

PROYECTO DE REGIONALIZACION DE LA ATENCION DE LA SALUD PARA MEDELLIN

*Dr. Francisco Henao Machado **

A. PROBLEMAS DE SALUD EN LAS GRANDES CIUDADES (**)

En las ciudades grandes del país, los problemas de salud son más numerosos y más complejos que en otras áreas, incluso las rurales. La explicación de este fenómeno radica en los siguientes hechos:

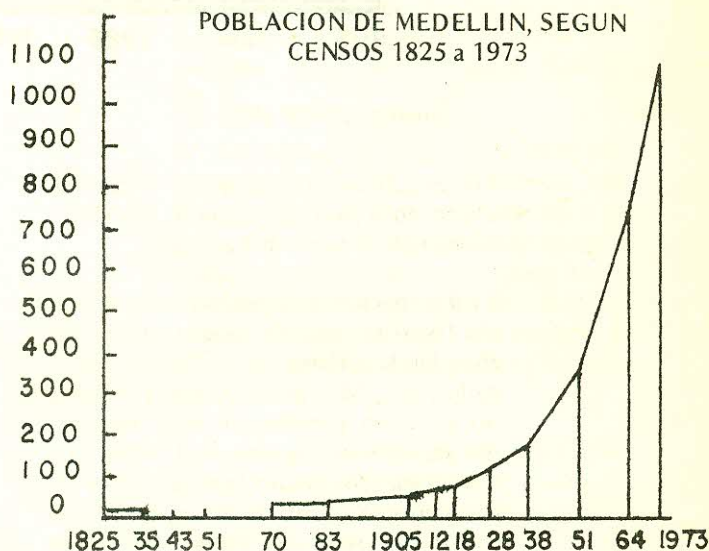
1. El crecimiento de la población es muy acelerado (dos veces el promedio nacional) debido al crecimiento vegetativo y a la inmigración de la periferia, que definen un proceso de urbanización acelerado común a varios países. En América Latina de 1960 a 1975 la población rural aumentó de 101.1 millones de personas a 115.5 es decir, 14o/o y la urbana de 98.7 millones a 186.9 ó sea un 89.4o/o. (1).

De 1960 a 1970 la proporción de población rural pasó de 52o/o a 44o/o, en 1980 será de 35o/o y a finales de siglo de 24o/o cuando 3 de cada cuatro habitantes estarán en los centros urbanos.

Ciudad de México tendrá en el año 2,000, 32 millones de habitantes y Sao Paulo 25, varias ciudades de América Latina habrán aumentado para ese entonces 10 veces su población lo que realmente constituye una "explosión urbana latinoamericana". En Colombia para esa misma época la mitad de su población vivirá en Bogotá, las cuatro quintas partes estarán en Bogotá, Medellín y Cali, 7 ciudades tendrán más

de 1 millón de habitantes, la población urbana será el 75o/o del total (6 ciudades principales absorberán del 70 al 90o/o del aumento de población del país en los próximos 25 años). En el año 2,000, Bogotá tendrá 11.4 millones, Medellín con una rata de crecimiento constante tendrá 3'710.232 habitantes, con rata de crecimiento no constante la cifra será 2'662,334, de 1951 a 1975 ha crecido a una tasa de 5.21o/o, Cali tendrá 2.5 millones, Barranquilla 1.7 y Bucaramanga 1 millón. (2,3,4).

