con actuación en diferentes ámbitos del quehacer sanitario) creemos que con este medio se pueden acortar distancias (geográficas y conceptuales), comunicar experiencias, aunar y potenciar los esfuerzos que permanecen ocultos por falta de intercambios, todo ello en el marco de una concepción pluralista cuya base se asentará en la defensa de la salud como un derecho universal inalienable.

Es por ello que invitamos a sumarse a esta tarea a todos quienes ya nos conocen y a los que hoy toman noticia del objetivo que nos anima y lo comparten.

La consigna que da título a nuestra publicación no nos pertenece en exclusividad, sino en cuanto a integrantes de la comunidad de naciones que han comprometido sus esfuerzos para garantizar la salud de sus pueblos.

A esta convocatoria de equidad y justicia social estamos respondiendo desde nuestro accionar y hacemos votos para encontrarnos en el camino con los numerosos grupos y personas que también trabajan desde distintos sectores por una SALUD PARA TODOS.

Articulación Intersectorial

Mario Rovere

"Cuentan que tres ciegos se encontraron con un elefante que les bloqueaba su estrecho camino; uno de ellos tocando su trompa pensó: —sin duda se trata de un nido de serpientes, tendremos que encantarlas—; el más joven tocando una de las patas reflexionó: —el camino se interrumpe por árboles, tendremos que volver por hachas y talarlos; el más impetuoso al chocar con el cuerpo exclamó: —es una enorme piedra, debemos pasarla por arriba, jamás conseguiremos moverla. Horas más tarde mientras continuaban su camino todavía bromeaban imaginándose las consecuencias de haber seguido sus planes iniciales".

1. Introducción

Entre los componentes centrales de la estrategia de la atención primaria se encuentra la **articulación intersectorial**, componente que absorbe todo el conjunto de acciones que, sin originarse en el sector salud, tienen una clara influencia sobre la misma.

Poco se ha reflexionado y escrito sobre la misma y, más aún, poco tiene de intersectorial nuestra actividad diaria como trabajadores de salud; especialmente quienes directa o indirectamente trabajamos en contacto permanente con los problemas sociales que envuelven los "problemas de salud" que atendemos.

Este trabajo apunta a evitar que nos ocurra como a los ciegos de nuestro cuento, y encerrados en nuestra impresión sectorial perdamos de vista el conjunto, desechando la cooperación y el intercambio con todos aquellos que trabajan para mejorar las condiciones de vida y bienestar de nuestra población.

2. Concepto

Antes de desarrollar nuestras propuestas vamos a delimitar nuestro campo de interés. La realidad se presenta como un todo complejo y se place en resistir las clasificaciones y las delimitaciones que los hombres propo-

nemos para comprenderla o para trabajar con porciones que nos resulten "operativas". En ocasiones olvidamos que hemos sido nosotros mismos quienes marcamos los límites y nos detenemos ante ellos como si se tratara de barreras naturales.

Algo así ocurre con los sectores reconocidos como parcelas de la realidad, recortadas en función de la actividad de estado (administradora o reguladora) y sin que pueda establecerse una delimitación precisa o excluyente reconocemos la "existencia" de ser sector salud, de un sector educación, o de un sector vivienda. Algunos gustan de llamar a estos sectores "sociales", en contraposición

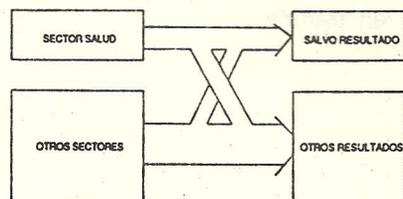
Acordamos entonces llamar sector al conjunto de recursos (equipamiento social) que un país dispone (estatales, privados o semiprivados), que se destinan a un mismo fin.

En consecuencia, denominaremos articulación intersectorial a la interacción de dos o más sectores para el logro de sus propios resultados (potenciación) o resultados superiores que los mismos no podrían alcanzar individualmente.

