

Policlínico Docente Güines Sur.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CONDICIONES NEOLIBERALES Y POBLACIÓN INDÍGENA DE COLOMBIA.

Dr. José Luis Valenciaga Rodríguez

Especialista de II grado en Medicina General Integral

RESUMEN

Se aborda la experiencia de organizar el Sistema de Atención Primaria de Salud en condiciones neoliberales y población indígena del departamento de la Guajira, Colombia en el periodo 1997 - 1999, se exponen las alternativas propuestas a la dirección departamental de salud, con un enfoque de medicina familiar aplicado a población indígena y condiciones políticas locales, se realizan consideraciones en tal sentido. La atención permanente por personal capacitado en áreas dispersas es un valuarate para el éxito de la experiencia.

Descriptores DeCS: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; MEDICINA FAMILIAR; VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La República de Colombia con una extensión territorial diez veces mayor que la de Cuba cuenta con aproximadamente la mitad de los médicos de nuestro país, en ella existe una tendencia al incremento de la privatización y de las políticas neoliberales, la población de uno de sus departamentos el de la Guajira en 1999 fue de 449 542 habitantes, este presenta una pirámide de población de tipo expansiva (base ancha) donde el 49,25% tiene menos de 15 años y es la región colombiana de mayor influencia indígena, representada por la etnia Wuayúu (31.66% del total) y otras etnias minoritarias: Arzarios, Koguis y Arhuacos¹, la atención en salud es precaria para las clases sociales pobres (mayoría de la población) y los antecedentes de atención primaria en salud (A.P.S) casi inexistentes².

En 1993 por ley gubernamental (Artículo 176, Ley 100) comienza la reorganización del sector salud con énfasis en la A.P.S, contituyendose el Plan de Atención Básica (PAB), marco donde se inscribe la atención primaria en Colombia, este se dirige a la promoción, prevención y vigilancia en salud pública, con esta intensión fue necesario considerar nuevos enfoques para organizar la prestación de servicios, motivado por estos elementos teóricos y por mi estancia durante dos años como asesor del P.A.B en dicho departamento, con el objetivo de mostrar las alternativas propuestas para el desarrollo de la APS en condiciones neoliberales y población indígena de Colombia (Departamento de la Guajira) expongo el presente trabajo.

Presentación de la experiencia.

Alternativas propuestas para el desarrollo de la APS en condiciones neoliberales y población indígena de Colombia. (departamento de la Guajira)

- I. Proyecto de medicina familiar
- II. Proyecto de medicina familiar con médico entrenado en medicina familiar ubicado en el equipo PAB municipal.
- III. Proyecto de capacitación y reorganización para el fortalecimiento del P.A.B
- IV. Proyecto de desarrollo en zona rural de promotoras capacitadas con atención permanente.

COMENTARIO

Alternativa I: Proyecto de medicina familiar liderado por una red de médicos y enfermeras

Consiste en la creación de una red de atención primaria con la presencia de un médico y enfermera o auxiliar, como núcleo central, en tanto la cobertura de atención depende de las posibilidades que existan para desarrollar este programa, aprovechándose la capacidad instalada de centros y puestos de salud, fortaleciéndose los vínculos de trabajo con la atención secundaria y también con la comunidad; se realizó y ofreció un programa de desarrollo de la alternativa, pero no se desarrolló por dificultades financieras

Alternativa II: Proyecto de medicina familiar Guajira con médico entrenado en medicina familiar ubicado en el equipo PAB municipal.

Esta ha sido también una alternativa escogida por otros países cuyas características geográficas, socioeconómicas y de infraestructura sanitaria, son comparables a las que identificamos en este departamento, por ejemplo Guatemala donde se le nombra Sistema Integral de Atención Comunitaria (SIAC) aunque esta forma tiene como debilidad la limitada cobertura que puede ofrecer este médico a un nivel municipal³.

Los coordinadores del PAB según la resolución 04288 del estado pueden ser profesionales de la salud (médicos, odontólogos, nutricionistas, trabajadores sociales etc.) en el caso de los médicos se logró en 6 de los 13 municipios del departamento (46.1%), donde fue nombrado un trabajador de este tipo confeccionando su red con trabajadores básicos de salud, auxiliares de enfermería y enfermeras generales. Esta alternativa ofrece mejores resultados a la observada cuando del equipo era coordinado por otro profesional, en ausencia de médico impresiona el perfil de enfermera general el más adecuado para la tarea.