GRAFICO No. 1
POBLACION DE MEDELLIN, SEGUN
CENSOS 1825 a 1973

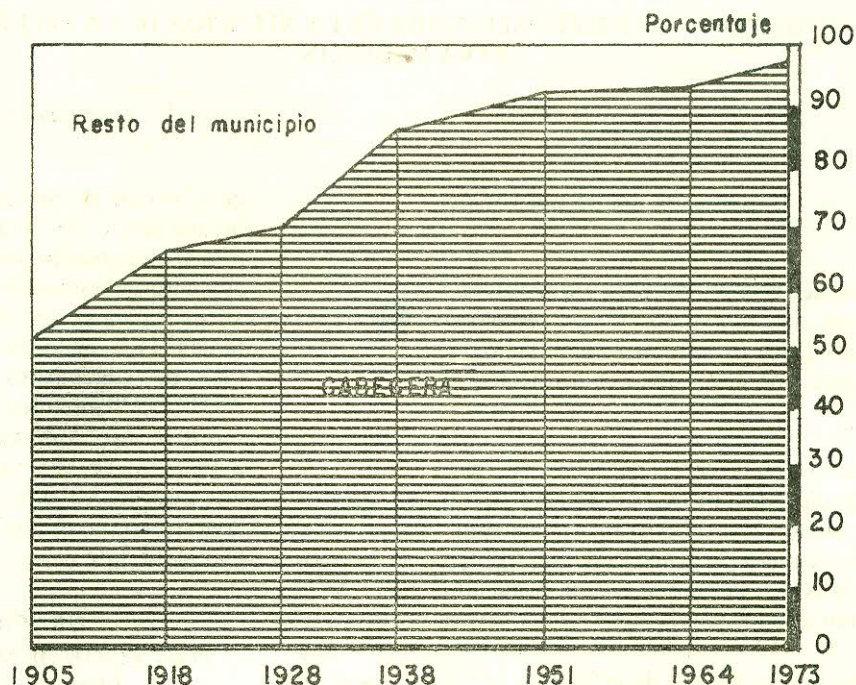


Fuente: DANE 1976.

* Profesor Titular Escuela Nacional de Salud Pública, Director de PLAN SAN — 1978.

** Concepto relativo según el país y su población total, en Colombia se puede entender como referido a ciudades de un millón o más de habitantes.

GRAFICO No. 2
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION
DE MEDELLIN EN CABECERA
Y RESTO DEL MUNICIPIO



Fuente: DANE 1976

En los gráficos 1 y 2 se ilustra el ritmo de crecimiento de la población de Medellín y su distribución en urbana y rural.

- La distribución de la población en el espacio físico se hace sin ningún orden: Barrios Piratas, Comunas de Barrios Marginados, etc. Muy pocas ciudades tienen y no lo hacen cumplir, un plan regulador que especifique los usos de la tierra. Con frecuencia los nuevos asentamientos de las gentes se hacen en zonas sin infraestructura de servicios por ser terrenos de más bajo precio. (El 27o/o de las nuevas viviendas en las ciudades serán ilegales). (3).
- Los inmigrantes buscan en las grandes ciudades soluciones a sus problemas de salud, de educación, de empleo (Medellín

en 1975—tasa desempleo 13.8, tasa subempleo 19.5, tasa participación 33.4), de vivienda (En Colombia en 1973 el déficit de viviendas urbanas era de 412 mil unidades, para 1990 será entre 836 mil y un millón, para el año 2.000 será de 1'300.000, se duplicaría en un período de 5 años) y otros de orden económico y social agravando los que ya existen. (5,3).

- En la ciudad se generan nuevos problemas, además de los que ya traen las gentes, como el hacinamiento, la contaminación (el Río Medellín llega a 0 de oxígeno disuelto), el trabajo en la industria (la industria manufacturera cuenta con 806 establecimientos y con 62.407 personas ocupadas), los accidentes de tránsito (en promedio una muerte diaria y 10 a 12 heridos), problemas psiquiátricos, etc. (5).

5. La concentración de recursos y su diversificación hacen más complicada su administración. (Para 1975 funcionaron en Medellín 3.116 camas hospitalarias disponibles en 17 instituciones que produjeron 138.380 egresos).

6. Los costos de la medicina ciudadana son los más altos, debido principalmente al número de especialistas y al tipo de pacientes que se atienden pues en gran parte son referidos por complejos en su diagnóstico o en su tratamiento.

7. En las grandes ciudades los consultantes a los centros de salud, que requieren hospitalización, se envían directamente a los hospitales especializados sin contar con unidades intermedias que resuelvan la patología más simple.

8. Las fuentes de ingresos económicos de las grandes ciudades tienen la misma estructura que las de los pequeños municipios, sus recaudos principales son por impuesto predial e industria y comercio, que no pueden crecer indefinidamente en la medida que crecen las necesidades. Mientras el Nivel Nacional y Departamental subrogan los municipios pequeños en sus gastos en salud, las ciudades deben arbitrar, en el más alto porcentaje, sus propios recursos para salud, a excepción de los destinados a los hospitales, en el caso de Medellín estos recursos ascienden a 200 millones de pesos al año.

9. La más fácil accesibilidad de los servicios urbanos y la alta densidad de población, condicionan una mayor demanda de atención. (Medellín con una rata de crecimiento constante tendrá para el año 2.000 una densidad de 10.363 habitantes por K², con rata de crecimiento no constante será 7.436). (5).

10. Las especializaciones generan nuevos servicios de salud que originan demandas agregadas y modifican la estructura de las mismas.

11. El problema de las urgencias, especialmente las traumáticas es creciente en las ciudades, debido a los accidentes y violencia.

