

Un nuevo modelo para la gestión de recursos humanos en salud

Mariela Rossen

Introducción

En los últimos meses de 2001 y la primera mitad de 2002 se desató en Argentina una crisis política, institucional y socioeconómica sin precedentes en el país. A la crisis de autoridad y de legitimidad se sumó una fuerte caída de los ingresos reales y un aumento considerable de los niveles de desocupación, pobreza, marginación y exclusión social. Una de las expresiones más brutales de la crisis fue el aumento de la inequidad simbolizado en el crecimiento de la brecha que separaba a la población más pobre -que menos participación tiene en el total de ingresos del país- de los grupos más ricos que recibían entonces 33,7 veces más de ingresos que los primeros. Esta situación de profundo estancamiento y recesión económica trajo como consecuencia un profundo deterioro de las condiciones de vida de la población que tuvo implicancias concretas sobre el sistema de salud: la cobertura del subsector de obras sociales disminuyó del 64% de la población total en los años 90, al 48% en el año 2001.¹ En el año 2004, alrededor del 50% de las mujeres en edad fértil y del 42% de los niños hasta 4 años no tenían cobertura de seguridad social (MSAL, 2004: 8-17).

En este contexto, el sector público concentró la atención de gran parte de la población que antes recibía asistencia en los otros subsectores, especialmente los habitantes más pobres de las zonas urbanas marginales y suburbanas. Este aumento de la demanda y limitaciones en el 1er. Nivel de Atención produjo, entre otros efectos: restricciones del acceso al primer nivel de atención -en razón de su limitada capacidad resolutoria-; limitada implementación de acciones en promoción de la salud y prevención -como son los controles de calidad en el niño sano y la embarazada, al centrarse en la atención de la demanda por patología-; acotadas posibilidades de trabajo con la comunidad para la detección precoz de riesgos y la realización de actividades de educación para la salud. La persistencia de tasas elevadas de morbilidad materna e infantil producida por causas reducibles, señalaban que era preciso brindar respuestas más efectivas, mejorar la calidad de atención en los servicios y profundizar las acciones de promoción y prevención.

A partir de la profunda crisis económica, social y política referida, a comienzos de 2002 el Poder Ejecutivo Nacional decretó la “Emergencia Sanitaria Nacional” a través de la cual estableció las prioridades del Estado nacional en el ámbito de las políticas de salud. Era preciso garantizar el acceso de toda la población a servicios y medicamentos esenciales a través de respuestas eficaces que contribuyeran a revertir la situación de inequidad e injusticia en la que estaban sumergidos amplios sectores de la población.² La aprobación del Plan Federal de Salud (2004-2007) dos años más tarde consensuado entre la Nación y las Provincias como política de estado supuso la asunción del compromiso colectivo de instalar la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) en el centro de la escena. Según la misma, las acciones deben orientarse tanto hacia el fortalecimiento de redes de atención como al mejoramiento de los niveles de equipamiento y accesibilidad del primer nivel de atención a insumos básicos de salud –medicamentos, anticonceptivos, leche fortificada con hierro, etc.- de las poblaciones más pobres.³

¹ En Argentina la provisión de salud es cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado.

² Decreto 486/02. Poder Ejecutivo Nacional, Buenos Aires, 12/3/2002.

³ El Programa Remediar, el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y Plan Nacer en ejecución son expresión de la direccionalidad de la política.

Uno de los pilares fundamentales del modelo de atención basado en la APS refiere a los *recursos humanos* con los cuales se lleva adelante.

En base a este análisis situacional, surge como propuesta del Ministerio de Salud de la Nación, implementar un programa nacional, el **Programa Médicos Comunitarios (PMC)** que aumente la cantidad y calidad del recurso humano en salud, que incluya un **Postgrado en Salud Social y Comunitaria (PSSC)** teórico y práctico en servicio, para aumentar la cantidad y calidad del recurso humano en el primer nivel de atención, orientando su formación hacia el trabajo interdisciplinario y la resolución integral de los problemas de salud y enfermedad con la participación comunitaria, fortaleciendo las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Este Programa se formaliza por Resolución Ministerial en septiembre de 2004 momento en el cual comienza su ejecución.

Para su ejecución se ponen en marcha diversas estrategias: a) implementación de la articulación intersectorial entre las Universidades Nacionales, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y los respectivos Ministerios Provinciales de Salud; b) otorgamiento de becas rentadas de perfeccionamiento para realizar un postgrado en servicio en salud social y comunitaria, a profesionales médicos, trabajadores sociales, obstétricas, psicólogos, enfermeros que se incorporan a las actividades de los efectores de salud del 1er nivel de atención; c) otorgamiento de becas de formación académica a profesionales del equipo de salud que están trabajando en efectores de salud del 1er nivel de atención, interesados en obtener dicha capacitación.