En nuestro caso este trabajo debería denominarse más apropiadamente Articulación intersectorial para el logro de la finalidad salud.

A lo largo del mismo vamos a observar una separación entre dos conceptos que es necesario aclarar: sector salud y finalidad salud o más propiamente salud-resultado.

En el gráfico siguiente puede observarse esquematizado cómo el resultado salud, (esto es la salud de la población) es consecuencia tanto de la acción del "sector salud" como de la acción de los otros sectores. Obsérvese también que se grafica cómo el sector salud produce "otros resultados" (empleo, inversión tecnológica, etc.) conceptos sobre los que volveremos.



3. Necesidades de la intersectorialidad

Si aceptamos el concepto encerrado en el esquema anterior, queda por responder en qué medida salud es resultado de la actividad del sector y en qué medida lo es de los otros sectores.

Esta pregunta no tiene una respuesta única ya que depende de los resultados de que se trate, y de los contextos sociales específicos. Sin embargo desde los primeros desarrollos científicos de la epidemiología comenzó a probarse lo que antes era solo objeto de polémica y toma de posición. Ahora no hay duda que los factores sociales y ambientales tienen un efecto determinante sobre la salud de la población y un importante número de trabajos dan cuenta de la medida en que diversos factores se potencian para generar diferencias y desigualdades manifiestas en la forma en que la enfermedad y la muerte prematura se distribuyen en los diferentes grupos sociales.

No debemos perder de vista que el encuadre de este trabajo se basa en el supuesto del acuerdo en la meta salud para todos; en consecuencia en la búsqueda de la generalización o, mejor, la universalización del efectivo ejercicio del derecho a la salud.

Una reflexión interesante surge de identificar que salud para todos es, para nuestro esquema, un "resultado", en consecuencia no podríamos decir que la Articulación Intersectorial (A.I.) es simplemente un componente más de la atención primaria, más bien parecería un protagonista central de la misma.

4. Niveles de A.I.

Un importante interrogante que podría hacerse a una propuesta de A.I. es ¿quién debe desarrollar esta articulación? o en otras palabras, ¿deben ser las conducciones políticas, deben ser los grupos técnicos, deben ser los profesionales de las distintas disciplinas, deben ser quienes trabajan a nivel comunitario?

Este trabajo intenta señalar que son todos los niveles mencionados y aún la misma población los que deben pensar y operar en términos intersectoriales. Aún cuando por su

diseño y destinatarios enfatice el desarrollo de la A.I. a nivel comunitario.

¿Es posible pensar en una A.I. sólo a nivel comunitario? esta pregunta se parece mucho a la duda sobre si los cambios se producen de arriba para abajo o de abajo para arriba; en realidad, la dinámica de los procesos de cambio se da de una manera mucho más rica y más compleja y se inicia de muy diferentes maneras, a veces simultáneas, a veces contradictorias, pero vale la pena a esta altura del trabajo enfatizar que es en el nivel comunitario donde se percibe más claridad la necesidad de la A.I., y que este nivel no sólo puede "amortizar" la incoordinación de las políticas sociales a nivel local, sino que puede producir suficiente información y presión para su modificación a nivel global.

5. Cambio de actitudes

¿Por dónde comenzar?; al inicio del trabajo señalamos el origen de la delimitación de los sectores, y si reflexionamos un poco sobre nuestro adoctrinamiento profesional, veremos que el mismo ha reforzado en nosotros ciertos elementos y símbolos de pertenencia, nos decimos trabajadores de salud, y nos definimos de una manera que nos permite afirmar que es lo que está "adentro" de esa categoría y que está "afuera". Pero lo definimos por nuestro compromiso por **salud-resultado** o por el tipo de arte o técnica que **manejamos**, la diferencia no es superficial porque si optamos por la primera tendremos que aceptar que son trabajadores de salud profesiones y especialidades que nunca imaginaríamos si optáramos por la segunda.