Su atención es compleja y costosa, requiere de un sistema con características muy especiales. Los accidentes y violencia ocupan la quinta causa de muerte en Medellín.

B. PROYECTO DE REGIONALIZACION PARA MEDELLIN

Previas las anteriores consideraciones se propone una re-estructuración de la División de Salud de la Secretaría respectiva de Medellín teniendo en cuenta que no se "tiende a perpetuar la prevalencia de esquemas tradicionales de prestación de servicios basados en diseños de alto costo por las combinaciones de personal, facilidades físicas y equipos que utilizan" por el contrario se propone otra modalidad para no caer en "el uso de modelos de niveles que no partan de un análisis cuidadoso de la realidad resulta inapropiado y conduce a distorsiones, usualmente de alto costo, en la prestación de los servicios", apoyado además por los siguientes hechos: (6)

1. La Secretaría de Salud y Bienestar Social tiene una *estructura sin cambios importantes*, diseñada hace 20 años para la mitad de la población actual, con menos y distintos problemas de salud (Gráfico No.3).

2. El *crecimiento en la extensión de la ciudad* (distancias, vías), de los *recursos* (más y más complejos) y de los *problemas* indican la necesidad de descentralizar las decisiones, en el esquema actual (Mapa No.1) mediante el establecimiento de zonas que son un nuevo nivel entre los centros de salud, las unidades intermedias y el nivel central.

3. La heterogeneidad de algunas áreas en la ciudad necesita flexibilidad en su organización y manejo con programas especiales que a veces deben ser diferentes a las demás.

4. Es necesario identificar zonas en un alto porcentaje homogéneas y dentro de ellas establecer *niveles de atención* que permitan una programación ajustada a sus necesidades.

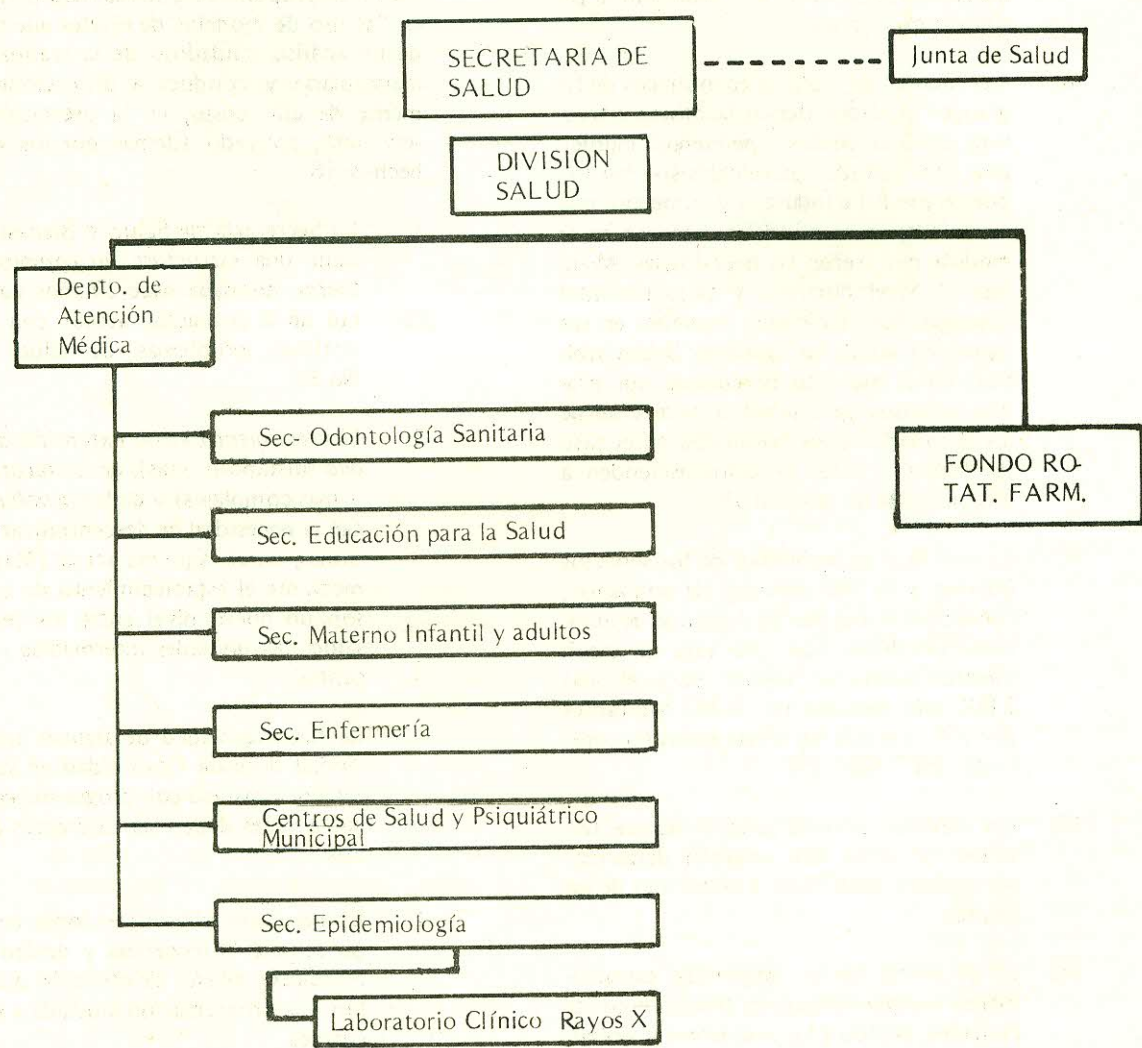
5. De la población consultante la que requiere hospitalización, en su gran mayoría, se puede atender en Unidades intermedias que son de Medicina General con hospitalización corta. (70o/o de los casos quirúrgicos son de baja complejidad, no requieren especialista). (2).
6. La regionalización en las ciudades se debe hacer con base en los centros de salud y no en los hospitales, por varias razones: el