El presente trabajo tiene como principal objetivo analizar el Programa Médicos Comunitarios como un nuevo modelo de gestión de recursos humanos en salud sostenido en un programa de formación específico –el Posgrado en Salud Social y Comunitaria- en habilidades para el trabajo comunitario centrado en la prevención y la promoción de la salud. Para ello se propone en, primer término, revisar los antecedentes que sustentaron su diseño; en segundo lugar, analizar los mecanismos de gestión y formación que articulan el desarrollo del programa, y finalmente presentar algunos resultados preliminares a un año y medio del inicio de la propuesta.

1.- El Programa Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria.

1.1. Antecedentes

1.1.1 Situación de salud en la población que demanda en el primer nivel de atención.

Uno de los aspectos fundamentales tomado en cuenta a la hora de diseñar la propuesta del PMC fue la situación de salud en la que se encontraba entonces la población que demandaba en el primer nivel de atención, en particular los grupos más vulnerables representados por la población materno infantil. A partir del análisis de los registros de la morbilidad y mortalidad en los distintos grupos de edad y sexo, en el momento en que fue diseñado el programa se observa que pueden ser prevenibles o reducibles mediante la implementación de acciones sencillas y de bajo costo, implementadas desde el primer nivel de atención y con la participación activa de la comunidad.

El grupo de mujeres en edad fértil, constituye un grupo de atención relevante ya que los tumores malignos de mama y útero representaban en 2004 el 12,5% de las defunciones en ese grupo. Las defunciones en mujeres en edad fértil relacionadas con la gestación (causas obstétricas directas, indirectas y post obstétricas) alcanzaban al 3% de las defunciones registradas. Las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA son particularmente importantes en este grupo, tanto en términos de la

salud de las mujeres como por la posibilidad de transmisión vertical de estas enfermedades, y el adecuado control prenatal es fundamental para la pesquisa y tratamiento oportuno.

Si bien desde este nivel de atención se brinda asistencia al total de la población, el grupo materno infantil constituye uno de los grupos poblacionales más relevantes debido, en primer lugar, a ser el que concentra el mayor número de consultas pero, además por sus características biológicas, que hacen de este grupo uno de los más vulnerables. Por ello, a continuación se presenta un análisis más detallado de su situación de salud en el momento en que fue diseñado el PMC.

La Tasa de Mortalidad Infantil para el total del país en 2003 presentó un valor de 16,5 por mil nacidos vivos. Si bien la tendencia observada ha sido decreciente a lo largo de la última década, registrándose en 2001 un valor 33% inferior al registrado en 1991 (ver Gráfico N°1), se observa en 2002 un leve incremento a expensas del componente neonatal, que fue mínimo en relación con la crisis socioeconómica que aun sufría el país. En el año 2003, comienza nuevamente el descenso de la mortalidad infantil, llegando a ser de 16,5 %. En 2004 al TMI es 14,4 % y en 2005 fue de 13,5 %. Puede advertirse, entonces, la importancia del impacto de las políticas socio sanitarias implementadas y jurisdiccionales en el interior del país. La tasa de Mortalidad Infantil registrada en 2003 varía entre 8,4 ‰ en la provincia de Tierra del Fuego y 27,7 ‰ en Chaco. Durante el año 2003 se registraban 11.494 defunciones infantiles de las cuales cerca del 60 % se relacionan con causas reducibles.

Con respecto a la Mortalidad Materna, la tasa registrada en el año 2003 fue de 4,4 por 10.000 nacidos vivos. Las causas obstétricas directas (53%) y el embarazo terminado en aborto (31%) constituyen las principales causas de defunción materna (ver Gráfico N°2). Una proporción importante de mujeres embarazadas llega al momento del parto con un número insuficiente y muchas veces tardío de controles prenatales.

Por todo lo expuesto, se estimó imprescindible incrementar en calidad y oportunidad los controles prenatales y pediátricos, dado que como queda claro a partir del análisis de la mortalidad según criterios de reducibilidad, el 60% de las causas de muerte son reducibles mediante acciones sencillas como el adecuado control prenatal, la atención del parto o acciones preventivas de bajo costo.

1.1.2. Situación de los servicios de salud

La situación de salud materno infantil en Argentina en el momento del surgimiento del programa analizada en el apartado anterior es una expresión del deterioro de las condiciones de vida de la población en ese momento. Así mismo, la crisis económica y social tuvo consecuencias profundas en el funcionamiento y las condiciones de los servicios de salud. Como consecuencia de la pérdida del empleo formal y la caída de los ingresos, muchos argentinos quedaron sin cobertura de salud tanto de los servicios de la medicina prepaga como de las obras sociales. Los problemas de eficiencia y equidad que arrastraba el sistema argentino de salud desde mucho tiempo atrás hicieron eclosión dejando al descubierto de qué modo la falta de coordinación y articulación conspiraban en contra de la conformación de un sistema de salud. El resultado más evidente era la inequidad en el acceso a los servicios. (MSAL, 2004:12)

Si bien existía una amplia red de servicios en el primer nivel de atención en todas las provincias del país, y la demanda en los centros de atención primaria se fue incrementando en un 50% a partir de la disponibilidad de insumos provistos por el Estado Nacional a través del Programa Remediar y del Programa Materno Infantil, el modelo argentino de atención seguía siendo hospitalario donde la cantidad total de consultas ambulatorias en los hospitales superaba ampliamente a las del primer nivel

de atención. La implementación de la propuesta del PMC fue una respuesta a las limitaciones en la implementación de acciones de promoción de la salud y de prevención, en la calidad de la atención y en una adecuada resolución de los problemas de salud de la población que se advertían en el momento de su puesta marcha en el año 2004.

