

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Maestría en Administración de Servicios de Salud

Trabajo Final

“La creación de un Centro de Salud y su impacto socioeconómico en la Municipalidad de Libertador San Martín, Departamento de Diamante, Provincia de Entre Ríos”

Director: Prof. Dr. Jorge Lemus
Autor: Lic. Marcelo F. Ordoñez
Tutor: Prof. Mg. Daniel Gutiérrez



Buenos Aires, Diciembre de 2003

Agradecimientos

En este momento al concluir esta etapa de mi vida y en especial esta formación académica coronada por este Trabajo Final de la Maestría en Administración de Servicios de Salud, reconozco en primer lugar la ayuda de Dios en todo momento y agradezco:

- * A mi esposa Lisy y a mi hijo Joaquín por el apoyo constante e incondicional, por su gran amor y por las horas de privación de mi compañía.
- * A mis padres, Rubén y Nelly, que me estimularon a seguir siempre progresando y estuvieron a mi lado en aquellos momentos que más los necesité.
- * A mi amigo Daniel Gutiérrez en quien encontré no solo un tutor sino a una persona extraordinaria. Quien sin su ayuda este trabajo jamás hubiese sido completado.
- * Al Profesor y Doctor Jorge Lemus quien creo en mí una conciencia comunitaria y de entrega a la sociedad.
- * A la comunidad de Libertador San Martín, donde me he criado y formado, que ahora me ha permitido realizar este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
<i>HIPÓTESIS</i>	4
<i>OBJETIVOS</i>	4
<i>IMPORTANCIA DEL ESTUDIO</i>	5
<i>LIMITACIONES</i>	5
<i>TÍTULO</i>	5
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	6
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO II	14
RESEÑA BIBLIOGRÁFICA	14
<i>APROXIMACIÓN HISTÓRICA</i>	14
<i>Municipio saludable</i>	14
<i>LOS MUNICIPIOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD</i>	16
<i>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:</i>	17
<i>Pasos para desarrollar la participación comunitaria</i>	18
<i>POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES</i>	19
<i>ALIANZAS ESTRATÉGICAS</i>	20
<i>ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD</i>	21
<i>REALIDAD EN LIBERTADOR SAN MARTÍN</i>	25
CAPÍTULO III	27
METODOLOGÍA	27
<i>SUJETO</i>	27
<i>MATERIALES</i>	43
<i>PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS</i>	43
CAPITULO IV	45
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE DATOS RECOLECTADOS	45
CAPITULO V	55

CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	57
<u>ANEXOS I</u>	<u>58</u>
<u>ANEXO II</u>	<u>59</u>
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>60</u>

CAPITULO I

Planteamiento del problema

Los problemas de salud que presentan los individuos, familias y comunidades en la actualidad, son un fenómeno social grave y complejo. Por ese motivo se deben buscar soluciones donde todos los actores de la sociedad deben participar.

El propósito de este trabajo es mostrar que con la coparticipación de todos los actores sociales, ya sean las O. N. G, los miembros de la comuna y la participación municipal, se ha logrado trabajar con la gente y por la gente. Se han orientado las acciones hacia la promoción de un estilo de vida saludable, con la creación de un Centro Municipal de Salud, en donde veremos que a pesar del incremento en la partida destinada a la salud, se ha logrado resolver uno de los mayores problemas de salud que tienen los municipios. Consiguiendo de esta manera un municipio que reúne las características para ser considerado saludable.

Hipótesis

Con la coparticipación de las O. N. G, de la Municipalidad y de la comunidad, se logrará una seguridad en la cobertura de salud mediante la atención primaria de la salud.

Objetivos

- 1- Demostrar que a través de la creación del centro de salud, el municipio brinda atención primaria de la salud
- 2- Demostrar que mediante la coparticipación, se incrementa la productividad del centro de salud como también el número de habitantes de la localidad que disfrutaran de ese servicio.

- 3- Cooperar con la formación de recursos humanos en el área de salud. (Se transforma el centro de salud en formadores de recursos de salud.)
- 4- Demostrar que el gasto en salud, previo a la formación del centro de salud, era un costo. Y luego de su creación se transformó en un servicio.
- 5- Devolver a los habitantes un servicio, que se logra brindar mediante el pago de los impuestos y que se vean los beneficios en la comunidad.

Importancia del estudio

- 1- Impacto social que ha producido el centro de salud en la comunidad.
- 2- El beneficio económico-sanitario que ha producido este emprendimiento.
- 3- La participación comunitaria dentro del proyecto (participa y a la vez recibe).
- 4- La transformación de la visión del gasto público de salud en un servicio social.
- 5- La identificación de los vecinos con los problemas de salud de sus vecinos.

Limitaciones

- 1- Falta de registros y disponibilidad de datos.
- 2- Carencia de un sistema informático en las actividades del centro.
- 3- Es una investigación Expo-facto (el investigador no tiene el control total sobre el estudio).
- 4- Complejidad en la búsqueda de información.

Título

“La creación de un Centro de Salud y su impacto socioeconómico en la Municipalidad de Libertador San Martín, Departamento de Diamante, Provincia de Entre Ríos.”

Definición de términos

A continuación se presentan las definiciones de términos que más se destacarán en el presente estudio:

Salud: estado completo de bienestar físico, mental, social y espiritual, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud). Es el estado de adaptación diferencial de los individuos al medio en que se encuentran. (Organización Panamericana de la Salud).- Cuniglio, Francisco y otros; Educación para la Salud, Buenos Aires, año 2000, pág. 21

Municipio Saludable: aquella que crea y/o mejora constantemente sus entornos físicos y sociales y amplía aquellos recursos de la comunidad que permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades. (Promoción de la salud: como construir vida saludable, Helena E. Restrepo, 2001)

Promoción de la salud: proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. (Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, 1986)

Estilos de vida: la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en sentido más amplio y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. (Municipios Saludables: una opción de política pública, Laura Alessandro y Mabel Munist, 2003).

Medio ambiente: es considerado como el entorno físico y social que rodean al individuo. (Municipios Saludables: una opción de política pública, Laura Alessandro y Mabel Munist, 2003).

Atención primaria: la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías apropiadas, científicamente fundadas y socialmente aceptables a un costo que la comunidad puede soportar. (Municipios Saludables: una opción de política pública, Laura Alessandro y Mabel Munist, 2003).

Políticas Públicas: Las políticas públicas en general, son las que crean las diferentes opciones para la vida en comunidad, por consiguiente, las posibilidades para que la gente pueda disfrutar de una buena calidad de vida. (Promoción de la salud: como construir vida saludable, Helena E. Restrepo, 2001)

Políticas Públicas Saludables: aquellas políticas que tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud. (Promoción de la salud: como construir vida saludable, Helena E. Restrepo, 2001)

Alianzas estratégicas: son relaciones y acuerdos establecidos entre los diferentes interlocutores representados por los sectores y organizaciones con el objetivo de alcanzar metas anheladas. (Municipios y Comunidades Saludables- guía de los alcaldes para promover calidad de vida)

Participación comunitaria: Conjunto de individuos de una comunidad que deciden compartir necesidades, aspiraciones y experiencias con el objetivo de obtener mejores condiciones de vida en la localidad donde viven. (Municipios y Comunidades Saludables- guía de los alcaldes para promover calidad de vida)

Equidad en salud: reducir las injusticias y las desigualdades evitables en materia de salud de los diferentes grupos, asegurando el acceso a servicios sanitarios de calidad con base a las necesidades. Es el proceso de ser justo. (Municipios y Comunidades Saludables- guía de los alcaldes para promover calidad de vida)

Calidad de vida: Conjunto de características que definen el bienestar y el funcionalismo de una persona en un momento dado. (Educación para la Salud, Herminia Meregá y Equipo)

Introducción

Desde el comienzo de la humanidad, el tema de la salud ha sido un motivo de preocupación. Las creencias y prácticas para evitar enfermarse, hechizos, amuletos, uso de pulseras, collares, anillos y colores, han existido desde los tiempos más antiguos, y persisten aun hoy en muchas culturas. Lo que muestra el interés de siempre por conservar la salud como un bien preciado, y por lo tanto, este tipo de intervenciones se pueden asimilar a medidas promocionales y preventivas.¹

La Biblia contiene una gran cantidad de información sobre prácticas preventivas tanto individuales como sociales. El Antiguo Testamento describe varias normas destinadas a proteger la salud individual y colectiva. Una recomendación para los soldados era: “Y llevarás también una estaca entre tus armas; y será que cuando salgas allí afuera, cavarás con ella y luego te volverás y cubrirás con la tierra tu excremento”.²

De igual modo, se puede considerar como práctica sabia de la promoción de la salud la reglamentación del Día de Reposo.³ Como también podemos citar lo que hacía el pueblo de Israel en caso de enfermedades infecciosas y así prevenirlas.⁴

En los tiempos de Homero se pedía a los dioses una larga vida y si era posible, una muerte sin dolor, es decir un envejecimiento sano. En el Imperio Romano se tuvo una visión más realista de la salud. Se incorpora una concepción más amplia de la salud al incorporar la mente, consagrada en el célebre aforismo “*mente sana en cuerpo sano*”. La gran contribución que han hecho, es sin duda, el sistema sanitario y las conducciones de agua.

¹ Restrepo, H.E Málaga, H (2001). Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable (Pág. 15 y 16)

² Santa Biblia: Deuteronomio 23:13

³ Santa Biblia: Exodo 20:8-11

⁴ Santa Biblia: Levítico 15.4-12

Durante el cristianismo se reaccionó contra el cuidado del cuerpo, y se exaltó al espíritu como principal elemento de la salud; “*la higiene pagana no puede preservar la salud*” y no son necesarias dietas ni ejercicios, sino bautismos.

El cuerpo era el vehículo para llegar al alma, así que en la Edad Media, hubo espacio para la higiene colectiva; el baño jugó un papel importante, era necesario en la conmemoración de la Resurrección y en los monasterios existían los baños de vapor.

En el siglo XII se traducen antiguos tratados de medicina y de higiene de los árabes. La contribución de los árabes fue muy importante para la medicina.

El filósofo judío Maimonides, escribió una guía para la salud personal y en su obra hace énfasis en la prescripción del aire libre para conservar la salud y en la relación entre la salud física y mental.

De los musulmanes, también es digno mencionar, la concepción de sus hospitales, que contaban con bibliotecas, jardines, patios, etc. Pero lo más relevante fue la política de subsidios destinada a los enfermos hospitalizados, a quienes se daba una cantidad de dinero suficiente para sostenerse hasta que estuvieran listos para reanudar su trabajo.

En el siglo XIV surgió el concepto de cuarentena, debido a la “*Peste o muerte negra*”, única medida válida de protección de la salud comunitaria.

El Renacimiento no se caracterizó por grandes avances en la conceptualización de la salud, ni por innovaciones en salud pública. Sin embargo, es positivo el movimiento renovador en el arte, la literatura y la reacción contra los dogmatismos de la Edad Media. El cuerpo humano con Leonardo da Vinci dejó de ser solamente un “*instrumento de pecado*”. Nace el primer epidemiólogo, Fracastoro, creador de la obra –*De Contagione*– .

El choque del nuevo y del viejo mundo tuvo grandes repercusiones para la salud. No solo intercambiaron enfermedades, sino medidas de prevención y promoción, pero es escasa la información que se tiene al respecto.

Uno de los hechos más negativos en la historia de la salud pública y de la promoción de la salud, después de la conquista de América, es sin duda, el gusto que despertó el tabaco.

El siglo XVII registra importantes avances en la Medicina, no así en la salud pública, siendo quizás el descubrimiento más trascendental el del microscopio y con éste, el reconocimiento de seres vivos como causantes de las enfermedades.

El siglo XVIII sí marcó grandes cambios. En primer lugar, porque se volvió a realzar la importancia tanto de la salud física como de la mental, para el individuo y la sociedad. En segundo lugar, porque este reconocimiento determinó el que se hicieran grandes esfuerzos para promoverlas.

El siglo XIX fue de una gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fisiología, y medicina preventiva.

No puede faltar un hombre que hizo una trascendental contribución a los enfoques más integrales e intersectoriales, que se buscan hoy en propuestas de ciudades y municipios saludables: William H. Duncan, primer jefe local de salud de Liverpool, considerado el verdadero precursor de los proyectos de ciudades sanas en Europa. Duncan, lideró un movimiento de mejora de estándares de vida, centrado en un cambio ambiental en su sentido más amplio.