Alternativa III: Proyecto de capacitación y reorganización para el fortalecimiento del P.A.B

El Proyecto de Capacitación y reorganización para el fortalecimiento del Plan de Atención Básica se desarrolló en el 100 % del departamento, dadas sus condiciones políticas y tendencia al neoliberal, este contempla, con la misma capacidad instalada, la obtención de mayor eficacia y eficiencia diseñando estrategias para la organización del trabajo, enfocado a través de la capacitación del personal institucional y comunitario que realiza actividades del primer nivel de atención⁴, para ello se elaboraron una serie de documentos necesarios para la organización del trabajo.

Confección de documentos

1. Protocolo para la operativización de la alternativa
2. Funciones de agentes educativos
3. Funciones de los Coordinadores del Plan de Atención Básica
4. Historia clínica familiar para el trabajo del PAB
5. Guía de evaluación de agentes educativos
6. Guía de evaluación de Coordinadores PAB
7. Cartilla del agente educativo para la vigilancia epidemiológica
8. Guía metodológica para realizar proyectos
9. Ficha técnica para la revisión de proyectos
10. Guía de supervisión del Plan de Atención Básica en su fase de monitoreo y operativización
11. Ficha epidemiológica de enfermedades
12. Guías de supervisión de los programas.

Alternativa IV: Proyecto de desarrollo en zona rural de promotoras capacitadas con atención permanente.

Esta propuesta busca una solución al panorama actual de la limitación de servicios permanentes de salud en la zona rural del departamento^{5,6} lo que se sustenta en experiencias similares en las Américas¹. Dicha estrategia se realizó cumpliendo la resolución 1013 de 1979 del estado colombiano, que se compromete a adecuar la prestación de servicios a la cultura autóctona de la comunidad.

Para su operativización se capacitaron promotores de salud (utilizando nuevos programas curriculares), dirigidos sobre todo a la promoción, prevención, vigilancia epidemiológica, información de los derechos de los afiliados con respecto a la atención sanitaria y la atención de urgencias en estas zonas.

Se logró el desarrollo en zona rural del 100% de los municipios la capacitación y operativización del trabajo con promotoras de salud que brindan atención permanente, priorizando en la capacitación el perfil epidemiológico de cada región, se implementó una " Red Juvenil Wuayúu", la cual consistió en la capacitación de 450 adolescentes indígenas de esta etnia, se fomentó la creación de Unidades de Atención de Infecciones Respiratorias Agudas y Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria (atendidas por mujeres que viven en zona rural y urbana marginal) lográndose en estas una cobertura de del 80 % del área geográfica departamental.

CONCLUSIONES

1. Las alternativas no son excluyentes y funcionan de acuerdo a variabilidad geográfica, socioeconómica y la voluntad política en los diferentes sitios de este territorio.
2. En condiciones neoliberales y población indígena es indispensable el desarrollo en zona rural de personal capacitado con atención permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo CJ. Memorias del foro sobre el plan de salud de la etnia Wayúu. Santafé de Bogotá DC: Fundación Auxológica TEA; 1998.
2. Kroeger A, Luna R. Atención primaria en salud: principios y métodos. 2 ed. México: Pax; 1992.
3. Paganini JM, Capote R. Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias. Washington DC: OPS; 1990 (Publicación científica; 519).
4. OMS/OPS. Taller piloto subregional andino de salud para los pueblos indígenas: informe final. Washington: OMS/OPS; 1997.
5. Carrillo CJ, Sanabria O. Atención integral a colectivos humanos en la región amazónica colombiana: proyecto Pedrera. Santa Fe de Bogotá: Coama; 1995 (Cuaderno de Auxología; 2).
6. OPS, Ministerio de Salud de Colombia. Municipios saludables: manual de reconocimiento y niveles. Santa Fe de Bogotá DC: OPS; 1998.

SUMMARY

The experience of organizing the Primary Health Attention System in neoliberal conditions and Indian population at La Guajira department, Colombia in the period 1997-1999 with the alternative proposals in the health direction department with an approach in the applied familiar medicine to an Indian population and local political conditions was pointed out. The permanent attention for qualified personnel in disperse areas is a bulwark for the success of the experience.

Subject headings: PRIMARY HEALTH CARE; FAMILY PRACTICE; POPULATION SURVEILLANCE

[Indice Anterior](#) [Siguiete](#)