Esta situación respondía a diferentes razones, entre las que merecen destacarse: la escasa organización y déficit de funcionamiento de las redes de atención; la escasa programación local de las actividades; dificultades para trabajar con población a cargo; el insuficiente recurso humano, y su inadecuado perfil, con limitada formación específica para resolver los problemas desde el primer nivel de atención. Es por ello que el papel de los servicios y recursos de salud es fundamental para garantizar la provisión de servicios de calidad que permitan el acceso equitativo al cuidado de la salud para toda la población (González García, 1997 a).

Frente a estas carencias y dificultades, no era posible cumplir con el desafío de consolidar un modelo basado en la atención primaria de la salud si no se incrementaba la dotación de recurso humano calificado y entrenado específicamente para cubrir las exigencias del primer nivel. El nuevo modelo sanitario, -cuyas bases condensa el Plan Federal de Salud- reconoce la necesidad de transformar el modelo de gestión de recursos humanos vigente en el país.

Ante las dificultades de las provincias para lograr este objetivo, el Ministerio de Salud de la Nación, decidió acompañarlas en este esfuerzo y liderar una estrategia, implementando el Programa de Médicos Comunitarios y el Postgrado en Salud Social y Comunitaria como expresión de un nuevo modelo de formación y gestión de recursos humanos en salud que contribuya a la puesta en práctica del nuevo modelo sanitario en ejecución. Para que el mismo comenzar a funcionar fue preciso transitar un proceso de construcción en torno a la posibilidad de participar de un mecanismo colectivo con el cual traducir en acciones concretas las orientaciones de la política de estado. A continuación se revisan algunos de los factores que en términos de *oportunidades* favorecieron su emergencia e implementación.

1.1.3. Oportunidades para la construcción de consensos

El PSSC fue pensado, diseñado y armado como un mecanismo de construcción colectiva. Una serie de factores favorecieron su rápida puesta en marcha: la voluntad política de las máximas autoridades de la salud pública a nivel nacional y provincial de llevar adelante la propuesta; la generación de un compromiso entre quienes adhirieron a la iniciativa en torno a la salud social y comunitaria, y la invitación desde el Ministerio de Salud de la Nación a “hacer” desde el acuerdo y la cooperación.

Ante la imperiosa necesidad de reforzar la presencia de profesionales en el primer nivel de atención surge la idea de llevar adelante acciones orientadas no sólo al aumento de la cantidad de los recursos humanos sino a su transformación cualitativa a través de una lógica diferente de formación. Era necesario, entonces, contribuir a modificar el modelo de atención asistencialista vigente preparando a los profesionales para una percepción más integral de las comunidades con herramientas que les permitieran trabajar con ellas desde un lugar diferente al asignado por el modelo hegemónico instalado. Mas allá de que algunos profesionales estuvieran calificados a partir de las enseñanzas de la propia práctica, no existe ninguna institución ni ninguna propuesta de formación teórico/ práctica que prepare a quienes trabajan en el primer nivel de atención para poder aplicar una estrategia de APS. En Argentina la formación en salud social y comunitaria no integra la currícula de las Facultades que tienen en sus manos la formación de los/as profesionales que a su egreso tendrán en sus manos la atención en el primer nivel

El primer paso fue la construcción de consensos con los diversos actores que habrían de participar de la implementación de la articulación intersectorial entre las Universidades Nacionales, los Ministerios de Salud provinciales y el Ministerio de Salud y Ambiente de la nación. La primera instancia de una serie de consensos sobre la cual se fue armando el PSSC fue el acuerdo de los Ministros de Salud de todas las Provincias a mediados de 2004 en el ámbito del COFESA⁴ en torno a la iniciativa. La propuesta fue aceptada en términos generales con acuerdos iniciales que marcan el comienzo del Programa: si bien no estaría orientado solamente a los profesionales médicos, serían estos los destinatarios de la primera convocatoria –octubre de 2004- en virtud de la prioridad en la necesidad de los mismos en el primer nivel de atención y de la importancia de comenzar a trabajar en un cambio en el modelo de atención. Esta circunstancia explica la denominación original del Programa que ha perdurado en el tiempo, más allá de la polifonía disciplinaria actual del mismo. Se acordó que la formación fuera en servicio y que debían ser convocadas a participar todas las Universidades del país, públicas y privadas, con Facultades de Medicina. Propiciar un espacio de encuentro con ellas fue la siguiente instancia.

A lo largo de varios encuentros entre los representantes de las Universidades que asistieron a la convocatoria y el MSAL, se logró despertar y contagiar el entusiasmo en ser activos protagonistas de la iniciativa, generándose el compromiso de colaborar desde los espacios académicos en la implementación del Postgrado.

1.2.- Propósito, objetivos y estrategias.