De la misma manera podríamos interrogarnos sobre cuáles son las actividades de salud, ¿son sólo las consultas, las inmunizaciones o las internaciones? ¿o debemos incluir el mejoramiento de la vivienda, el tendido de redes de agua potable, etc.?

De esta manera, la A.I. es una propuesta que comienza adentro de nosotros mismos, si somos capaces de salir del espacio protector de nuestras propias pautas profesionales y dedicar parte de nuestro tiempo a una búsqueda activa de cooperación y trabajo con-

junto usando como norte las necesidades de salud de la población.

6. Estrategias a nivel comunitario

Es común observar que en los lugares de asentamiento de centros de salud o unidades sanitarias se encuentran trabajando en forma conjunta e incoordinada un grupo de programas diferentes; la mayoría de los cuales desarrolla actividades parciales que tienen un impacto muy diverso y que tienen distintas valoraciones por parte de la población.

Una primera intención podría generar propuestas de coordinación de estos programas pero probablemente a poco de andar se descubra que la coordinación es más fácil de enunciar que de llevarse a la práctica.

En otros artículos desarrollaremos el tema de necesidades y el tema de participación, pero es necesario retomar aquí estos conceptos ya que es a partir de ellos que la articulación se hace posible y se generaliza.

Es preciso que revisemos en primera instancia cual es nuestra relación como trabajadores de salud con la población y sus organizaciones, reconociendo que nuestro trabajo es uno de los trabajos habitualmente más reconocidos y demandados por la población.

Si tenemos una fluida vinculación con la población y hemos diseñado mecanismos para que ella participe en la programación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, sin duda habremos comenzado por intercambiar opiniones sobre las necesidades más sentidas por la población, y allí habremos observado que las necesidades que reconocemos como "de salud" se mezclan pragmáticamente con las "otras" y también habremos observado que existen prioridades diferentes a las que nosotros mismos hubiéramos planteado. Son justamente estas necesidades prioritarias las que deben servir de eje a la AI, convocando y convocándose a trabajar en forma conjunta para la resolución de problemas específicos, en acuerdos en donde es precisamente el problema el que actúa como norte y base de acuerdo.

Si vamos a trabajar en la línea de acordar y coordinar, es necesario nuevamente que seamos capaces de comprender los objetivos

de los otros grupos o personas, que hagamos el ejercicio de mirar la realidad a través de la perspectiva de los otros y que podamos identificar con quiénes podemos acordar.

Este planteo no surge como una propuesta ingenua, se acuerda desde determinadas posiciones identificando que tengo yo que los otros puedan necesitar para alcanzar sus objetivos, y que necesito yo para alcanzar los míos; debemos pensar que no hay acuerdo que se respete si las partes no se benefician de un modo equivalente.

Utilizando siempre como referente las necesidades explícitas y el protagonismo de la población corresponde identificar personas, proyectos o grupos que se oponen voluntaria o involuntariamente a los objetivos planteados; otros que no comparten estos objetivos pero que coinciden en aspectos parciales o que comparten algunas necesidades comunes y, finalmente, aquellos que comparten significativamente los objetivos que nos hemos planteado, esta identificación, que debe ser dinámica y sujeta a permanente verificación, puede ser útil como guía de actividades para priorizar líneas comunes de acción.

A este trabajo horizontal de AI se le debe sumar una permanente identificación de las posibilidades de trabajo vertical que permita lograr que algunas incoordinaciones que se detectaron y eventualmente se solucionaron a nivel local se modifiquen, atenúen o solucionen a un nivel más global.

En este sentido es necesario comprender, nuevamente sin caer en propuestas ingenuas, que en ocasiones la visión panorámica y global de quienes trabajan a nivel técnico o político hace que se pierda la visión de detalle, algo así como lo que ocurre con el microscopio, es decir, a medida que incrementamos el poder de la lente obtenemos menor visión panorámica y mayor precisión de detalle, y lo contrario ocurre cuando disminuimos el poder de la misma.