La historia más reciente que antecedió a la renovación de principios y la construcción teórico-práctico de la promoción de la salud, se inicia con Henry Sigerist, uno de los más brillantes salubristas de todos los tiempos y que concibió las cuatro funciones de la medicina así: 1-promoción de la salud, 2-prevención de la enfermedad, 3-restauración del enfermo, y 4- la rehabilitación.

Fue el primero en usar el término de promoción de la salud, para referirse por un lado, a las acciones basadas en la educación sanitaria, y por el otro, a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida.

Desde Alma Ata, a fines de la década del setenta, todos los países identificaron como propósito político fundamental la búsqueda de la salud para todos a través del cumplimiento de ciertas estrategias, en donde se busca como objetivo principal la equidad en salud.⁵ Para esto, se debe involucrar a las autoridades gubernamentales, técnicas y a los ciudadanos en general, en acciones específicas de promoción de la salud y del ambiente, para lograr de esta forma instalar la cultura de la calidad de vida, buscando las condiciones ideales para una vida sana.

Una manera eficaz de crear un ambiente y entorno saludables es a través de la estrategia o movimiento de Municipios Saludables.⁶

El marco conceptual y el plan estratégico de acción de este movimiento está basado en la carta de Ottawa, resultado de la Primera Conferencia Internacional de promoción de la Salud en Ottawa 1986. La promoción de la Salud de acuerdo con la Carta de Ottawa. “es el proceso de empoderar a las poblaciones para obtener un mejor control sobre su salud y mejorar los determinantes de la salud”.⁷

Es importante reconocer que el gobierno local juega un papel destacado al crear un municipio saludable, pero no puede hacerlo solo. Los miembros de la comunidad, cualesquiera sean sus intereses prioritarios, son responsables y partícipes en mejorar las condiciones, salud, y calidad de vida de quienes habitan esa comunidad. Todos los ciudadanos y sus familias deben involucrarse en los asuntos de su ciudad, para buscar una solución colectiva a los problemas de su comunidad, en temas relacionados con la salud y las condiciones de vida, mejorando el medio ambiente, estilos de vida, servicios públicos, seguridad, convivencia y otros factores protectores.⁸

⁵Respeto, H. E. Málaga, H. (2001) Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. (Pág. 16 al 23)

⁶O.P.S (2002) Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. (Pág. 1)

⁷O.P.S (2002) Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. (Pág. 1)

⁸ O.P.S (2002) Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. (Pág. III)

La salud, como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un “estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La Carta también define algunos pre-requisitos para la salud como lo son: la paz, vivienda, educación, alimentación, salario, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

La salud se percibe entonces, no como un objetivo, sino como la fuente de plenitud de la vida cotidiana.

Es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico. Con frecuencia, se reconoce la promoción de la salud como un elemento indispensable del desarrollo de la misma. Se trata de un proceso de aprendizaje de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes para derivar el máximo beneficio en la población, hace un aporte de importancia para la reducción de la inequidad en salud, garantiza el respeto de los derechos humanos y acumula capital social.

El desarrollo de la promoción de la salud necesita para su implementación dos ámbitos fundamentales: la atención primaria y las políticas públicas.⁹

⁹Alessandro, L. (2003) Municipios saludables: Una opción de política pública. (Pág. 17 al 21)

CAPITULO II

Reseña bibliográfica

Aproximación Histórica

Municipio saludable

Etimológicamente, municipio viene de municipium, munus: oficio, obligaciones, tarea (Joan Corominas, Diccionario etimológico de la lengua castellana, editorial gredos, Madrid, 1998). El municipio es el núcleo primario del poder político, la célula básica de la democracia; el hecho de que un pueblo y gobierno compartan un mismo espacio físico, le da un componente fundamental de unidad, también como espacio de encuentros y desencuentros.¹⁰

Un municipio inicia el proceso de ser saludable cuando sus líderes políticos, organizaciones locales y ciudadanos se comprometen y dan inicio al proceso de mejorar continua y progresivamente las condiciones de salud y calidad de vida de todos sus habitantes, formando y fortaleciendo un pacto social entre las autoridades locales, las organizaciones comunitarias y las instituciones del sector público y privado. Éste, usa la plantación local como instrumento básico e incluye la participación social en el manejo, evaluación y proceso de toma de decisiones.

Una municipalidad se convierte en saludable cuando establece un compromiso formal para implementar un plan de acción de desarrollo sostenible para mejorar las condiciones sociales a largo plazo, con metas para garantizar la salud y la calidad de vida de todos aquellos que viven en un ambiente determinado. La estrategia de municipios saludables es básicamente un proceso que requiere determinación y un fuerte apoyo político, así como un gran nivel de participación y acción por parte de las comunidades.

La misión de los municipios saludables consiste en fortalecer la ejecución de las actividades de promoción y protección de la salud en

el ámbito local, colocando la promoción de la salud como la más alta prioridad de la agenda política, fomentando el diálogo, compartiendo conocimientos, experiencias, así como estimulando la colaboración entre los municipios y comunidades.¹¹

El objetivo es promover la salud: maximizarla, actuar sobre los riesgos y determinantes, mejorar las condiciones de vida de la población en los diferentes aspectos que influyen sobre la situación de la salud. No solo constituye un ecosistema estable, sino además, debe proporcionar condiciones generales que permitan el crecimiento, desarrollo y expresión plena de cada uno de sus habitantes.

En América Latina el tema de Municipios Saludables a dado lugar a la creación de un movimiento, que cuenta con una estrategia la cual es parte de un proceso global de democratización y descentralización, que apoya las iniciativas locales bajo el marco de la gestión local y la participación comunitaria. Esta estrategia es un proceso continuo para seguir avanzando hacia la meta de obtener poblaciones más saludables, no es un estado final y tiene siempre un carácter visionario de futuro.

La estrategia de municipios saludables busca integrar esfuerzos de los sectores sociales y económicos para promover cambios sociales e institucionales y políticas públicas saludables con el fin de lograr equidad. También tiene el propósito de intervenir sobre factores determinantes de la salud y transformar las condiciones de vida de las personas. Procura además, construir y fortalecer las alianzas multisectoriales para mejorar las condiciones sociales y sanitarias en los espacios donde viven las personas, abogando por la formulación de una política pública saludable, mantenimiento de ambientes sanos, y adopción de estilos de vida saludables.¹²

¹⁰Alessandro, L. (2003) Municipios saludables: Una opción de política pública. (Pág. 32)

¹¹O.P.S (2002) Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. (Pág. 8)

¹²Alessandro, L. (2003) Municipios saludables: Una opción de política pública. (Pág. 37 al 39)

Los Municipios en la promoción de la Salud

La carta de Ottawa para la promoción de la salud (1986), define que Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Complementa la definición, estableciendo que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.¹³

El concepto de promoción de la salud concebido en los últimos veinte años, ha expandido tanto el significado de salud, como el de saludable. (Restrepo, Helena. “Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud”. V conferencia mundial de promoción de la salud, México, 2000).

Proporcionar a las personas y a la comunidad los medios necesarios para ejercer su salud, incluye los medios instrumentales como así también los conocimientos.

El concepto de democratización del conocimiento, involucra el derecho a ser informado y el reconocimiento de la capacidad de construirlo

La promoción de la salud se basa en la participación comunitaria y constituye un eje principal de los enfoques integrales de salud. Los ciudadanos están en excelente posición para colaborar con la administración municipal y establecer cuales son sus problemas, necesidades y priorizarlos.

Los ámbitos, espacios y/o entornos para la salud son la base organizativa de la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico. Con frecuencia, se reconoce que la promoción de la salud es un elemento indispensable para el desarrollo de la

¹³ O.P.S (2002) Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. (Pág. 9)

misma. Se trata de un proceso de aprendizaje de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla.¹⁴

La promoción de la salud difiere de la prevención de la enfermedad fundamentalmente en el objeto para las intervenciones: la primera es lo que se considera *saludable* o *salutogenico* (Antonovsky, 1979) y la segunda, la enfermedad y los riesgos de enfermar. Por otro lado, la promoción de la salud se dirige principalmente a la población y la prevención de la enfermedad más al individuo; la promoción de la salud busca influir en las interacciones entre grupos y ambientes, o sea en la situación en que vive la gente, en la interacción de factores causales (Kickbusch 1986, en OPS/OMS 1996c).¹⁵

Participación comunitaria:

La participación comunitaria es un elemento esencial para el logro de los objetivos de la promoción de la salud. Al ponerse en marcha acciones de participación es importante tener en cuenta la variable tiempo, sobretodo porque son procesos que no se consolidan tan rápidamente. La participación no debe concebirse solo para fines de salud, sino, como parte del capital social de una comunidad y por ende, vital para su desarrollo. Esto implica respeto por la historia, cultura, creencias y prioridades que tenga dicha comunidad. La participación comunitaria se construye a lo largo de un proceso.¹⁶

Se inicia cuando varias personas deciden compartir necesidades, aspiraciones y experiencias con el objeto de mejorar sus condiciones de vida. Y así se encuentran, organizan, identifican prioridades, dividen tareas, establecen metas y estrategias de acuerdo con los recursos (financieros, técnicos y humanos) existentes y con aquellos que se pudieran obtener a través de alianzas.

¹⁴ Alessandro, L (2003) Municipios saludables: Una opción de política pública. (Pág. 19 al 21)

¹⁵ Restrepo, H. E y Málaga, H. (2001) Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. (Pág. 34)

¹⁶ Alessandro, L (2003) Municipios saludables: Una opción de política pública. (Pág. 45 al 52)

Las personas que integran esa comunidad pueden o no pertenecer al mismo espacio geográfico. Lo importante es que se sientan como miembros de ésta.

Tener una comunidad organizada no significa necesariamente una comunidad participativa.

Para que haya participación, la comunidad debe estar organizada como grupo, con objetivos establecidos; tener el derecho y la responsabilidad de tomar decisiones que puedan ser efectivas y decidir sobre las cuestiones que afectan la vida de sus miembros.

Pasos para desarrollar la participación comunitaria

1. Un primer paso es aproximarse a la comunidad para identificar el grado de organización y participación de las personas y las instituciones. Esto permitirá al personal técnico y autoridades locales comprender cómo la comunidad percibe y explica el mundo, (ya sea por sus creencias, mitos y otras formas de ver la realidad), así como conocer su organización y recursos.
2. No siempre la visión que tienen los miembros de la comunidad coincide con la de los técnicos y del gobierno local. Esto significa que es necesario discutir todas las visiones y construir una en común.
3. Utilizar un lenguaje y recursos de comunicación adecuados a los patrones culturales de cada comunidad para facilitar el acceso y la eficacia de las estrategias dirigidas a la población, así como promover la movilización comunitaria.
4. Instar a la comunidad para que esté informada sobre el proyecto y participe en las decisiones del proceso. Esto significa, clarificar los principios que fundamentan las estrategias de Municipios Saludables, el objetivo de este movimiento y lo que se pretende alcanzar con estas acciones.
5. A medida que la comunidad percibe y establece una relación entre este proyecto y sus condiciones de vida, salud, educación y vivienda, puede

también sentirse responsable y establecer metas personales y colectivas, no solo por un proyecto comunitario, sino por un proyecto de vida.(1).¹⁷

Políticas Públicas Saludables

“La teoría política es simplemente, el intento del hombre por comprender conscientemente y resolver los problemas de su vida grupal y su organización” (Sabine 1998).

Las políticas públicas en general, son las que crean las diferentes opciones para la vida en comunidad, por consiguiente las posibilidades para que la gente pueda disfrutar de una buena calidad de vida.

En el área de la Salud Pública y promoción de salud, ha surgido a partir de Ottawa, el concepto de política Pública Saludable (PPS) para referirse específicamente a aquellas políticas que tienen una reconocida y fuerte influencia de los determinantes de la salud.¹⁸

Las P. P. S. se definen como aquellas que tienen una gran influencia en las condiciones de salud de la población, tales como: educación, vivienda, alimentación, derechos humanos, empleo, ingresos, salud mental.

La P. P. S. se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad. El concepto de equidad corresponde al reconocimiento y efectividad con igualdad de los derechos de la población, sin restringir el acceso y la utilización de los servicios por parte de los distintos segmentos sociales.

Las P. P. S. tienen como finalidad crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable.