El *propósito* del PMC es fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud como política de estado en el marco del Plan Federal de Salud. A partir del mismo se plantean los siguientes *objetivos*:

- orientar y fortalecer la formación en Salud Social y Comunitaria y en Atención Primaria de la Salud, del recurso humano que trabaja en el 1er nivel de atención.
- mejorar la accesibilidad y calidad de atención de los Centros de Salud del I Nivel, incorporando recurso humano e implementando simultáneamente una formación de postgrado en servicio
- ampliar la cobertura de atención sanitaria y seguimiento por parte del equipo de salud de las familias más vulnerables o con situaciones de riesgo socio sanitario (indigentes, multíparas, madres adolescentes, desnutridos, poblaciones aborígenes, ancianos enfermos, discapacitados, etc.)
- promover la cooperación entre el equipo de salud y la comunidad en la implementación de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dentro y fuera del Centro de Salud.
- implementar una articulación intersectorial entre las Universidades Nacionales, los Ministerios de salud provinciales y el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Para el logro de estos objetivos las principales estrategias son: a) reforzar con recursos humanos el primer nivel de atención (a la fecha se han incorporado 4000 profesionales), b) el Postgrado en Salud Social y Comunitaria.

⁴ El Consejo Federal de Salud (COFESA) es una entidad que comienza a funcionar el 13 de enero de 1981 y de acuerdo con el decreto de creación se encuentra integrada por los funcionarios que ejercen la autoridad de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, en el de cada provincia y en la Ciudad de Buenos Aires.

2. Mecanismos de gestión y ejecución.

2.1. Nuevos aportes de recursos humanos.

Una de las estrategias llevadas adelante desde el PMC ha sido reforzar el primer nivel de atención con profesionales calificados que se incorporan a los Centros de Atención Primaria en los Departamentos con mayor cantidad de población sin cobertura de obras sociales (que recurren solamente al subsector público) y que registran peores indicadores de salud. Se trata no sólo de un aporte significativo en términos cuantitativos sino también cualitativos ya que son recursos humanos que se encuentran atravesando un proceso innovador de formación en capacidades para el desarrollo del trabajo en equipo desde un enfoque interdisciplinario.

2.2. El Postgrado en Salud Social y Comunitaria

2.2.1. Perfil de los destinatarios

El perfil de los/as destinatarios/as del postgrado incluye: médicos (toco ginecólogos, pediatras, generalistas, de familia o clínicos con residencia o concurrencia acreditada en la especialidad o título de especialista otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de su Provincia, Colegio o Consejo Médico y/o Sociedad Científica respectiva) y otros profesionales egresados de carreras universitarias de 4 años de duración como mínimo, integrantes de los equipos de salud que cumplan funciones en los Centros de Salud donde se hayan designado becarios del PMC. Los destinatarios del PSSC incluyen dos tipos de becarios: becarios con apoyo económico y beca de formación, y profesionales pertenecientes a los centros de Salud que reciben solamente la beca de formación. Respecto de los becarios con apoyo económico, en el primer llamado fueron incorporados (octubre 2004) 1100 médicos ingresados al sistema por el PMC (obstetras, ginecólogos, pediatras, generalistas, de familia o clínicos); en el segundo llamado se sumaron (junio 2005) 1800 profesionales, de los cuales la mitad son médicos con el mismo perfil que en el llamado anterior y el resto son licenciados en obstetricia, trabajo social, psicología y enfermería; por último, en el 3er llamado (junio 2006) fueron incorporados 1000 profesionales con iguales características de los del 2do llamado.

Por su parte, los profesionales seleccionados para recibir la beca de formación que ya se encuentran integrados en el subsistema público, además de poseer título universitario, deben estar desarrollando sus actividades en un centro de salud del 1er nivel de atención en el que se hayan incorporado becarios a través del programa de médicos comunitarios. Pueden cursar el Postgrado en forma gratuita, mediante una beca de apoyo para su formación, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación.

2.2.2 Características.

El PSSC busca promover la cooperación entre el equipo de salud y la comunidad en la implementación de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dentro y fuera del Centro de Salud. Para ello promueve una nueva modalidad de formación *en servicio* en los Centros de Salud, orientada hacia la mejor implementación de la estrategia de APS y el trabajo con la comunidad.

Posee una estructura modular y prevé el envío de materiales impresos de autoaprendizaje a cada uno de los alumnos. Se trata de 10 módulos referidos a los siguientes temas: 1) Salud y Sociedad; 2) Epidemiología; 3) Salud y ambiente; 4) Herramientas para la Planificación y Programación local; 5) Políticas de salud; 6) Sistemas de registro y de información en salud; 7) Salud y participación comunitaria; 8) Equipos de trabajo en salud; 9) Redes Sociales, y 10) Actualización en el manejo de

problemas de salud social prevalentes.