déficit crónico de los mismos impactaría todo el sistema, los *problemas administrativos* de los hospitales de cierto tamaño no dan margen a preocuparse por la periferia; además, no es lógico, que toda la atención médica de una comunidad gire alrededor de las instituciones que *solo le solucionan un 10o/o* de sus problemas de salud que son los que requieren hospitalización y sólo para la mitad de ellos se necesita hospitalización especializada.

GRAFICO No. 3

SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
DIVISION DE SALUD

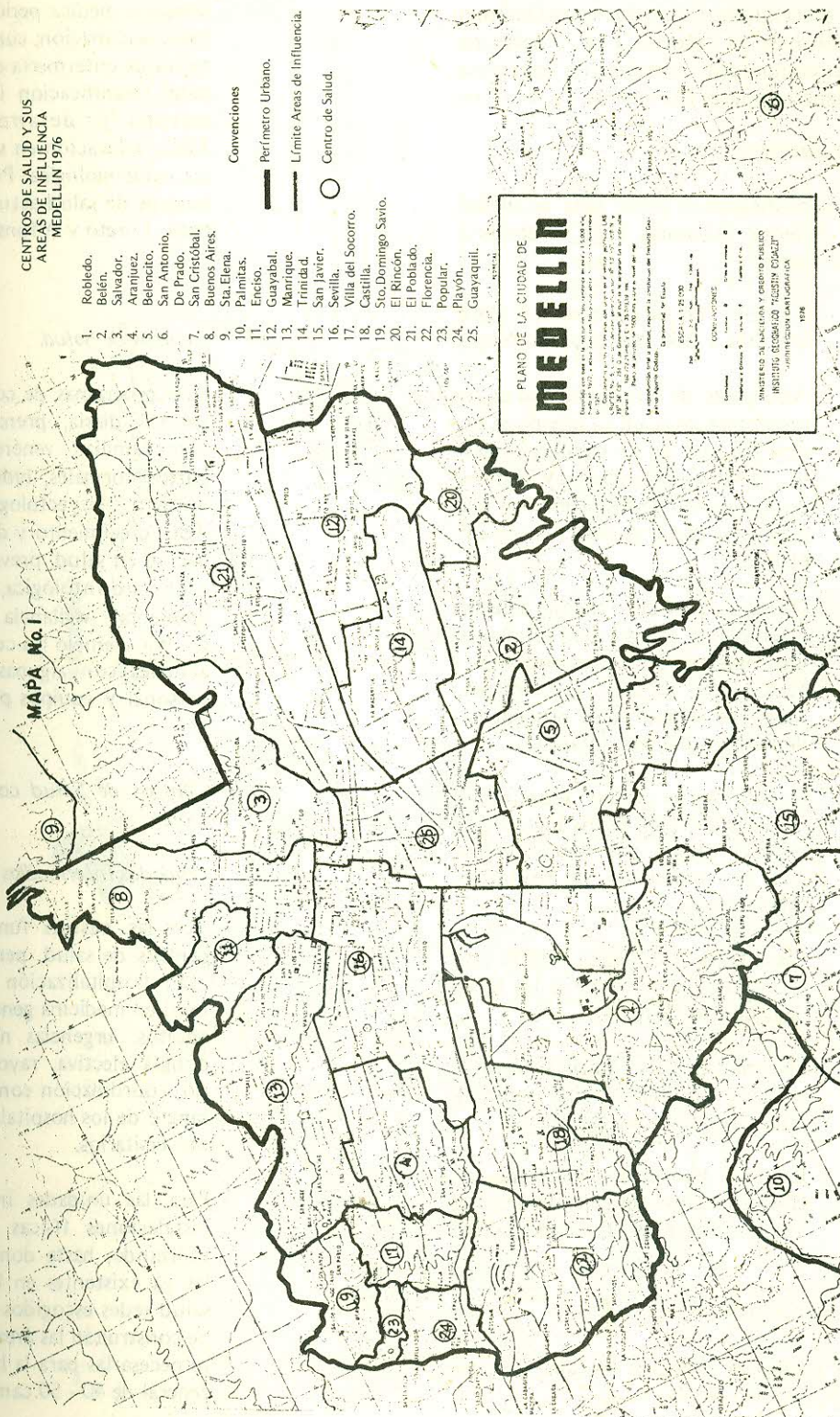
ESTRUCTURA ACTUAL (1976)