Dicha política facilita a los ciudadanos la posibilidad de tomar decisiones saludables y transformar los entornos sociales y físicos. Este

¹⁷O.P.S (2002) Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. (Pág. 9 y 10)

¹⁸Restrepo, H. E. y Málaga, H (2001) Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable.

concepto implica actos y acciones de los gobernantes y de los que tienen poder político, dirigidos a solucionar problemas específicos que afectan el bienestar, la calidad de vida y la salud de la población.¹⁹

Con frecuencia se originan en diversos sectores y no necesariamente en el sector salud, ya que éste es el que tradicionalmente formula las políticas específicas relacionadas con la organización de la atención de la salud para la población.

Los mecanismos para activar los procesos de construcción o formulación de PPS son varios y se derivan obviamente del trabajo político en salud pública. Entre ellos son muy importantes: los mecanismos de “abogacía” o “cabildo” para llamar la atención y trabajar por causas de interés común, como también los mecanismos para incentivar la participación ciudadana y el diálogo entre sociedad y gobierno; en especial el local, para la identificación de problemas que requieren de la formulación e implantación de P. P. S.²⁰

Las P. P. S. deben ser traducidas en legislaciones que salvaguarden las condiciones necesarias para desarrollar estilos de vida saludable, proteger los derechos humanos y libertades fundamentales de los miembros de la comunidad, además proteger a las familias e individuos de los factores de riesgo.²¹

Alianzas estratégicas

La apropiada identificación y creación de alianzas estratégicas efectivas constituye un factor clave en el desarrollo de una estrategia de municipios saludables.

Alianzas estratégicas son relaciones y acuerdos establecidos entre los diferentes interlocutores representados por los sectores y

(Pág. 36 al 38)

¹⁹O.P.S. (2002) Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. (Pág. 10 y 11)

²⁰ Restrepo, H. E. y Málaga, H. (2001) promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. (Pág. 36 al 38)

organizaciones con el objeto de alcanzar metas anheladas. Se realizan comúnmente alianzas con agencias gubernamentales, instituciones de salud, de educación, justicia, organizaciones no gubernamentales (O. N. G.), universidades, grupos religiosos. Como todos desempeñan un papel integral en la construcción de un municipio saludable, es preciso que todos los actores sean convocados e incluidos como socios potenciales.²²

Atención primaria de la salud

La conferencia de Alma-Ata definió la Atención Primaria de Salud como: “La asistencia esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar; en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”.

Los elementos conceptuales ya clásicos y reconocidos de la atención primaria de salud mantienen en gran medida su vigencia: integral (bio-psico-social), integrada (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social), continuada y permanente, activa, accesible, trabajo en equipo, comunitaria y participativa, programada y evaluable, docente e investigadora.²³

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las

²¹O.P.S. (2002) Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. (Pág. 10 y 11)

²² O.P.S. (2002) Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. (Pág. 10)

²³ Torres, R. (2001) Atención primaria de la salud. Nuevas Dimensiones. Pág. 9

personas y constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.²⁴

De esta definición se detallan las cuatro perspectivas de la atención primaria, consensuadas por diferentes autores.

En primer lugar estas cuatro perspectivas son iguales al mismo tiempo, es decir esta atención primaria las incluye. Esto significa que no se puede hablar por separado de la atención primaria como una estrategia y como una política ni como un conjunto de actividades, ni como un nivel de atención, sino que son las cuatro cosas al mismo tiempo. La primer visión es una política o filosofía que implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco fundamental de las personas y que garantice su defensa en forma prioritaria respondiendo en todo momento a criterios de justicia, igualdad en el acceso y disfrute de este derecho por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor.

La segunda perspectiva es una estrategia y ésta en general es la que la gente conoce más. Hace referencia a la necesidad de que los servicios sanitarios deben estar diseñados y coordinados para poder atender a toda la población y no sólo a una parte de ella. No es entonces una medicina de segunda, para ciudadanos de segunda con profesionales de segunda sino todo lo contrario. Es una estrategia que abarca a todos los individuos de la comunidad, sean ricos o pobres que soluciona y restablece la equidad, asistiendo a aquellos que no tienen otra cobertura. Deben ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de su alcance. Es decir una redistribución de recursos y de su costo-beneficio en términos de salud.

La tercera perspectiva es un conjunto de actividades donde se dice que incluye educación sanitaria, provisión de alimentos, nutrición adecuada, salubridad del agua, saneamiento básico, cuidados maternos infantiles, inmunizaciones, prevención y control de enfermedades endémicas, tratamiento básico y abastecimiento de medicamentos esenciales. Se demuestra con esto que

²⁴ Torres. R. (2001) Atención primaria de la salud. Nuevas Dimensiones. Pág. 126

el problema médico es sólo una ínfima parte de otras dificultades que debe arreglar la atención primaria como conjunto de actividades.

La cuarta y última, es el nivel de asistencia que implica su consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud, independientemente de las restantes subdivisiones organizativas establecidas en el mismo. Vale aclarar que por ser un nivel de asistencia, no existe primer nivel de atención, sin segundo ni tercero. Es decir, no podría ser un primer nivel de atención sólo como hemos tenido malas experiencias en la Argentina. Si éste no está coordinado con una red prestacional que permita la referencia y contra referencia a niveles superiores tampoco puede haber atención primaria. La sola existencia de un primer nivel de atención no arregla los problemas de salud de la comunidad.²⁵

Las dificultades de los sistemas para ser financiados han tenido y tienen a la estrategia de la atención primaria de la salud como una de las llaves para contener el exceso del gasto. Este es el caso de Estados Unidos o el de las estrategias locales que en nuestro país por las dificultades que tenían también están tomando este tipo de atención, que se basa en volcar el eje de lo que es una atención médica organizada hospitalocéntricamente en los primeros niveles de atención.

Esta estrategia tiene un componente muy fuerte de participación comunitaria en un doble sentido: por un lado buscando más consenso y democratización del poder y por otro, más legitimación. Los sistemas públicos de salud necesitan una legitimación permanente, aunque no prosperan en este aspecto.

Son sistemas donde los ciudadanos hacen fuertes aportes a través de sus impuestos y sienten en muchos casos como en el nuestro que el sistema no es suficiente. De allí surge la necesidad de buscar algunos cambios instrumentales que mejoren la performance de los sistemas, la legitimación con los ciudadanos y niveles más activos de participación de estos últimos.

Además, los niveles más activos de participación tienen un doble cruce. Por un lado, se incrementa la responsabilidad individual en todo lo que podría ser la estrategia de promoción y prevención de la salud, tales como los estilos de vida, cambios de hábitos y el cuidado de la salud, que tradicionalmente la salud pública ha señalado como las más efectivas para mejorar la calidad de vida de la población.

Entonces una de las estrategias fuertes es la atención primaria y la participación comunitaria porque mejoran la responsabilidad individual y porque activan muchas fuerzas comunitarias en esto de producir salud en términos colectivos y no sólo consumir atención médica. Por otro lado, el otro tema central con respecto a la atención primaria es el ser la llave del sistema.²⁶

El profesor Nágera, fue un gran sanitarista, que falleció en Argentina solía decir que se repite continuamente que la prevención reduce costos, en realidad la prevención aumenta los costos lejos de reducirlos. Lo que mejora es la equidad, las condiciones de vida y las condiciones de salud. El problema no es reducir costos que ,por supuesto, es una variable a ser considerada en el sistema de salud. Sino que cuando uno habla de atención primaria extrañamente desaparecen los fondos o sea no hay fondos, se hace con voluntarismo y esto no funciona.²⁷

El recurso humano que alcanza de pregrado, de postgrado inmediato, de reconversión y de educación continua es el componente más importante. Nos faltan recursos humanos en la atención primaria. Y no solo médicos, sino de enfermería, de odontología, de psicología, asistencia social.²⁸

A la gente hay que explicarle en que consiste y por qué le conviene tener en la comunidad un primer nivel de atención bien organizado. También hay que explicarles a los profesionales, por qué a ellos les conviene tener un sistema así. La participación comunitaria en salud no se

²⁵ Torres, R. (2001) Atención primaria de la salud. Nuevas Dimensiones. Pág. 127

²⁶ Torres, R. (2001) Atención primaria de la salud. Nuevas Dimensiones. Pág. 5

²⁷ Torres, R. (2001) Atención primaria de la salud. Nuevas Dimensiones. Pág. 131

²⁸ Torres, R. (2001) Atención primaria de la salud. Nuevas Dimensiones. Pág. 132

adquiere por generación espontánea, hay que organizarla y especialmente en las poblaciones más comprometidas porque tienen menos condiciones de intervenir en un programa de participación comunitaria.

El primer documento de salud que existe, un papiro egipcio, cuando clasifica los problemas de salud dice que el primero de los problemas es la pobreza. Tiene 5.000 años este concepto y sigue siendo actual.

El Estado tiene que introducirse en el problema de la equidad. Tiene que asegurarse de que haya equidad: lo primero es lo primero y lo primero son los pobres.

La atención primaria está dirigida a la equidad.²⁹

Realidad en Libertador San Martín

Lo que se vive hoy en Lib. San Martín está en amplia sintonía con la definición de Alma-Ata.

Desde la creación del C. M. S. se viene cumpliendo con cada una de estas premisas.

Bajo la ordenanza N° 858-99 la cual dio origen a la creación del C. M. S., se contempló la necesidad de brindar un servicio de atención domiciliaria gratuita de primer nivel, para los vecinos del ejido municipal de bajos recursos. Servicio dado por la municipalidad en conjunto con la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista del Plata.

El C. M. S. se mantiene económicamente (casi en su totalidad) a través de la partida que ya tiene destinado el municipio en su presupuesto. Pero hay un porcentaje pequeño, pero no por eso menos importante, de aportes que realiza la comunidad. Como así también los médicos que aportan su servicio de manera ad honorem.

El C. M. S. realiza actividades educativas y de promoción de la salud. Todos los años se brindan charlas educativas en la escuela

²⁹ Torres, R. (2001) Atención Primaria de la Salud. Nuevas Dimensiones. Pág. 137

local y las escuelas rurales, trabajando simultáneamente en el nivel inicial, enseñanza general básica (por niveles) y charlas para padres. Los temas sobre sexo, higiene, alimentación, prevención de enfermedades, promoción de la salud, etc., son presentados por los alumnos y docentes de la Carrera de Enfermería, proveyendo nuevamente la Municipalidad el traslado a los diferentes lugares.

También la Carrera de Enfermería, con el apoyo Municipal ofrece todos los años cursos psicoprofilácticos de preparación para el parto, cursos de primeros auxilios.

Como hemos podido apreciar todos los elementos conceptuales clásicos y reconocidos de la atención primaria de la salud están siendo utilizados en lo que se refiere a la prestación del servicio que se brinda. Porque la atención es: integral (bio-psico-social), integrada (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social), continuada y permanente, activa, accesible, trabajo en equipo, comunitaria y participativa, programada y evaluable, docente e investigadora.

CAPÍTULO III

Metodología

Sujeto

Los verdes trigales fueron los testigos de ese grupo de cinco o seis hombres que al caminar dejaban las plantas caídas y que en cierto espacio abierto con fe, esperanza y amor unieron el cielo y la tierra entregando su proyecto –la fundación de un colegio - a la bendición del Altísimo. En 1898 se resuelve la fundación del Colegio Adventista del Plata, hoy U. A. P. , en 1899 se resuelve su ubicación en el lugar que hoy conocemos como “La Colina de la Esperanza”. Y en 1908 se resuelve la fundación del Sanatorio Adventista del Plata.

Los primeros habitantes de Libertador San Martín llegaron motivados por una esperanza profunda y solemne, que se manifestaba en todas las acciones cotidianas. Creían con fervor que ser cristiano era vivir el cristianismo tal como está expresado en los Evangelios. Había que prepararse para el encuentro con Jesucristo.

La primera edificación de esta llamada “colina de la esperanza” fue una casa sencilla que debía ser una escuela. Allí los niños y jóvenes debían aprender todo aquello que los convirtiera en hombres y mujeres útiles a la sociedad y a si mismos en esta vida. Pero había un propósito más abarcante: que la virtud de la esperanza cristiana eche profundas raíces en la mente y el corazón de cada joven, de manera que logren triunfar sobre el egoísmo humano, el amor desmedido a las cosas materiales y el imperante descreimiento religioso. Hombres y mujeres de fe en Dios, amantes del trabajo arduo y honrado, fueron el ejemplo diario de la generación que creció con los fundadores.