Con el objetivo de favorecer el seguimiento del desarrollo del curso fueron conformados *equipos docentes tutoriales* integrados cada uno por coordinadores docentes y tutores en terreno. Cada Universidad -con la no objeción de la Nación- designa a los *coordinadores docentes*, según un perfil y actividades definidos. Su función es garantizar la cobertura de la capacitación adecuando los propósitos y temáticas del curso al grupo de participantes y al estado de situación de los efectores en donde se insertan los becarios. En tanto, los *tutores en terreno* son propuestos por las provincias y/o la Universidad, contratados por esta última y también deben contar con la no objeción de la Nación. Su función es acompañar, en terreno, a los becarios durante todo el proceso de implementación de la formación, brindándoles orientaciones acerca de las actividades propuestas en los materiales de autoaprendizaje que propicien en forma permanente la adecuación a la realidad local. Las actividades presenciales desarrolladas en cada uno de los módulos se encuentran a cargo de docentes de cada una de las universidades que participan.

Si bien participan del postgrado 17 Universidades a través de sus respectivas Facultades de Medicina, se trata de una única currícula. La duración es de dos años, se encuentra financiado por el Estado Nacional y es totalmente gratuito para los alumnos.

2.2.3. Operatoria

El Postgrado en Salud Social y Comunitaria presenta un diseño innovador y complejo de gestión y formación de recursos humanos en salud en el que participan actores públicos y privados diversos, a saber: el Ministerio de Salud de la Nación; los Ministerios de Salud de las veinticuatro provincias; diecisiete Universidades nacionales y privadas a través de sus Facultades de Medicina, y los/as profesionales becarios que realizan el postgrado.

En la implementación del PSSC el rol del Ministerio de Salud de la Nación - como eje rector y orientador de la política de estado- abarca las siguientes competencias: otorgar las becas de formación en salud social y comunitaria a los profesionales seleccionados en calidad de becarios; transferir a las Universidades los fondos necesarios para el financiamiento del PSSC ; diseñar la estructura modular y de contenidos del curso; suministrar el material didáctico a los Centros de Atención Primaria; acompañar y financiar a las Universidades en la realización de las actividades de capacitación a los equipos tutoriales, y finalmente, evaluar y monitorear la gestión del PSSC a través de las acciones de un equipo central ministerial responsable de definir los aspectos operativos del proyecto. Los objetivos de aprendizaje y los contenidos específicos de cada uno de los módulos y seminarios de integración serán elaborados en colaboración entre el MSAL y las unidades académicas de cada Universidad en las que se desarrolle el postgrado.

El rol de las Universidades está orientado hacia el desarrollo del postgrado a través de la conformación de los equipos docentes, su designación y seguimiento, y la evaluación de los profesionales que participan del mismo. Cada Universidad tiene un Director de Postgrado que articula con los Coordinadores docentes que a su vez interactúan con los Tutores en terreno en contacto periódico con los Centros de Salud. En forma periódica presentan Informes académico-administrativos al MSAL a través de los cuales dan cuenta de la marcha de las actividades. Cada módulo se aprueba mediante un trabajo de aplicación y la promoción del postgrado exige la presentación y aprobación de dos trabajos integradores finales (uno al finalizar cada año).

Por su parte, los Ministerios de Salud provinciales tienen a su cargo la gestión de los Centros de Salud en los cuales se encuentran insertos los profesionales becarios del PSSC, se encuentran comprometidos con los objetivos del programa mediante acuerdos de políticas sanitarias con el MSAL y acuerdos operativos con las Universidades. El Gráfico N° sintetiza el entramado de interacciones descriptas.

2.2.4. Enfoque educativo

Como puede advertirse, la propuesta de un postgrado con estas características se inscribe en un sistema que prioriza la formación post- básica financiada con becas, integrada al enfoque estudio-trabajo en servicio. El propósito es ampliar y profundizar la formación en estrategias de intervención a nivel comunitario para promover la salud de la población en el marco de la APS

En términos de enfoque educativo, la propuesta adopta el modelo pedagógico de la problematización con el objetivo de lograr un sujeto crítico y reflexivo que problematice su realidad e intente transformarla. Desde esta perspectiva el alumno es el protagonista del proceso de enseñanza – aprendizaje y el docente un orientador que propicie la articulación constante y permanente entre la teoría y la práctica y propicie la construcción del conocimiento a partir de la interacción entre el sujeto y su realidad. Esto supone pensar que los aprendizajes relevantes para el trabajo específico en el primer nivel de atención se adquieren en el propio ámbito de trabajo y en la práctica profesional interdisciplinaria del equipo de salud que se desempeña con y para la comunidad.

En suma, el postgrado apuesta al desarrollo de nuevas competencias y actitudes para que los egresados del PSSC puedan ser **capaces** de:

- abordar la estrategia de Atención Primaria de la Salud fundamentalmente, en el primer nivel de atención con criterios humanos, científico-técnicos, sociales y éticos
- utilizar la epidemiología como herramienta para jerarquizar y abordar los problemas de salud pública de la población; c
- programar , implementar y evaluar acciones en el marco de la programación local (con un enfoque estratégico) con su comunidad, con el resto del equipo de salud y con otros actores sociales del contexto para aumentar la cobertura y calidad de atención del centro de salud;
- detectar y seguir familiar en situación de riesgo;
- diseñar estrategias de intervención efectiva;
- implementar con la comunidad actividades de promoción de la salud con la incorporación de la visión local;
- contribuir al desarrollo de acciones que mejoren las condiciones de vida mediante tareas de articulación intersectorial con otros actores sociales.