7. Estrategias globales

Es lógico señalar aquí que las propuestas de AI como estrategia desbordan el nivel local y comunitario y puede beneficiarse sustantivamente de coordinaciones globales entre

sectores. Aquí puede de cierta manera aplicarse una lógica parecida a la mencionada para el nivel comunitario, ya que pensamos esta articulación como fruto de una negociación estratégica, que requiere entre otras cosas el fortalecimiento de la capacidad de negociación por parte del sector salud, así como el desarrollo de la capacidad de difundir entre los distintos grupos políticos y sociales la importancia de la meta intentando que la misma sea asumida como propia. Del mismo modo es necesario llegar a una concertación con los distintos sectores admitiendo la existencia de objetivos en ocasiones contrapuestos, e identificando aquello que no es negociable, es decir, la salud de nuestro pueblo.

8. Resumen

Hasta aquí hemos intentado dar una visión panorámica de la importancia de la articulación intersectorial, su necesidad, cómo puede esta propuesta ayudarnos a ser más efectivos y útiles en la solución de problemas de salud. Hemos esbozado algunas líneas de orientación alrededor de las estrategias que pueden desarrollarse a nivel local y las que serían esperables a nivel técnico político. Sin embargo nada será tan profundo como nuestra propia práctica, desarrollando o profundizando experiencias en nuestro propio ámbito de trabajo. Al hacerlo o intentarlo es bueno tener presente que, dado el estado del conocimiento sobre este tema, las experiencias pueden desarrollarse integrando lo que es acción con lo que es investigación, programando cuidadosamente los pasos a seguir y registrando los resultados. GIDAPS ofrece la posibilidad de difundirlo, obtener información de otras experiencias y solicitar asesoramiento directo.

Quiénes integran G.I.D.A.P.S.

Bajo esta sigla se agrupa un número de integrantes del equipo de salud que proviene de diferentes disciplinas y que comparten ideales comunes en pro del desarrollo de la estrategia de APS.

La Abogacía, Arquitectura, Asistencia Social, Enfermería, Estadística, Kinesología, Medicina, Nutrición, Odontología, Psicología, Sociología, constituyen las profesiones desde las que convergen los miembros de GIDAPS y cuyos objetivos son: "a) Investigar, difundir, realizar actividades docentes y asesorar sobre todos aquellos temas que estén relacionados con la Atención Primaria de la Salud; b) Colaborar con las autoridades nacionales, provinciales, municipales, sus organismos dependientes o descentralizados; con entidades dedicadas a la seguridad social, sean éstas públicas o privadas y con todo ente físico o ideal destinado a la Atención Primaria de la Salud; c) Apoyar toda actividad nacional e internacional, sea pública o privada, que propenda al establecimiento de políticas y programas destinados a la Atención Primaria de la Salud; d) Trabajar en la formación del recurso humano que se dedique a la Atención Primaria de la Salud (A.P.S.) y a su capacitación, manteniendo de una manera fluida y permanente el contacto estrecho y vinculante con las instituciones habilitantes, participando en planes, currícula de enseñanza y en las modificaciones que en éstos se susciten; e) Crear comisiones especiales para el estudio de todos aquellos problemas derivados e interrelacionados con la Atención Primaria de la Salud; f) Crear un servicio informativo mediante el cual se dará a conocer las investigaciones que sobre la materia realicen en el país o en el extranjero; g) Auspiciar, promover y realizar conferencias, congresos, jornadas, cursos a nivel nacional e internacional; h) Editar y sostener una publicación que difunda la actividad de la Asociación Civil GIDAPS, sus programas, trabajos, docencia, que servirá como vehículo de intercambio con organismos nacionales e internacionales"(1)

(1): Estatuto Asociación Civil GIDAPS - Objetivos.