Luego de casi un siglo, los habitantes de Libertador San Martín denominaron al lugar “colina de la esperanza” aún hoy, los maestros cristianos siguen impartiendo a la juventud la certeza de que las promesas expresadas en la Santa Biblia, provienen de Dios y en su momento se cumplirán.

En consecuencia, esta esperanza sigue formando jóvenes que encuentran su felicidad en hacer el bien y que tienen la robustez moral que nuestra querida patria necesita en este tiempo.

La siembra de la esperanza cristiana se realiza también en Libertador San Martín en otro aspecto. Poco tiempo después de fundado el colegio, en 1908, comenzó a prestar sus servicios a la comunidad el Sanatorio Adventista del Plata, fuente de esperanza para quienes habiendo perdido la salud, buscaban con ansias poder recuperarla.

Con frecuencia la pérdida de la salud del cuerpo va unida a la depresión producida por la enfermedad espiritual, que solamente las verdades del Evangelio pueden restaurar.

En los últimos decenios, Libertador San Martín ha crecido notablemente. No existen limitaciones para quienes desean radicarse en ella. Continuará siendo una colina de la esperanza. Hasta el presente, se advierte una identidad fácilmente reconocida por los muchos visitantes que llegan de los más diversos puntos del país.

La cultura de los habitantes, su religiosidad o respeto religioso, los hábitos de vida donde no se malgastan los recursos en los vicios corrientes, han producido un pueblo de peculiar fisonomía, expresión visible del ideal de sus habitantes.

Libertador San Martín ha acompañado la historia del país aportando hombres y mujeres preparados para servir, y ha marcado un rumbo luminoso en la tarea de la educación y la salud.

En el suroeste de la provincia de Entre Ríos, entre las ciudades de Crespo y Diamante, sobre la ruta nacional N° 131, se encuentra Libertador San Martín.

La región es incomparablemente pintoresca, con sus arroyos de aguas permanentes y sus colinas cautivantes. Se disfruta del acogedor clima de la pampa húmeda, pero la monotonía de la llanura pampeana queda ampliamente superada por una pronunciada ondulación del terreno, la cual da al observador la posibilidad de una seductora perspectiva de diversos colores, según

sean los sembrados o el trabajo agrícola en ejecución. No sin razones quienes fundaron el colegio propusieron denominar al lugar Bella Vista, pues desde esta prominente colina se observa con nitidez a Diamante y a Crespo, además de la campiña de casi veinte kilómetros que media entre cada una de estas localidades y Libertador San Martín.

Brevemente recordamos que la provincia de Entre Ríos tiene una superficie de 76.781 kilómetros cuadrados y que está rodeada por los caudalosos ríos Paraná y Uruguay.

Goza de un clima templado, con una temperatura promedio de 18°. Las precipitaciones anuales promedian 900 mm. Los vientos predominantes son del norte y del noreste, con ocasionales penetraciones del sur y del pampero. El suelo de toda la región es muy fértil y apto para la agricultura y la ganadería.

El año 1898 encuentra a unas pocas viviendas en lo que hoy es el ejido de Libertador San Martín. Donde el arroyo Ensenada y el Gómez se unen, cerca del puente ferroviario. Los pocos habitantes de la zona habitaban varias casas que constituían la aldea llamada Camarero, junto al arroyo Paraíso.

Don Pedro Camarero colonizó las tierras al este del arroyo Salto del Paraíso y de allí el nombre que primeramente tuvo Libertador San Martín.

La estación ferroviaria, que se encontraba a unos cuatro kilómetros, por unos cinco años se llamó Kilómetro 22. Alrededor de 1917 fue conocida por el ferrocarril Estación Puiggari. Ocho años después, en 1925, en una reunión de vecinos se decidió que en adelante este lugar se llamaría Puiggari, en lugar de Camarero. Para muchos todavía hasta ahora perdura el nombre de la estación ferroviaria para designar a Libertador San Martín.

Llegamos a 1950, año que el gobierno nacional dispuso que debía designarse “del Libertador General José de San Martín”.

A mediados de 1950 surgió en la mente de varios vecinos influyentes que esta localidad debía identificarse con mayor precisión, y

algunos sugirieron “Libertador San Martín”. Hasta que el 8 de noviembre de 1954, por decreto 5712, el gobernador Felipe A. Texier y el ministro R. Fernando Doval instituyen el nombre “Libertador San Martín” oficialmente.

El ejido municipal de Libertador San Martín, de aproximadamente 7.000 hectáreas y una población permanente de más de 5.000 habitantes, se distinguen tres asentamientos humanos:

- 1- Camarero, ubicado ahora sobre la ruta asfaltada, lo cual requirió que las nuevas casas se agruparan donde el camino vecinal se une con la ruta.
- 2- Puiggari, que nació como resultado de la estación ferroviaria ubicada a cuatro kilómetros del Colegio y el Sanatorio.
- 3- Libertador San Martín, lugar donde se encuentra la mayor parte de la población, rodeando al colegio y al sanatorio, las instituciones fundadoras.

La población permanente de Libertador San Martín se incrementó lentamente durante el primer medio siglo de su existencia. A medida que el sanatorio y el colegio fueron creciendo y necesitando más empleados, también la localidad aumentó su población. De acuerdo con una apreciación estadística realizada recientemente y que la municipalidad registra, en 1910 la población permanente alcanzaba a 100 personas, en 1920 había llegado a 120, en 1930 el número llegó a 150, luego en 1940 totalizó 180 y en 1950 la población alcanzó el número de 350 habitantes.

La construcción de viviendas fue realizándose con lentitud, pues no se contaba en aquellos años con las facilidades de crédito que posteriormente se obtuvieron.

En toda comunidad la necesidad de una autoridad se hace sentir en determinados momentos. En los primeros años, los directivos del colegio y del sanatorio cumplieron con esa función. En la tercera década aparece en Libertador San Martín el alcalde.

La tarea del alcalde estaba mayormente relacionada con los nacimientos y las defunciones, en estrecha vinculación con el sanatorio y

el Registro Civil de Diamante. También el alcalde actuaba en relación con el juzgado de paz cuando ello era necesario.

Como resultado de una sentida necesidad vio la luz en 1966 la “Asociación Amigos de Villa Libertador San Martín”, con personería jurídica otorgada por decreto N° 343/66 del M. G. J. E.

De esta manera pudo la “asociación” controlar en cierta medida que el crecimiento de la villa respetara normas elementales.

Durante cinco años la “Asociación” hizo en gran medida el trabajo de un gobierno local, impulsando la construcción de veredas de hormigón, interviniendo en el trazado de nuevas calles, enripiando las calles principales a fin de poder transitar los días de lluvia y exigiendo el trazado de ochavas en las esquinas.

Con el propósito de contar con los medios necesarios para materializar sus fines se estableció un régimen de cuotas a los vecinos. Ello permitió tener personal a sueldo para limpiar las calles y regarlas a fin de evitar el polvo. Tres nuevos elementos de progreso harán sentir su positiva influencia en el crecimiento de Libertador San Martín: electricidad, teléfono y asfalto durante este periodo.

El 2 de abril de 1970 la Asociación Amigos elevó a los directivos del colegio y del sanatorio el pedido de que se estudie la posibilidad de crear una municipalidad o una junta de gobierno. Prevaleció la opinión de que una municipalidad era lo más conveniente.

El 1° de septiembre de 1971, el gobernador de la provincia, brigadier (RE) Don Ricardo Favre, acompañado de una numerosa comitiva, llegaron a Libertador San Martín con el propósito de presidir el acto de creación de la Municipalidad. El gobernador dio lectura a los decretos N° 2754 del 27 de agosto y al N° 2796 del 31 de agosto de 1971.

El municipio abarcó las poblaciones de Camarero, Puiggari y Libertador San Martín.

En 1978 se comenzó la instalación de la red domiciliaria de cloacas. Pero con el veloz crecimiento de pueblo, la red cloacal y

sus lagunas de oxidación quedaron insuficientes. La necesidad de una ampliación fue encarada por la Municipalidad.

El colegio cedió a la comunidad varias hectáreas de tierra al noroeste de las vías férreas y allí la Municipalidad estableció un complejo de lagunas a fin de tratar convenientemente las aguas servidas que luego son volcadas en el arroyo Gómez.

El importante crecimiento demográfico (en 1960 la estadística registra 809 habitantes; en 1970 serán ya 1863 y en 1980 el número llegó a 3.007. En el año 1987 se realizó un cuidadoso censo, el cual dio la cifra de 3.810 residentes permanentes. Para 1991 el número de habitantes fue de 4.299 habitantes y para el 2001 de 5.277 habitantes) fue acompañado por el desarrollo edilicio y la proliferación de loteos en la zona, los que no estaban regidos por ninguna legislación local. Cada uno actuaba de acuerdo a su conveniencia o posibilidad. La autoridad del alcalde no fue suficiente en algunos casos. Comenzaron también a trazarse callejuelas que evidentemente en el futuro trabarían el desarrollo de Libertador San Martín.³⁰

Dada la creciente necesidad de prestar en forma gratuita asistencia primaria de la salud en Libertador San Martín, puesto que la parte central de la localidad, identificada comúnmente como la “Villa” y donde se concentra la mayor densidad de población, no cuenta con ningún centro de atención gratuita de salud, encontrándose el Centro Provincial de Salud más próximo en Puiggari, a una distancia de aproximadamente 3 kilómetros. Y aprovechando que en la localidad hay varios médicos que están dispuestos a colaborar prestando sus servicios ad honorem algunas horas por semana y que el mismo podrá funcionar en el edificio del Centro de Jubilados.

La Municipalidad decide crear bajo la ordenanza N° 858-99 con fecha 17 de junio de 1999, el Centro Municipal de Salud de Libertador San Martín, destinado a la prestación de servicios de atención primaria gratuita de salud a los vecinos de escasos recursos. Y se puso en marcha el 4 de octubre de 1999.

El 7 de octubre de 1999 se nombra al primer director del Centro con la Resolución Municipal N° 058-99, Dr. Héctor Fernando Cabrini, quien ofreció sus servicios ad honorem para trabajar.

La Municipalidad y la Universidad Adventista del Plata, se proponen proporcionar atención domiciliaria gratuita de enfermería dentro del ejido a vecinos de bajos ingresos. La U. A. P. brindará la atención domiciliaria gratuita a través de sus alumnos de enfermería bajo la supervisión de un docente y atención de enfermería en el C. M. S. Este docente tiene la tarea de organizar y supervisar el servicio de atención domiciliaria que realizan los alumnos de enfermería.

La Municipalidad se compromete a contribuir aportando a la U. A. P. la suma de \$ 550 por mes como reconocimiento de gastos por los servicios prestados por el docente.

También la Municipalidad proporciona junto con el Centro de Jubilados (puesto que el edificio actúa como centro de jubilados) el espacio físico en donde funciona el C. M. S.

³⁰ Wensell, E. H. (1993) El poder de una esperanza.



El Sanatorio Adventista del Plata que facilita médicos para la atención del C. M. S. y que permanentemente presta sus servicios para cubrir atención de mayor complejidad, servicios de laboratorio, rayos x, y otros estudios ya sea en forma gratuita o subvencionada a bajísimo costo.

El C. M. S. funciona de lunes a jueves en los horarios de 15:30 a 18:00 hs. La atención médica especializada se obtiene a través de turnos, que se dan en la recepción del C. M. S. o telefónicamente.



El C. M. S. es sostenido económicamente por el Municipio. Su equipamiento se efectivizó mediante donaciones de insumos médicos (camillas, instrumental, etc.) que realizó el Sanatorio Adventista del Plata o que bien fabricó el personal del Municipio. Un ejemplo de esto último lo tenemos con la camilla de pediatría, fabricada por el departamento de carpintería de la Municipalidad, con madera de árboles que surgió de la poda.



Los servicios médicos que en él se prestan, a saber clínica médica, ginecología, pediatría, urología, traumatología, oftalmología y

neurología son efectivizados por médicos del Sanatorio Adventista del Plata que prestan sus servicios, como ya dijimos de forma ad honorem, algunos en su tiempo libre, otros enviados por la institución.

Los materiales descartables, elementos para desinfección y equipamiento en general son provistos por el municipio, así como también los servicios de apoyo.