Por último, cabe mencionar que entre los meses de octubre y diciembre de 2005 se llevó a cabo la primera “Encuesta Nacional sobre Atención Primaria y Promoción de la Salud” orientada a los participantes en el Postgrado en Salud Social y Comunitaria. El objetivo general de este relevamiento fue conocer las distintas opiniones sobre temáticas de salud de los profesionales y trabajadores que operan en los Centros de Atención Primaria, e indagar sobre tópicos referidos al PSSC, en su calidad de participantes del PMC⁵.

⁵ Interesa destacar que el 32,9 % de los entrevistados se percibía a si mismo protagonista de un proceso de cambios y transformaciones, siendo los obstáculos identificados más importantes la falta de percepción de una visión compartida del cambio, la falta de reconocimiento de la adquisición de nuevos conocimientos y la falta de promoción de los nuevos aprendizajes relacionados con la promoción de la salud.

Reflexiones finales

En la implementación del Programa Médicos Comunitarios, Postgrado en Salud Social y Comunitaria, se encuentran involucradas en la actualidad las 24 jurisdicciones provinciales de la República Argentina. Las provincias participan a través de 450 Municipios, con 1560 Centros de Salud y 238 Centros de Integración Comunitaria, donde desempeñan las actividades los profesionales comunitarios. Importa destacar que se encuentran cursando el Postgrado 7071 profesionales de distintas disciplinas correspondientes a las tres cohortes incorporadas desde 2004 a la fecha.

Luego de un año y medio de desarrollo del Programa y a un año del comienzo del Postgrado en Salud Social y Comunitaria, se advierten importantes logros. Se ha producido una ampliación de la cobertura en los Centros de Salud involucrados en el Programa: en el año 2005 se registraron 3,55 millones más de consultas que en el año 2004⁶. Se ha producido una disminución de la mortalidad infantil⁷, fundamentalmente a partir de la disminución de las muertes evitables por diagnóstico y/o tratamiento oportuno en el primer nivel de atención. La Tasa de Mortalidad Infantil ha descendido de 16,5 en el año 2003 a 13,5 en el año 2005.

El nuevo modelo de formación de recursos humanos ha impactado en el trabajo de los Centros de Salud, fortaleciendo el trabajo en equipo y el abordaje de los problemas de salud de la comunidad en forma interdisciplinaria. Así mismo se ha incrementado el desarrollo de actividades de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades, con la participación activa de la comunidad.

En el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, la implementación de esta propuesta supone una fuerte revalorización del trabajo en el 1º Nivel de Atención, por todos los actores de los sistemas y servicios de salud provinciales y locales.

Uno de los aspectos más innovadores del PMC y del PSSC reside en la posibilidad de vincular a los ámbitos académicos, encargados de formar a los recursos humanos, con los responsables de implementar -a nivel nacional, provincial y local- las políticas sanitarias en el país, en torno a objetivos comunes. Este proceso ha tenido como consecuencia, por un lado, el fortalecimiento de las relaciones institucionales entre las Universidades y las jurisdicciones Provinciales y/o Municipales, y por otro, el acercamiento de la Universidad a la realidad del sistema de salud.

El principal desafío de este nuevo modelo de gestión de recursos humanos en salud en marcha en la Argentina sigue siendo la formación de profesionales insertos en sus comunidades, recorriendo los hogares y los barrios, con una visión social y humanitaria de la salud, respetando las culturas y las particularidades locales, identificando grupos vulnerables, problematizando la realidad y siendo capaz de liderar procesos de transformación de su realidad sin olvidar, como ha señalado el Dr. Ginés González García que

“la capacitación del recurso humano no tiene únicamente como objetivo el de promover el ascenso social de quienes lo reciben sino que, a la vez, debe promoverse que el conocimiento que estos obtienen pueda ser una herramienta de desarrollo de la equidad social”.

⁶ Fuente: Programa Remediar-Formulario B y DEIS-MSAL.

⁷ Fuente: DEIS-MSAL.