Nuestra portada

Desde el inicio de nuestras actividades, nos ha acompañado el gráfico que constituye nuestra portada, con el perfil de lo que hemos dado en llamar "la margarita" de la Atención Primaria. En cada uno de sus pétalos dimos cabida a los componentes que integran la Estrategia de APS y cuyo análisis se despliega en nuestro Documento de Conceptualización (segunda edición en prensa).

Dichos componentes son, a saber:

- I Recursos humanos
- II Participación
- III Articulación intersectorial
- IV Programación por necesidades
- V Nuevas modalidades de organización
- VI Tecnología apropiada
- VII Reorientación del financiamiento sectorial
- VIII Cobertura total

Correo de Lectores

En los próximos números de SALUD PARA TODOS destinaremos este espacio para las comunicaciones, críticas, aportes, colaboraciones, trabajos de investigación y toda otra actividad que nuestros lectores deseen hacer saber a través de estas páginas.

Atentos a los objetivos que nos hemos fijado, nuestra publicación tendrá como destinatarios en esta primera etapa de difusión (y en forma no excluyente, por supuesto) a las Secretarías de Salud de las Provincias Argentinas, las Delegaciones Sanitarias Federales, los egresados de la Escuela de Salud Pública cuya vinculación haya seguido estable desde distintos puntos del país y del extranjero con nuestro grupo de estudio, instituciones formadoras de Recursos Humanos en Salud, instituciones del sector Educación (primaria, secundaria y universitaria), municipios del conurbano bonaerense, zonas sanitarias de la Pcia. de Buenos Aires, otras publicaciones del país y del exterior interesadas en la problemática sanitaria, centros de estudiantes, asociaciones gremiales y profesionales con proyección en el sector.

Seguramente no se agota allí la nómina de futuros lectores con los que anhelamos intercambiar ideas y propuestas. El incremento del listado que enumeramos más arriba podrá ser realizado por la participación de quienes hoy nos leen, marcando así el primer paso de un trabajo cooperativo al que estamos invitando.

A tal efecto, sírvanse difundir el volante que incorporamos en este número, para que nos sea remitido para ser incorporado al fichero de GIDAPS y suscriptores de SALUD PARA TODOS.

Boletín Epidemiológico Nacional

El Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina publica el Boletín Epidemiológico Nacional, cuya difusión está a cargo de la Dirección de Promoción y Protección de la Salud, a través del Sector de Vigilancia Epidemiológica e Inmunizaciones.

El Boletín Anual 1985 contiene, entre otros interesantes artículos, la **Evaluación del Programa de Inmunizaciones** a nivel nacional para ese año.

Dada la importancia que el tema adquiere, en particular en el presente año, en que fuera señalada la vacunación como una prioridad para la infancia en el camino hacia la Meta de Salud para Todos que promueven las naciones reunidas en la OMS (Organización Mundial de la Salud), no ha parecido de sumo interés destacar algunas consideraciones que el citado artículo pone de relieve.

La evaluación involucra a las actividades de inmunización de todas las vacunas del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) a saber:

- Vacuna BCG
- Vacuna Sabin Antipoliomielítica
- Vacuna Triple (DPT)
- Vacuna Antisarampionosa

En todos los casos, la información está referida a la población de menores de un año y de un año para el caso de las dosis de refuerzo.

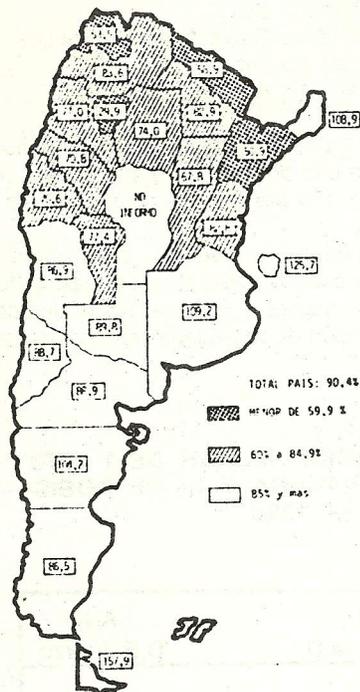
A manera de resumen, presentamos el siguiente cuadro sobre total del país y dejamos para los mapas subsiguientes el detalle de la información desagregada por provincias.