Los medicamentos que se utilizan son donados por médicos que envían muestras médicas y por la población que acerca al C. M. S. o deposita en cajas provistas en los supermercados para tal efecto, aquellos medicamentos que ya no usa. Estos a su vez son controlados y clasificados en el C. M. S. a fin de ser utilizados por pacientes que los necesitan.

Otra manera que tiene el C. M. S. para proveerse de medicamentos es a través del plan nacional REMEDIAR. Para esto el C. M. S. ha tenido que inscribirse, y todos los meses debe llenar varios formularios para poder obtener así la partida del mes siguiente.

La atención de enfermería está a cargo de la Carrera de Enfermería de la Universidad Adventista del Plata, en la persona de una docente y alumnos de la carrera.

Asisten a los médicos y atienden a los pacientes realizando control de signos vitales, colocación de inyecciones, nebulizaciones, curaciones, vendajes, consultas de enfermería, educación, actividades de contención (escuchar, consolar, aconsejar), desinfecciones, preparación de los materiales para esterilizar, educación para la salud, y los tres niveles de prevención.



También realizan pasantías de servicios a la comunidad dos alumnos de los últimos años de las carreras de medicina y trabajo social de la Universidad Adventista del Plata.

El C. M. S. también brinda a través de la Carrera de Enfermería y solventado por el Municipio, el servicio de atención domiciliaria de enfermería, en forma totalmente gratuita, a pacientes crónicos y agudos. Este servicio está coordinado por la docente que esta a cargo del C. M. S. y que a su vez es apoyada en periodos intensivos de práctica por otras docentes de la escuela.

La recepción de pedidos de atención se efectúa tanto en la Carrera de Enfermería como en el C. M. S.

Se estudian los pedidos evaluando a cuales se dará curso. En dicho caso, la docente visita al paciente y a su familia, realiza la valoración del mismo y orienta al alumno que atenderá cada caso, supervisando la

atención y efectuando el seguimiento que cada enfermo requiere y la adecuada coordinación de la atención, evaluando la misma.

La atención consta de curaciones, control de signos vitales, higiene, ejercicios, movilización, rehabilitación, recreación, atención espiritual, educación para la salud, haciendo hincapié en los tres niveles de atención.

La atención se realiza en Libertador San Martín y Barrio Camarero. Ocasionalmente en Estación Puiggari y zona rural, estando el traslado a cargo de la Municipalidad.

En el año 2000 la comunidad respondió a un pedido que se realizara en el canal de televisión local, donando ocho bicicletas para facilitar el traslado de los alumnos que realizan la atención.

Durante el año 1999 la Municipalidad hizo contactos con las escuelas rurales de la zona a fin de que la cátedra de Medicina Escolar de la Facultad de Ciencias de la Salud de la U.A.P. pudiera realizar visitas a las mismas con el objeto de que docente y alumnos pudieran realizar un examen físico a todos los niños y encuestar sobre estilo de vida y salud.

Una vez realizadas estas actividades se informó por escrito a todos los padres en cuyos niños se detectó alguna alteración, a fin de que se implementara la debida atención médica para solucionarlas.

En la actualidad se trabaja en la Secretaria de Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Secretaria de Investigación de dicha facultad, procesando y analizando los datos recogidos en las encuestas a fin de realizar acciones preventivas en base a los resultados obtenidos.

El C. M. S. realiza actividades educativas y de promoción de la salud. Todos los años se brindan charlas educativas en la escuela local y las escuelas rurales, trabajando simultáneamente en el Nivel Inicial, Enseñanza General Básica (por niveles) y charlas para padres. Los temas sobre sexo, higiene, alimentación, prevención de enfermedades, promoción de la salud, etc., son presentados por los alumnos y docentes de la Carrera de Enfermería, proveyendo nuevamente la Municipalidad el traslado a los diferentes lugares.

También la Carrera de Enfermería con el apoyo Municipal, ofrece todos los años cursos psicoprofilácticos de preparación para el parto, cursos de primeros auxilios.

Todos los vecinos que necesitan y utilizan este servicio son registrados por el Departamento de Acción Social del Municipio, quien confecciona un informe socioeconómico de los solicitantes y les otorga un carné que acredita su derecho a concurrir a ese servicio.

Durante los meses de octubre a diciembre del año 1999, el Centro Municipal de Salud atendió un total de 235 consultas, realizó 79 controles y tratamientos sencillos, efectuó 17 visitas domiciliarias y abrió 181 historias clínicas. Como ya se sabe, los pacientes fueron atendidos por profesionales médicos que trabajan ad honorem y por enfermeros y estudiantes de enfermería de la U. A. P.

Para el año 2000 el Centro Municipal de Salud, atendió un total de 1.663 consultas, se realizaron 2.164 controles de tensión arterial, se dieron 60 colocaciones de inyecciones, 59 nebulizaciones, 241 curaciones, 12 vendajes, 39 tomas de papanicolau, 30 vacunaciones, 3 extracciones de puntos y fueron abiertas 279 historias clínicas. Los estudiantes de enfermería realizaron 1.109 atenciones domiciliarias a pacientes realizándoles: curaciones, control de signos vitales, higiene, ejercicios, movilización, rehabilitación, recreación, atención espiritual, educación, etc. También se realizaron tres charlas de salud: “hipertensión” y “educación sexual”.

Durante el año 2001 en el Centro Municipal de Salud se atendió un total de 3.036 consultas, se realizaron 2.212 controles de tensión arterial, se hicieron 163 colocaciones de inyecciones, 82 nebulizaciones, 176 curaciones, 14 vendajes, 46 tomas de papanicolau, 86 vacunaciones, 4 extracciones de puntos, y fueron abiertas 283 historias clínicas. Los estudiantes realizaron 1.109 atenciones domiciliarias a pacientes. También se dieron charlas de salud: 7 de educación prenatal y 9 de lactancia materna, 2 de educación sexual y una de fiebre dengue.

En el año 2002 el Centro Municipal de Salud atendió 5.003 consultas y se abrieron 279 historias clínicas de un total acumulado de 1.022. Se realizaron 3.189 controles de tensión arterial, se hicieron 88 colocaciones de inyecciones, 406 nebulizaciones, 131 curaciones, 22 vendajes, 9 extracciones de puntos, 160 vacunaciones. Los estudiantes realizaron 1.637 atenciones domiciliarias a pacientes. También se dieron charlas de salud: alimentación por edades, alimentación en el embarazo, gestación, ejercicio, colesterol, educación sexual, hipertensión, primeros auxilios, detección precoz del cáncer de mama, etc.

En el primer semestre de este año el Centro Municipal de Salud ya lleva abiertas 136 nuevas historias clínicas de un total acumulado de 1.158. Se llevan atendidas 884 consultas médicas y 2.154 consultas de enfermería. Se realizaron ya 1.930 controles de tensión arterial. Se hicieron 91 colocaciones de inyecciones, 755 nebulizaciones, 175 curaciones, 24 vendajes, 7 extracciones de puntos, 186 vacunas. Se han dictado 28 charlas de salud en televisión, radio y auditorios, las cuales abordaron temas tales como: dengue, taller de vigilancia epidemiológica, los remedios naturales, higiene femenina, ejercicios de regel, educación pre-natal, educación sexual, entre otros.

Como hemos observado, la atención en el Centro Municipal de Salud se ha tornado mucho más compleja que desde su fundación, debido ha:

- El incremento en el número de pacientes (relacionado a la situación económica).
- El aumento de la complejidad (al haber más pacientes aumentó la variedad y gravedad de las patologías debiendo estudiarse cada caso en particular a fin de, sin dinero, dar solución al mismo).
- El deterioro de la salud de la población (relacionado a la situación económica).

- Cada vez deben realizarse con mayor frecuencia certificados médicos que no pueden ser hechos en centros asistenciales privados (de adopción, escolares, documentación).

Las consultas de enfermería han incrementado notoriamente. En ellas se evacuan dudas, orientando, educando, consolando y procurando solucionar los problemas de salud que no requieren atención médica.

Estas consultas demandan mucho tiempo a enfermería, ahorrando tiempo a las consultas médicas.

Debido al incremento en la demanda de atención, las actividades administrativas también aumentaron en igual proporción.

En la atención domiciliaria de pacientes las necesidades son cada vez más grandes debido a diferentes factores:

- La situación económica (no pueden pagar atención particular).
- Por los ajustes en las obras sociales los pacientes son enviados muy tempranamente a sus domicilios, necesitando aun de muchos cuidados que la familia no puede o no sabe brindar.
- La atención de los pacientes domiciliarios es cada vez más compleja (cada vez hay más pacientes delicados en sus domicilios, incluyendo en la actualidad pacientes con aislamiento, cuyo manejo requiere de técnicas especiales para evitar la propagación de infecciones a otros sectores de la comunidad).
- La familia o el cuidador de estos pacientes –después de agotadores periodos de atención ininterrumpida- también enferma, no teniendo en muchas ocasiones a quien recurrir para pedir apoyo.

En los períodos de receso escolar se brinda atención mínima a unos diez o doce pacientes domiciliarios.

Materiales

Los materiales que se utilizaron para poder realizar la recolección de la información fueron suministrados por la directora del C. M. S. la Lic. Febe de Lavooy, la Secretaria de Acción Social de la Municipalidad Lic. María Teresa Disint, el jefe del Dpto. Contable de la Municipalidad Cdor. Rubén Benhardt y el señor Secretario Municipal Don Carlos Cantero.

Los materiales que fueron provistos por la directora del C. M. S. los tenemos en el Anexo I. Y los otorgados por la Secretaria de Acción Social se encuentran en el anexo II. Son planillas y formularios que deben confeccionarse para obtener la información necesaria ya sea para el Ministerio de Salud de la Prov. de Entre Ríos, para las estadísticas del C. M. S. y para el Plan REMEDIAR.

Con el señor Secretario Municipal como con el Cdor. Benhardt se tuvieron sendas entrevistas, las cuales fueron muy productivas para la obtención de la información económica-financiera.

Procedimiento para la recolección y análisis de datos

Se tomaron las planillas trimestrales con que cuenta el C. M. S. (modelo en el anexo I), para poder ver y evaluar el uso y crecimiento del servicio que se presta en el C. M. S. Se confeccionó, en base a la información obtenida, una planilla resumen anual, para poder comparar y ver el crecimiento sostenido que se viene dando en el C. M. S. Estos datos se compararon a su vez, con las estadísticas del Municipio, para darle un marco más serio al estudio.

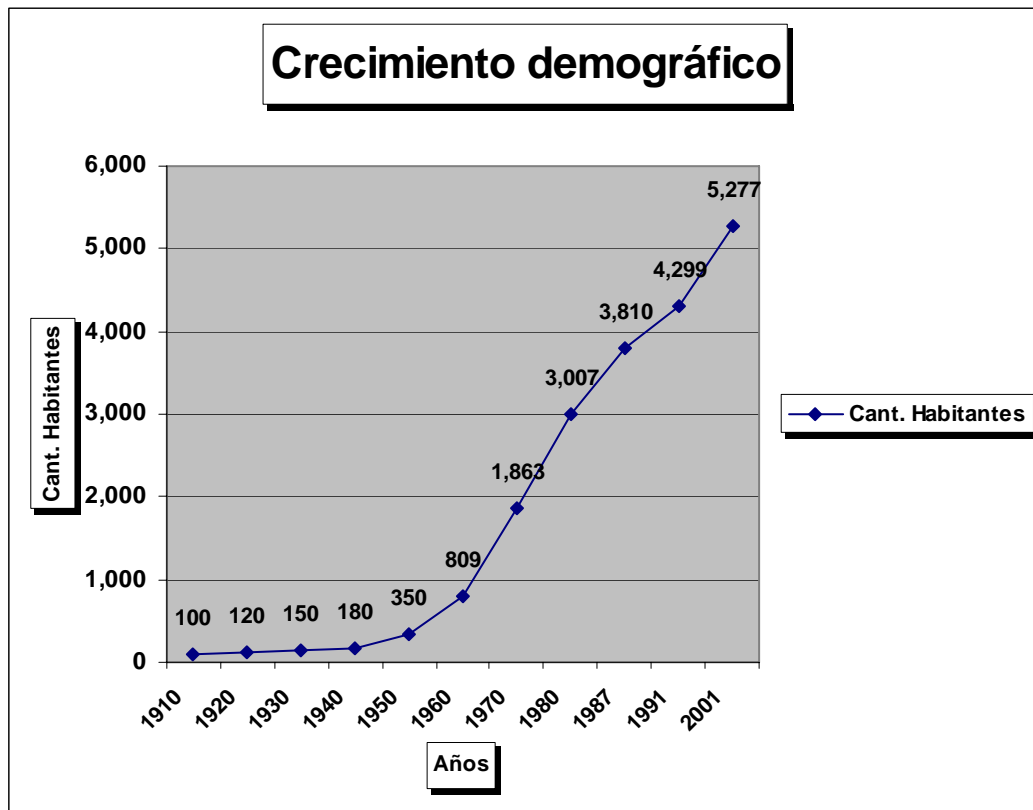
También se obtuvieron datos del gasto en salud del Municipio año tras año, y lo que representa cada partida en el presupuesto anual.