Bibliografía

- Bello, Julio y de Lellis, Martín (2001): *Modelo Social de prácticas en Salud*. Proa XXI Editores.
- Evans, Timothy y cols. (S/F) *Desafíos a la falta de equidad en salud*. Introducción y capítulos 1, 2 y 4. Publicación Científica y Técnica N° 585. OPS.
- González García, Ginés. (1997a): *El sistema de salud en la Argentina*. Colección Temas Económicos y sociales. Fundación Omega Seguros.
- González García, Ginés. y Tobar, Federico (1997b): *La salud de los argentinos*. Ediciones I Salud. Buenos Aires.
- Grodos, D. y col. (1988): *Las intervenciones sanitarias selectivas*. Cuadernos Médico Sociales. N° 46: Diciembre de 1988.
- Huergo, Jorge y cols. (1999): *Cultura y Culturas* En: Fundamentación de los procesos educativos en el área de la Salud. Serie: Formación docente en el área de la Salud. Dirección Provincial de Capacitación para la Salud Buenos Aires.
- Kalinsky, Beatriz y Arrúe, Wille. (1997): *Claves antropológicas de la salud*. Miño y Dávila Editores. Buenos Aires.
- Kroeger, Axel y Luna, Rolando (comp.)(1992): “Contexto sociocultural”. En: *Atención primaria de la salud, principios y métodos*. México. OPS/Pax 2da edición.
- Lalonde, Marc (1996): “El concepto de ‘campo de la salud’: una perspectiva canadiense”. En: *Promoción de la Salud: una antología*. Primera sección. Desarrollo de la estructura. Publicación Científica N° 557 – OPS.
- Ministerio de Salud de la Nación – UNICEF (2003): *Mortalidad materna. Un problema de salud pública y derechos humanos*.
- OPS – OMS (1999): *Planificación local participativa: metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. N°. 41.
- Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación .Consejo Federal de Salud (2004): *Bases del Plan federal de Salud 2004-2007*, Buenos Aires.
- Ramos, Silvina y cols. (2004): *Para que cada muerte materna importe*, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación/CEDES. Buenos Aires.
- Sonis, Abraham (2000): “Equidad y salud. En: *Revista medicina y sociedad*. Vol. 23. N°. 4. 2000.
- Torres, Rubén. (2001): *Atención Primaria de la Salud. Nuevas dimensiones*. Ediciones I Salud. N° 3.
- Ashton, S. y Seymour, H. (1990): *La nueva Salud Pública*. Editorial Masson Salvat.
- Chen, L. Y col. (2002): *Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización*. En: OPS. *Desafío a la falta de equidad en la salud*. Washington.
- Evans, R. y col. (1996): “La matriz social y cultural de la enfermedad mental”. En: *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Editorial Díaz de Santos. Madrid.
- Frankel, D. (1998): “*Hacia una definición participativa en Salud*”. En: *Cuadernos Médico Sociales*. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. Nro. 44. páginas 65 a 67. Junio 1998.
- Maglio, Francisco (2001): “Fundamentación y contenido de la medicina antropológica, una mirada reflexiva del modelo”. En: *La crisis del modelo médico hegemónico actual*. Sociedad de Medicina Antropológica. 2001.

Reseña Biográfica

La Dra. Mariela Rossen es médica egresada de la Universidad de Buenos Aires. Actualmente se desempeña como Directora de Promoción y Protección de Salud, y como Coordinadora Nacional del Programa Médicos Comunitarios. Postgrado en Salud Social y Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) Argentina.

Su formación de Postgrado abarca: Especialización en Pediatría, y en Formulación y Gestión de proyectos; Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Instituto Universitario ISALUD. 2003-2004; Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. U.B.A. 1997-1998; Residencia completa en el Hospital de Pediatría “Prof. Dr. J. P. Garrahan”. 1993-1996. Postgrado en Epidemiología. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, U.B.A. Año 1996.

Entre los años 2003-2004 fue responsable de la Coordinación estratégica del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, MSAL, Argentina. En el año 2002 estuvo a cargo de la Gerencia Técnica del mismo Programa. Durante los años 2002-2003 fue Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva del Hospital Argerich, C.de Bs. As. Entre 2000 y 2001 fue Asesora técnica en temas de salud del Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes del Gobierno de la C. de Bs.As, y Consultora del grupo de Salud infantil del PROMIN. MSAL Desde el año 1996 al 1999 fue Consultora de la Gerencia de Asistencia Técnica del PROMIN. MSAL.

Ha participado de numerosas actividades académicas como coordinadora y ponente sobre temas vinculados a la Salud Pública, Políticas Sanitarias, Atención Primaria de la Salud. Participó como ponente de la XVII Conferencia Panamericana de Educación Médica, Santo Domingo, 2006. Es editora de los módulos de autoaprendizaje del Postgrado en Salud Social y Comunitaria Programa Médicos Comunitarios, Ministerio de Salud de la Nación.

Es Coautora de 4 capítulos del “Portafolio Educativo-Municipios Saludables”. Ministerio de Salud de la Nación- OPS. Año 2005, y del “Manual de apoyo para el trabajo de los agentes de salud” del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2004

Dirección laboral: Avda.9 de Julio 1925, Piso 12, Buenos Aires, República Argentina.