PORCENTAJE DE COBERTURA EN POBLACION MENOR DE 1 AÑO Y DE 1 AÑO (DOSIS REFUERZO) SEGUN VACUNA Y Nº DE DOSIS REPUBLICA ARGENTINA — 1985

VACUNA	MENOR DE 1 AÑO			1 AÑO
	1a.D.	2a.D.	3a.D.	D.Refuerzo
BCG90,3	90,3	-	-	
SABIN	103,1	77,6	73,0	61,9
TRIPLE	96,2	73,4	65,6	49,6
Antisarpmp.	67,3	-	-	54,1

(Ver mapas en págs. 8 y 9)

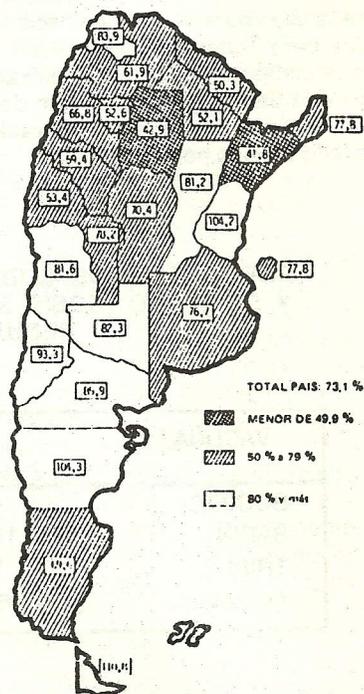
VACUNA BCG
COBERTURA EN MENORES DE 1 AÑO
REPUBLICA ARGENTINA
AÑO 1985



POBLACION MENORES DE 1 AÑO
 ESTIMADA EN BASE A NACIDOS VIVOS
 AÑO 1982

FUENTE:
 PROGRAMA NACIONAL
 DE INMUNIZACIONES

VACUNA SABIN
ANTIPOLIOMIELITICA
COBERTURA EN MENORES DE 1 AÑO
3ª DOSIS
REPUBLICA ARGENTINA
AÑO 1985



POBLACION MENORES DE 1 AÑO
 ESTIMADA EN BASE A NACIDOS VIVOS
 AÑO 1982

FUENTE:
 PROGRAMA NACIONAL
 DE INMUNIZACIONES

De la lectura del cuadro y los mapas que anteceden surgen algunos datos interesantes que ponen de manifiesto la necesidad de efectuar ajustes en las actividades de vacunación tendientes a:

1º) garantizar mayores porcentajes de cobertura y, en especial, a medida que las dosis van progresando, a fin de lograr resultados que no pongan en peligro los esfuerzos previos, situación ésta que se hace bien visible en las dosis de refuerzo;

2º) revisar las causas que llevan a tener porcentajes de cobertura que exceden el 100%, lo cual significa que se han administrado mayor número de dosis que de población a ser vacunada y bien sabemos que eso no asegura una distribución uniforme y, por lo tanto, pueden quedar expuestos al riesgo de enfermedad importantes grupos a ser protegidos.

Es aquí donde la Atención Primaria de la Salud aparece una vez más con toda su potencialidad para modificar situaciones de salud de la comunidad, puesto que las acciones de vacunación constituyen parte importante del conjunto de actividades que le son propias. (Seguramente Ud. en este punto está reflexionando sobre el valor que encierra el componente de APS referido a COBERTURA TOTAL).