Las entrevistas con la directora del C. M. S, la Secretaria de Acción Social de la Municipalidad, el jefe de Dpto. Contable y con

el señor Secretario Municipal, han servido de guía al momento de analizar los datos y los resultados obtenidos.

CAPITULO IV

Representación gráfica de datos recolectados



Fuente: “El poder de una esperanza” Egil. H. Wensell – Univ. Adventista del Plata.

Podemos ver como década a década la población ha ido aumentando en forma paulatina. En la década del '50 se percibe un aumento importante, siendo de allí en mas notable y pronunciado.

CUADRO RESUMEN DE ACTIVIDADES DEL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD

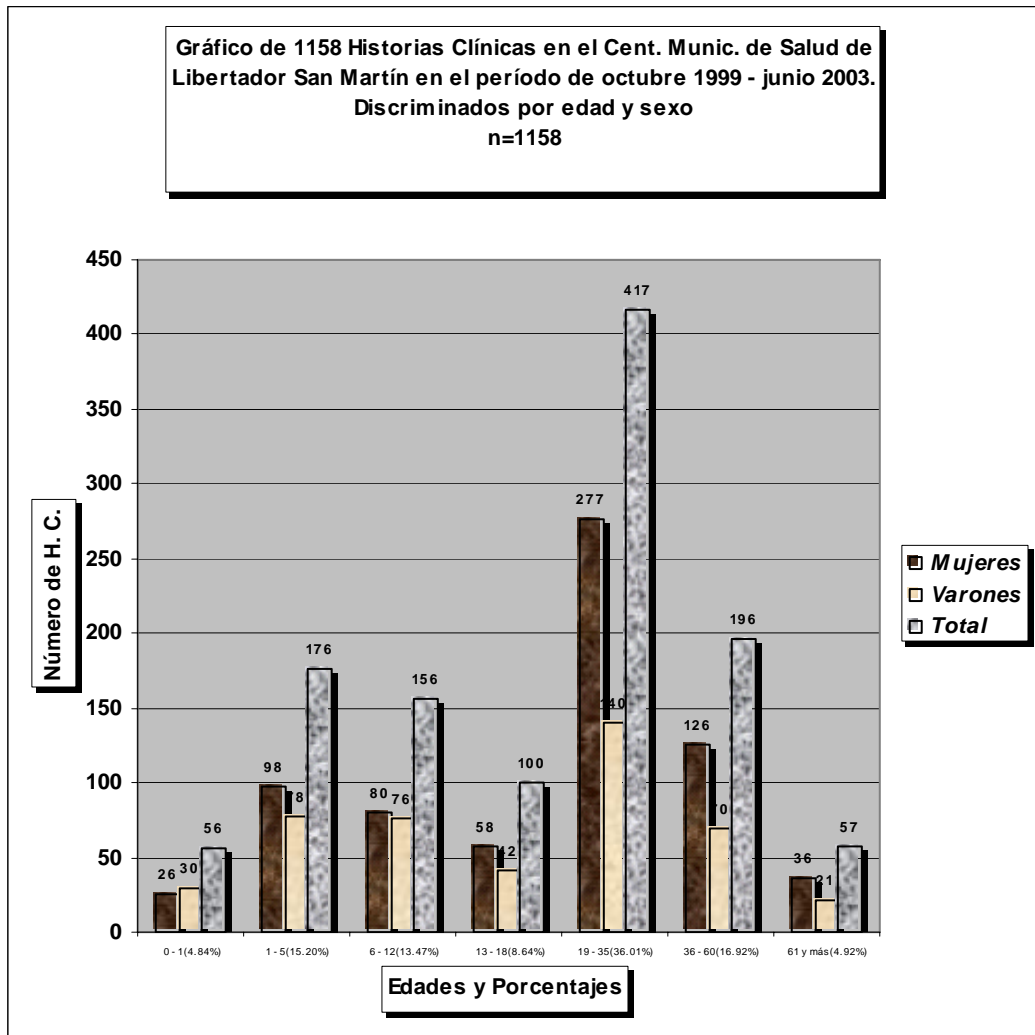
PERIODOS	10 AL 12/99	2000	2001	2002	1° Sem. '03
Apertura de H.C.	181	279	283	279	136
ACUM.H.C.	181	460	743	1022	1158
Cons. Generales	68	366	593	600	333
Cons. Ginecológicas	19	200	280	400	203
Cons. Pediátricas	47	229	265	535	286
Cons. Traumatológicas	13	12	27	45	42
Cons. Urológicas	1	5	10	9	2
Cons. Cardiológicas	12	52	0	0	0
Cons. Oftalmológicas	55	1	19	23	7
Cons. Neurológicas	1	5	0	7	11
Total Cons. Médicas	216	870	1194	1619	884
Total Cons. Enfermería	19	753	1842	3384	2154
Control T.A. (Centro Municipal de Salud)		616	1064	1465	1066
Control T.A. (Domicilios)		1548	1148	1724	864
Total Control de T.A.	47	2164	2212	3189	1930
Colocación de Inyecciones	10	60	163	88	91
Nebulizaciones	0	59	82	406	755
Administración de Enemas	0	1	36	27	18
Curaciones	10	241	176	131	175
Vendajes	3	12	14	22	24
Charlas de Salud	1	2	18	60	28
Visitas domiciliarias (Médico)	1	2	1	7	0
Visitas domiciliarias (Enfermera graduada)	16	406	781	1041	478
Derivaciones al Sanatorio Adventista del Plata	0	7	10	26	8
Derivaciones a Asistencia Social	2	4	10	18	0
Pedidos de interconsulta	7	8	10	11	0
P.A.P.	4	39	46	53	33
Análisis Urgentes	3	2	4	22	171
R.X. Urgentes	1	2	4	2	52
Extracción de puntos	0	3	4	9	7
Vacunas	0	30	86	160	186
Exudado vaginal	0	3	1	9	11
Resección de lipoma	0	0	1	0	0
Extracción de lunar	0	0	1	1	1
Lavado de oídos	0	0	14	2	0
Extracción de uña encarnada	0	0	2	0	1
Infiltraciones	1	0	0	0	0
Atención domiciliaria	0	836	1109	1637	0
Pacientes atendidos en domicilio	11	107	82	28	39
Días de atención mensual	49	205	180	217	99
Colocacion DIU	0	0	1	6	1
Educación pre-natal	0	0	5	0	0
Tratamiento de micosis	0	0	0	48	0
Topicación de verrugas	0	0	0	26	0
Topicación de cuello uterino	0	0	0	3	0
Topicacin de amigdalas	0	0	0	2	0
Prome diario de C/Méd. (p/día atención)	3,22%	4,27%	6,66%	7,46%	8,92%
Promedio diario de C/Enf (p/día atención)	0,38%	3,67%	10,23%	15,59%	21,75%

Fuente: “Planillas de informe de actividades trimestrales del Dpto. de Estadísticas del C. M. S.”

Este cuadro nos muestra la actividad total que se ha desarrolla en el C. M. S. hasta la fecha.

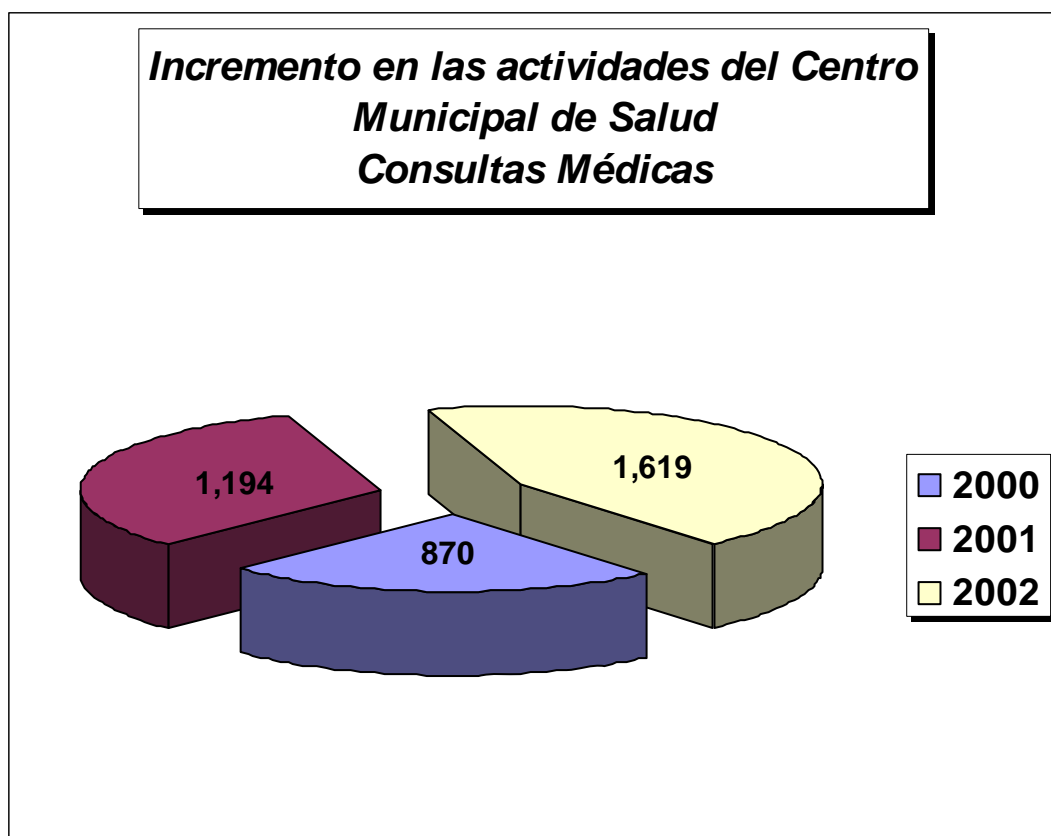
Comienza con el último trimestre del año 1999 que marca el inicio de las actividades del C. M. S. y termina en la última columna con la información del primer semestre del año 2003.

Podemos destacar el incremento de los servicios presados años tras año.



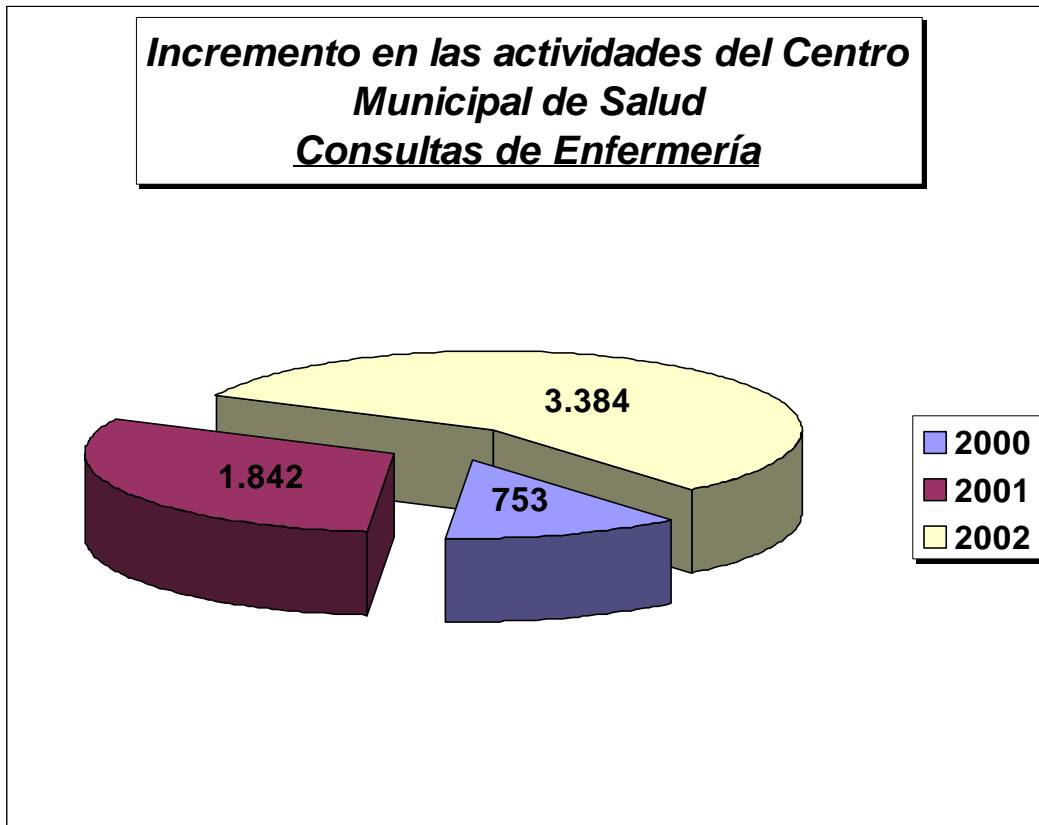
Fuente: “Dpto. de Estadísticas del C. M. S. ”

Este gráfico discrimina por edad y sexo el total de historias clínicas abiertas hasta la fecha del último informe. Podemos resaltar que el mayor porcentaje se encuentra dentro del grupo hetero de 19 a 35 años. Esto demuestra que este grupo comprendido por individuos jóvenes, en plena edad productiva, no cuenta con los medios necesarios para acceder a una asistencia privada. Señalando el problema socioeconómico en el cual estamos inmersos.