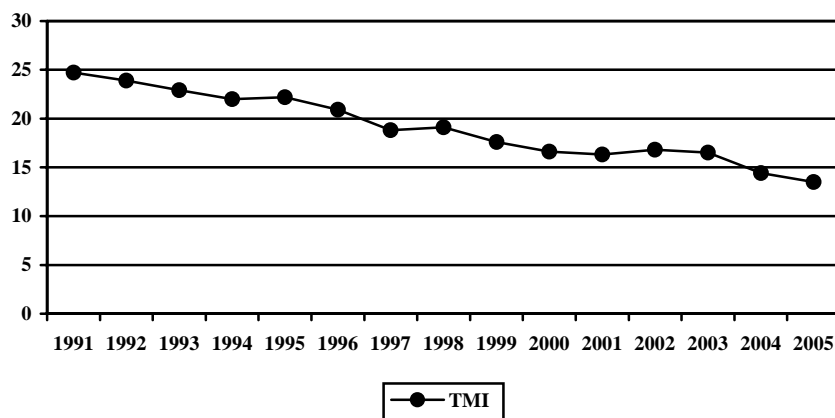
Teléfono: (00) (54) (11) 43799060

Fax: (00) (54) (11) 4379 9000 int.4908

e-mail: marielarossen@medicoscomunitarios.gov.ar

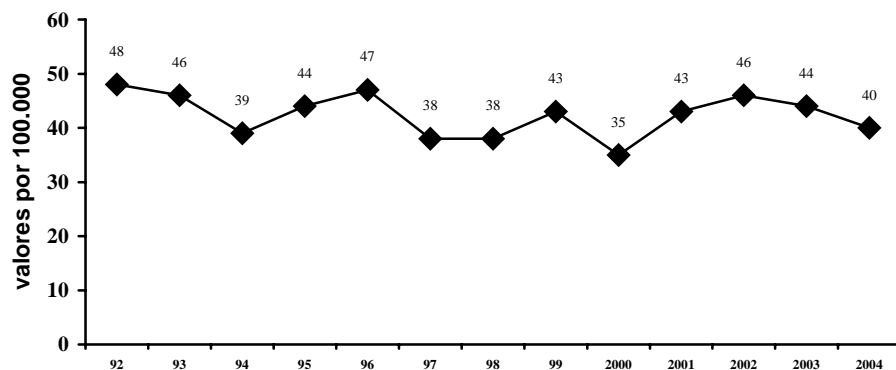
Gráficos

1) Gráfico N° 1: Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en Argentina 1991–2005



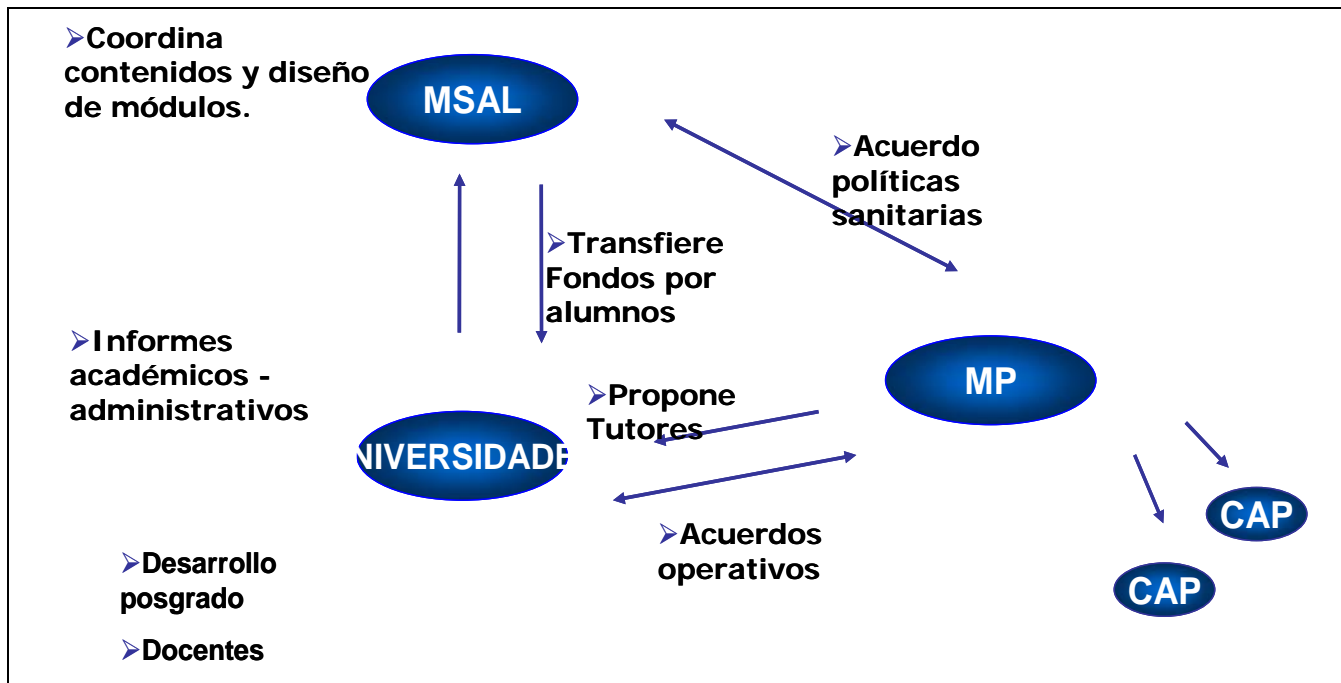
Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación, República

2) Gráfico N°: Evolución de la TMM 1992 - 2004. Total País



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina.

3) Gráfico N°: Operatoria del programa



Fuente: Programa Médicos Comunitarios.