Para solicitar el **BOLETIN EPIDEMIOLOGICO**: Dirigirse a:

Secretaría de Estado de Salud Pública
Sector de Vigilancia Epidemiológica
Defensa 120 4º Piso Of. 4012
1345 BUENOS AIRES
República Argentina

G.I.D.A.P.S. informa

Algunas actividades llevadas a cabo este año

• **Docencia:** 1) En forma conjunta con las autoridades del Módulo de Atención Primaria (MAP) de la Facultad de Medicina de la UBA, se programaron cuatro Seminarios Taller para docentes de terreno con actuación en los centros de Salud y Unidades Sanitarias de distintas localidades del conurbano bonaerense.

La tarea se llevó a cabo en la Escuela de Salud Pública y estuvo a cargo de los integrantes de GIDAPS, quienes desarrollaron los contenidos programáticos previstos para la experiencia, interactuando con los profesionales que tienen como misión introducir a los alumnos de pregrado de la carrera de Medicina en la problemática de la asistencia de salud a nivel comunitario.

De las tres rotaciones que protagonizaron el ciclo de 1987 (una fue suspendida por limitaciones horarias de los participantes), se obtuvieron importantes trabajos prácticos cuya base giró alrededor de contenidos de **programación local**, con lo que se logró uno de los objetivos, cual era el de complementar la tarea docente de los profesionales de los Centros con la prestación de servicios a la comunidad, en una forma programada que quedara como base de futuras acciones de esas instituciones.

2) A solicitud de las autoridades de la Municipalidad del Partido de Moreno (Pcia. de Buenos Aires) se efectuó un ciclo de encuentros con profesionales del equipo de salud de unidades sanitarias dependientes de esa comuna, también en esta oportunidad se trataron contenidos de enseñanza-aprendizaje sobre APS. Al cabo de los mismos, quedaron afianzadas diferentes tareas que se venían llevando a cabo y se gestaron otras que igualmente irán dirigidas a la población atendida por dichas unidades.

3) Con el auspicio de la Municipalidad de Buenos Aires, GIDAPS tuvo a su cargo el desarrollo de los temas de Atención Primaria que

formaron parte del curriculum del Curso de Capacitación para personal de Enfermería que se dictó en la Escuela de Enfermería "Cecilia Grierson". Una vez más se pudo poner en evidencia el trascendente papel y la alta motivación que dicho personal tiene, así como el conocimiento y calidad de los aportes que sobre APS efectúan en forma permanente los profesionales de enfermería.

4) Un seminario sobre "Enfermería y Comunidad" desarrollado en la Escuela de Salud Pública, significó otra de las importantes tareas docentes cumplidas en el presente ciclo.

5) Otra de las tareas docentes que tuvo a su cargo el GIDAPS en 1987 ha sido la programación y ejecución del "Tramo de Intensificado sobre Atención Primaria de la Salud" que integra el programa del Curso de Diplomados en Salud Pública de la Escuela homónima de la UBA.

• **Asesorías:** 1) Para responsables del Area de Atención Primaria del Partido de Villarrino, en el sur de la Pcia. de Buenos Aires, se cumplieron actividades de asesoría en el ámbito del diseño y puesta en práctica del programa que dicha jurisdicción adoptara para su población.

2) Sobre similares requerimientos a los descriptos más arriba, fueron realizados contactos de asesoría con integrantes del equipo de salud del Partido de Olavarría (Pcia. de Buenos Aires), quienes se acercaron al GIDAPS dando inicio a un intercambio que habrá de continuarse.

3) A partir de la inquietud de profesionales del Hospital Municipal de San Pedro (del Partido homónimo de la Pcia. de Buenos Aires), se encuentran encaminadas las tratativas para una nueva asesoría tendiente al logro de un curso de capacitación para personal de nivel operativo del Hospital y los Centros de Salud de esa comuna del norte de la Provincia.