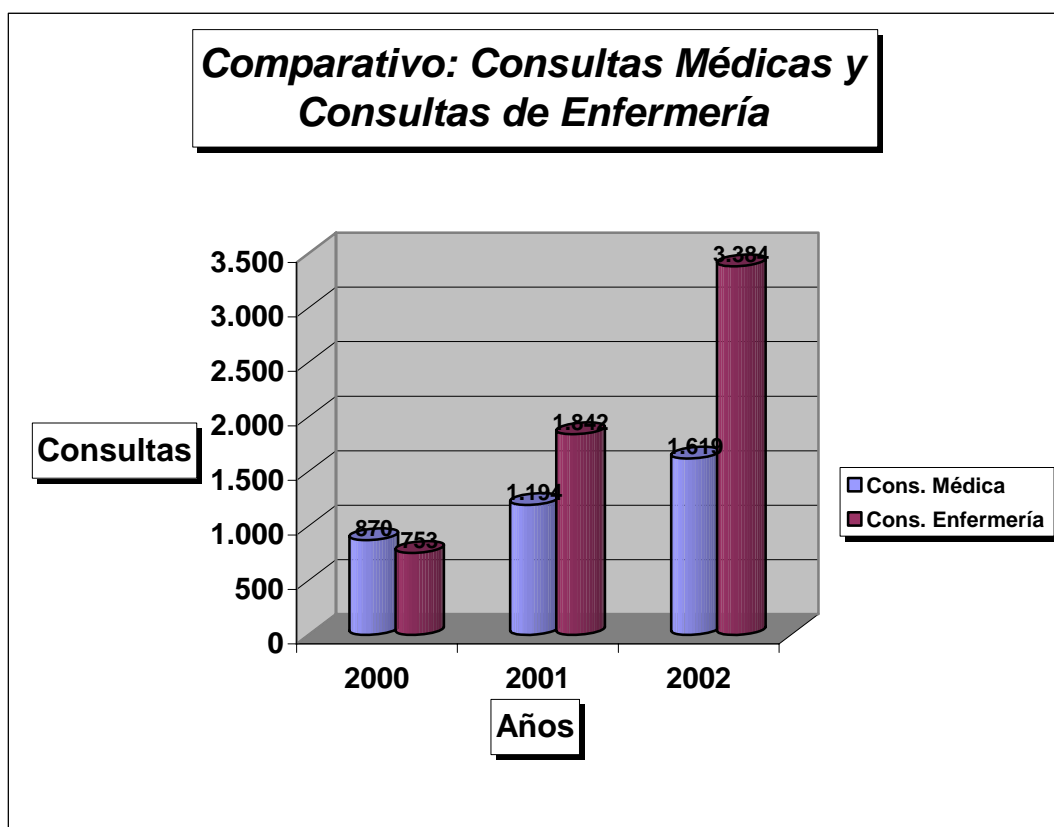
Fuente: “Planillas de informe de actividades anual del Dpto. de Estadísticas del C. M. S.”

Este gráfico refleja el incremento que se ha suscitado de un año a otro con respecto al total de consultas médicas. Se tomaron las consultas totales de los años 2000, 2001 y 2002. Debido a que del año 1999 solo poseemos información del último trimestre y el del 2003 no está terminado.



Fuente: “Planillas de informe de actividades anuales del Dpto. de Estadísticas del C. M. S. ”

Este gráfico también refleja el incremento que se ha suscitado de un año a otro pero con respecto al total de consultas de enfermería. Igual que con las consultas médicas se tomaron las consultas totales de los años 2000, 2001 y 2002. Debido a que del año 1999 solo poseemos información del último trimestre y el 2003 no está terminado.

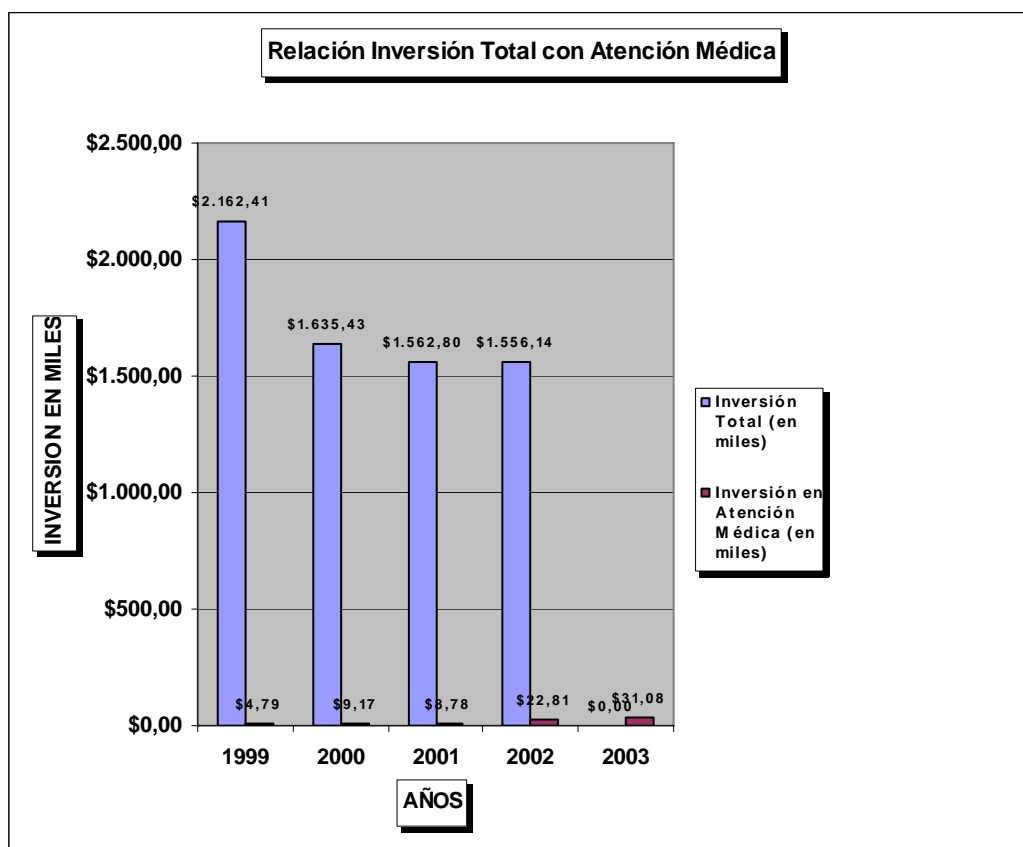


Fuente: “Planillas de informe de actividades anuales del Dpto. de Estadísticas del C. M. S.”

Este gráfico compara las consultas médicas con respecto a las consultas de enfermería en los años 2000, 2001 y 2002.

Podemos notar que en el año 2000 las consultas médicas son levemente superiores a las de enfermería. Situación que se revierte en los años subsiguientes, inclusive de una manera muy marcada. Este fenómeno se debe a que la gente ha ido ganándole más confianza al servicio de enfermería. Las actividades de rutina que antes podían ser hechas por un médico, ahora las hace directamente el servicio de enfermería.

Lo que ha generado un incremento en las actividades de la enfermería, pero que a su vez, ha tenido un considerable ahorro del tiempo médico. Beneficiándose de esta manera la calidad de la atención médica.

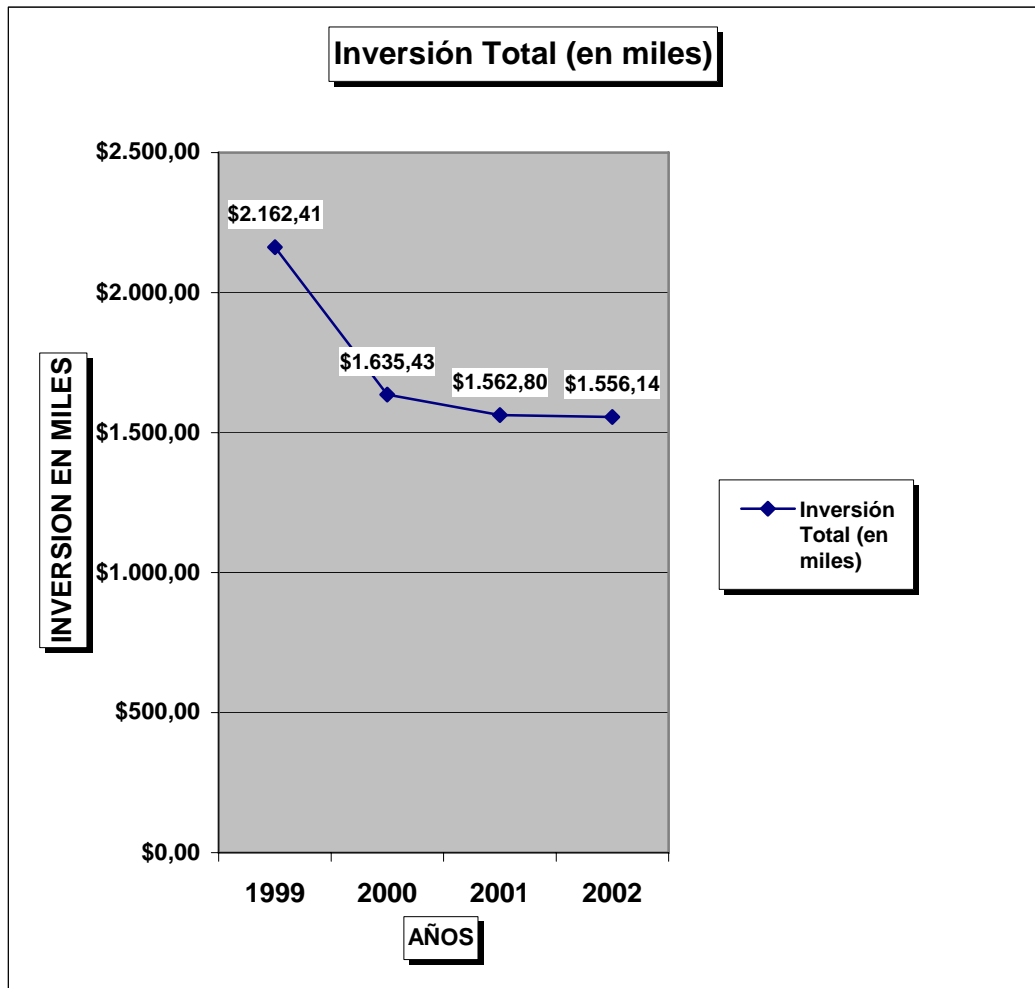


Fuente: “Presupuestos anuales de la Municipalidad de Libertador San Martín”

Como podemos observar, este gráfico nos muestra la importancia que tiene el C. M. S. para la municipalidad. De allí el incremento tan notorio de un año a otro, en lo que respecta a la atención médica.

La leve baja que se nota en el año 2001, se produce por la gran crisis económica que sufrió el país. Debido a esto, el municipio decidió invertir menos, y actuar con precaución ante los hechos que ocurrieron.

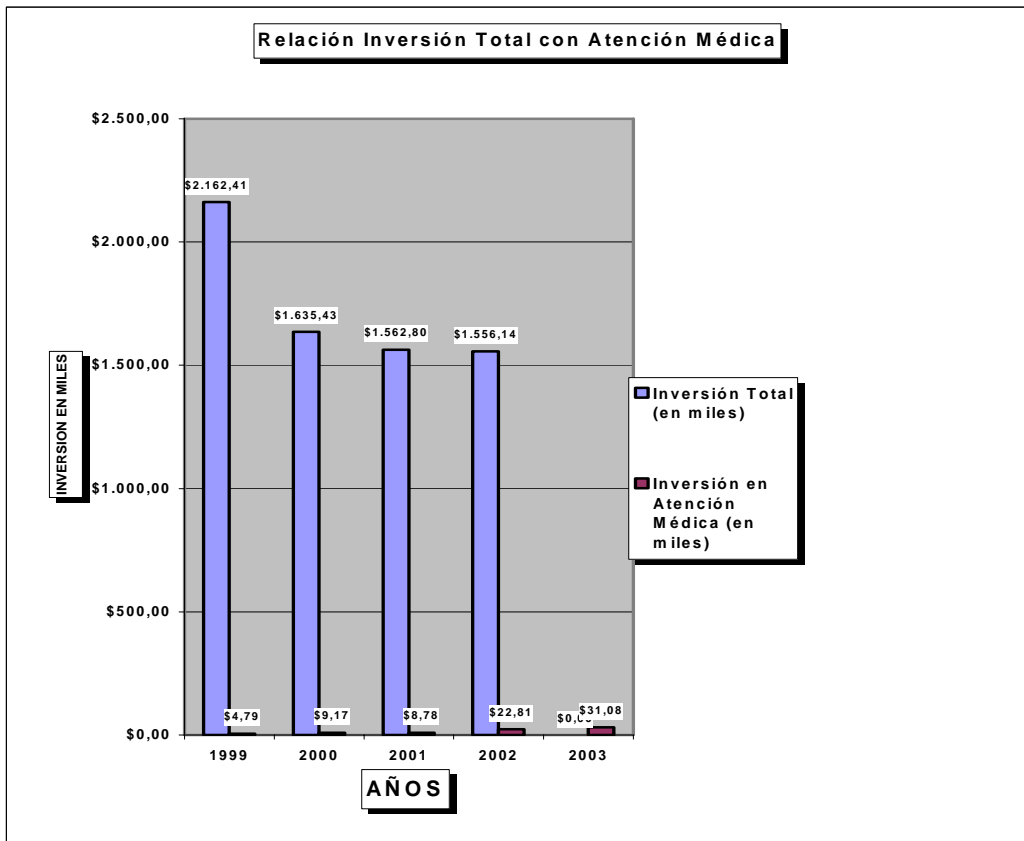
Pero en el 2002 vemos el aumento de la inversión, lo que nos habla de las necesidades que tiene el centro. Como así de la utilización que la comunidad hace de él, por lo que requiere de mayor cantidad de insumos.



Fuente: “Presupuestos anuales del Municipio de Libertador San Martín”

Debido a la gran incertidumbre económica del país, y en especial a la que se vivía en la provincia de Entre Ríos, el municipio decidió relegar el gasto en inversiones totales que tenía previsto hacer para estos años.

Dando de esta forma prioridad a gastos en salud, acción social, sueldos, etc.



Fuente: “Presupuestos anuales de la Municipalidad de Libertador San Martín”

Este gráfico nos muestra claramente, que mientras la inversión total fue disminuyendo de un año a otro, la inversión en atención médica fue creciendo.

CAPITULO V

Conclusiones

Gracias a este trabajo, se logró introducir dentro del presupuesto para el año 2004, la compra de una computadora para el C. M. S. La cual será de mucha utilidad para la recepción de pedidos de turnos, estadísticas, entre otras cosas.

En base a los objetivos se ha arribado a lo siguiente:

- 1- Como hemos podido apreciar a través del presente trabajo, el C. M. S. brinda atención primaria de la salud. Funcionando como primer eslabón, de contacto con los vecinos y las familias de la comunidad, en la cadena del sistema sanitario. Representa el primer nivel de asistencia esencial puesta al alcance de cada uno de los vecinos de la comunidad. Llevando la atención de la salud inclusive al lugar donde residen a un coste que la comunidad puede soportar. Y en cada una de las etapas existe un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. Todo esto con la idea de encontrar la equidad.
- 2- Sin la ayuda y sin la identificación con el proyecto de todos los actores del sistema (O. N. G, comuna y municipio), la coparticipación no hubiera podido funcionar. Gracias a ello es que se puede ver reflejado en los cuadros de actividades, que año tras año, ha ido aumentando la cantidad de prestaciones brindadas por el C. M. S. Como así también el número de vecinos que han podido disfrutar y utilizar el servicio. Sin la ayuda de la comunidad en su totalidad, como la de la U. A. P., S. A. P. y Municipalidad, hubiera sido casi imposible haber podido brindar en la forma eficiente y eficaz la atención de la salud de la población, y a bajo costo. Gracias también a la coparticipación, la comunidad se ha visto beneficiada

con charlas educativas que el C. M. S. dicta, con el objetivo de educar a la comunidad.

- 3- A través del convenio que tiene firmado la Municipalidad con la U. A. P. Facultad de Ciencias de la Salud, se puede formar desde el mismo comienzo, el recurso humano necesario e idóneo para poder llevar a cabo semejante tarea. El C. M. S. ha podido funcionar siempre como instrumento formador de recurso humano para el área de la salud. Los estudiantes, salen con una visión diferente, en cuanto a todo lo que tiene que ver con la atención primaria y el manejo de los recursos materiales que siempre son escasos.
- 4- A raíz de la coparticipación, lo que un momento se había gestado y visto como una cuenta más de erogación de dinero, rápidamente se vio demostrado que estaba muy lejos de la realidad. Porque con una baja partida del presupuesto municipal para el área de salud (como se puede apreciar en el cuadro), el C. M. S. logró que ese dinero se viera reflejado como una inversión al corto plazo, debido a la integración que se logró hacer con las O. N. G y la comunidad. Quienes se encargaron de suministrar todos aquellos recursos necesarios para brindar el mejor servicio a tan bajo costo.
- 5- Nada de esto se hubiera podido lograr, sin la responsabilidad de los vecinos a la hora de tener que abonar sus tasas municipales. Han visto con creces y en forma tangible, como a través del pago de los respectivos impuestos municipales, la municipalidad ha podido retornar ese dinero a la comuna a graves de un servicio tan importante e imprescindible como lo es el que presta el C. M. S. en una forma tan eficiente. Lo que se ve como un gran beneficio para los vecinos, que en momentos de crisis como vive nuestro país, una de las cosas más importantes que busca es asegurar de alguna manera el cuidado de su salud.

Recomendaciones

Este trabajo pretendió demostrar que un trabajo coparticipativo produce un crecimiento a todos aquellos que intervienen. Por lo tanto se recomienda continuar con este tipo de modalidad de trabajo.

Para futuras investigaciones sería de gran utilidad poder contar con un sistema informatizado estadístico de todas las actividades que realiza el C. M. S.

El municipio de Lib. San Martín que desde su creación tiene como pilar el cuidado de la salud siga haciendo aportes en este sentido

Que este trabajo se publique para que otros municipios hagan un análisis de lo que tienen, para poder utilizarlo para mejorar

Las instituciones sanitarias, educativas, municipales sigan trabajando coordinadamente pensando en el bien social.

ANEXOS I

- 1- Historia Clínica de Adultos.
- 2- Historia Clínica Pediátrica.
- 3- Formulario de las prestaciones efectuadas en personas sin Historia Clínica.
- 4- Formulario de Atención Domiciliaria.
- 5- Formulario de Informes a Salud Pública.
- 6- Formulario de Informe de Actividades (Semanales y Mensuales).
- 7- Formulario para investigación y corredores epidemiológicos.
- 8- Formulario de pedido de insumos descartables.

ANEXO II

1. Formulario ficha socioeconómica.

BIBLIOGRAFIA

ADECRA. Revista de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina. Año 6 (2003) Número 1.

Alessandro, L. (2003). *Municipios saludables: una opción de política pública*. Buenos Aires: O.P.S.

Dysinger, W. (1998). *Estilo de vida hoy*. Buenos Aires. Asociación Casa Editora Sudamericana.

Gobierno de Entre Ríos. Subsecretaría de Planeamiento y Desarrollo. (1987) *Información Básica de la Provincia de Entre Ríos*. Argentina.

Martínez Navarro, F. y colaboradores. (1998) *Salud Pública*. McGraw-Hill-Interamericana. España.

Mascheroni, R.L y Beltzer, A.H. (1998). *Breviario Ecológico. Ideas para la reflexión y la concientización sobre la problemática ambiental*. Santa Fe. Imprenta LUX S.R.L.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2003) *Situación de Salud en Argentina 2003*. Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud. Argentina.

Municipalidad de Libertador San Martín. (1999). Anuario Municipal. *Una Gestión que da Frutos*. Entre Ríos.

Municipalidad de Libertador San Martín. (2000). Anuario Municipal. *Una Gestión que da Frutos*. Entre Ríos.

Municipalidad de Libertador San Martín. (2001). Anuario Municipal. *Una Gestión que da Frutos*. Entre Ríos.

Municipalidad de Libertador San Martín. (2002). Anuario Municipal. *Una Gestión que da Frutos*. Entre Ríos.

Municipalidad de Libertador San Martín. (2003). Anuario Municipal. *Una Gestión que da Frutos*. Entre Ríos.

Nieman, D.C. (1992). *Los adventistas y la salud*. 1ª. Ed. Buenos Aires. Asociación Casa Editora Sudamericana.

O.P.S. (2002). *Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida*. División de Promoción y Protección de la Salud. U.S.A.

O.P.S. (1997). *Municipios Saludables*. Colombia. Cargraphics S.A.

Restrepo, H.E. y Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá. Editorial Médica Panamericana.

Torres, R. (2001). *Atención primaria de la salud. Nuevas dimensiones*. Buenos Aires. Ediciones ISALUD N° 3.

Vanossi, J.R. y otros. (1984). *El Municipio*. Mendoza. Ediciones Ciudad Argentina.

Wensell, E.H. (1993). *El poder de una esperanza*. 1ª. Ed. Buenos Aires. Asociación Casa Editora Sudamericana.

White, E.G. (1999). *Ministerio de Curación*. 5ª. Reimp. Buenos Aires. Asociación Casa Editora Sudamericana.

XXII Congreso Iberoamericano de Municipios. *Municipio, Transparencia y Sociedad*. La Plata (Argentina). (1994). Madrid. Federación Española de Municipios y Provincias.

Direcciones de Internet: Con Hipervínculos

Programa Municipios Saludables. ¿Qué es un municipio saludable?
<http://extension.udea.edu.co/pms/munsalud.htm>. Universidad de Antioquía.

Programa Municipios Saludables. Propósito y objetivos.
<http://extension.udea.edu.co/pms/objetivos.htm>. Universidad de Antioquía.

Programa Municipios Saludables. Antecedentes.
<http://extension.udea.edu.co/pms/antecedentes.htm>. Universidad de Antioquía.

Programa Municipios Saludables. Generalidades.
<http://extension.udea.edu.co/pms/generalidades.htm>. Universidad de Antioquía.

Municipios saludables, un enfoque integral de la promoción de la salud.
<http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature35.htm>. O. P. S.

Redes estatales de municipios saludables. <http://www.municipio-saludable.gob.mx/redes1.htm>. Municipios Saludables.

Municipios saludables en México. <http://www.municipio-saludable.gob.mx/muni1.htm>. Municipios Saludables.

Boletín electrónico M@S SALUD AÑO I, N° 2, agosto de 2001.
<http://novedadesenred.com/v2/pages/numero.asp?ArtID=443>. M@S SALUD.

Resumen ejecutivo. <http://www.sns.gov.bo/Resuejec.htm>. Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia.

Ciudades Saludables. http://www.ubp.edu.ar/todoambiente/agenda_21/salud.html. Universidad Blas Pascal.