• **Investigación:** 1) Al cierre de esta edición, se hallaban en avanzado trámite los proyectos de investigación que se gestionan ante distintas instituciones y que están referidos a los siguientes temas:

a) Análisis del modelo prestador de servicios de salud en la República Argentina-Desarrollo de la APS.

b) Análisis de la profesionaliza-

ción del sanitarismo en la República Argentina.

• **Difusión:** 1) Actualización del Documento Nº 1 de Conceptualización de la Atención Primaria de la Salud, a la luz de los aportes y críticas que oportunamente se formularan a este trabajo de GIDAPS (actualmente en prensa).

2) Publicación periódica destinada al intercambio y difusión de las actividades vinculadas a la APS, sean de origen propio del GIDAPS o de otros grupos o instituciones con las que se establezcan contactos.

Actividades docentes previstas para el año próximo:

• Sin perjuicio de que se agreguen otras actividades docentes, el año entrante preveemos llevar a cabo cuatro Seminarios de APS con sede en la Escuela de Salud Pública de la UBA. Las fechas para los mismos se han establecido para los meses de Mayo, Septiembre, Octubre y Noviembre, en días a ser confirmados en nuestras próximas publicaciones.

Para ir pensando

• *El año que viene se habrán de cumplir 10 AÑOS DESDE ALMA-ATA. Serán los primeros diez años transcurridos desde que los países reunidos en aquella ciudad de la URSS, bajo los auspicios de la OMS, definieron a la Atención Primaria de la Salud como la estrategia para el logro de la meta de "Salud Para Todos en el año 2000". ¿Qué le parecería un Congreso destinado a reflexionar sobre los avances producidos en nuestro país y en otros países hermanos en el terreno de la APS?. Envíenos su opinión sobre esta propuesta así como las sugerencias que crea convenientes para materializarla.*

Comentario de textos y artículos

En los números sucesivos daremos cabida en este espacio a los comentarios sobre publicaciones vinculadas a la APS y cuyos contenidos promuevan el intercambio de opiniones y experiencias. Para este ejemplar de presentación nos ha parecido de utilidad enu-

merar una pequeña lista de publicaciones que forman parte del listado bibliográfico de nuestros cursos y seminarios. Sobre ellos volveremos cuando sea el momento de efectuar una síntesis de sus contenidos:

Publicaciones de la O.M.S.

- "Alma-Ata 1978, Atención Primaria de la Salud" - Serie Salud Para Todos N° 1-O.M.S.
- "El Sistema Sanitario al servicio de la Atención Primaria de la Salud". Cuadernos de Salud Pública N° 80-O.M.S.
- "Líderes de Atención Primaria de Salud" - Cuadernos de Salud Pública N° 82-O.M.S.
- "Atención Primaria de la Salud, la experiencia China" —O.M.S, 1973—.

Publicaciones de la O.P.S.

- "Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la Atención Primaria de la Salud" - Publicación científica N° 433-OPS.
- "Pautas para capacitar en nutrición a trabajadores comunitarios de Salud" - Publicación científica N° 457-OPS.
- "Experiencias nacionales en el empleo de trabajadores de salud de la comunidad" - Publicación científica N° 459-OPS.
- "Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas" - Publicación científica N° 473-OPS.

Publicación de GIDAPS

- Documento de Conceptualización de la A.P.S.

Publicaciones amigas

Hemos tomado contacto e intercambiado ideas con el "Boletín de las Comunidades Aborígenes", publicación de nuestro medio que lleva tres años de labor ininterrumpida difundiendo noticias del ámbito nacional o internacional que se vinculan con la problemática del aborígen. El objetivo manifiesto de este

Boletín es lograr que "...la información vuelva para hacer un poco de justicia".

Quienes quieran conectarse con la misma pueden hacerlo a:

Boletín de las Comunidades Aborígenes.
C.C. 207 - Sucursal 1
(1401) - Capital Federal - Rep. Argentina