MAPA No. 1

- | | |
|-----|--------------------|
| 1. | Robledo. |
| 2. | Belén. |
| 3. | Salvador. |
| 4. | Aranjuez. |
| 5. | Belencito. |
| 6. | San Antonio. |
| 7. | De Prado. |
| 8. | San Cristóbal. |
| 9. | Buenos Aires. |
| 10. | Sta.Elena. |
| 11. | Palmitas. |
| 12. | Enciso. |
| 13. | Guayaquil. |
| 14. | Manrique. |
| 15. | Trinidad. |
| 16. | San Javier. |
| 17. | Sevilla. |
| 18. | Villa del Socorro. |
| 19. | Castilla. |
| 20. | Sco.Domingo Savio. |
| 21. | El Rincón. |
| 22. | El Poblado. |
| 23. | Florencia. |
| 24. | Popular. |
| 25. | Playón. |
| 26. | Guayaquil. |

Convenciones
Perímetro Urbano.
Límite Areas de Influenza.
Centro de Salud.



PLANO DE LA CIUDAD DE

THE

Conoscendo con dati in tal modo significativi la nostra attività, il 1.000, N. 1972, si è dato tutto il suo contributo alla "L'Espresso" e alla "L'Espresso".

• appropriate total of parent response is within the family Cap.

El personal de Estado

252214 : 25 090

卷之四

CONTENTS

[illegible][illegible]

ALLYLOXIMIDE, OXIMISOBUTYRATES
AND OXIMISOBUTYRATES

UNIONE CARTOGRAFICA

9451

...

11

C. PROPOSITOS DEL PROYECTO

Se pretende a través de la zonificación, regionalización, descentralización y racionalización en la utilización de los recursos y de la participación de la comunidad, aumentar las coberturas y la eficiencia en la prestación de los servicios.

1. Zonificación.

Se identificaron 6 zonas para la ciudad; los criterios utilizados para su delimitación fueron:

- a) Tamaño de la población, entre 150.000 y 250.000 (Cuadro No.1).
- b) Alto grado de homogeneidad en sus problemas de salud ya que no es posible lograrlo en un ciento por ciento, especialmente cuando se toma en cuenta uno de los problemas más relevantes como es saneamiento ambiental.
- c) Demanda real de atención determinada por el estudio que se hizo de una muestra de los consultantes a cada centro de salud actuales para establecer el barrio de procedencia de los consultantes. (Mapa 2).
- d) Condiciones socio-económicas, medidas a través de los ingresos familiares totales por mes establecidos por encuestas ya realizadas. (Mapa 3).
- e) Facilidades de acceso: Para lo cual se estudiaron las rutas de los buses de la ciudad (Mapa 4).
- f) Facilidad de acceso a un sistema de atención hospitalaria mas especializada (hospitales de referencia).
- g) Recursos humanos y materiales de salud existentes en cada área con el fin de utilizar las facilidades actuales.

2. Regionalización.

Los niveles de atención en cada zona serán: (Gráfico No.4).

a) Puestos de Salud.

Que desarrollarían actividades de consulta médica periódica, inyectología, vacunación, curaciones y controles de enfermería delegados (prenatal, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, venéreas, TBC), educación en salud y vigilancia epidemiológica. Por ejemplo los puestos de salud actuales de los barrios: Loreto y Alfonso López.

b) Centros de Salud.

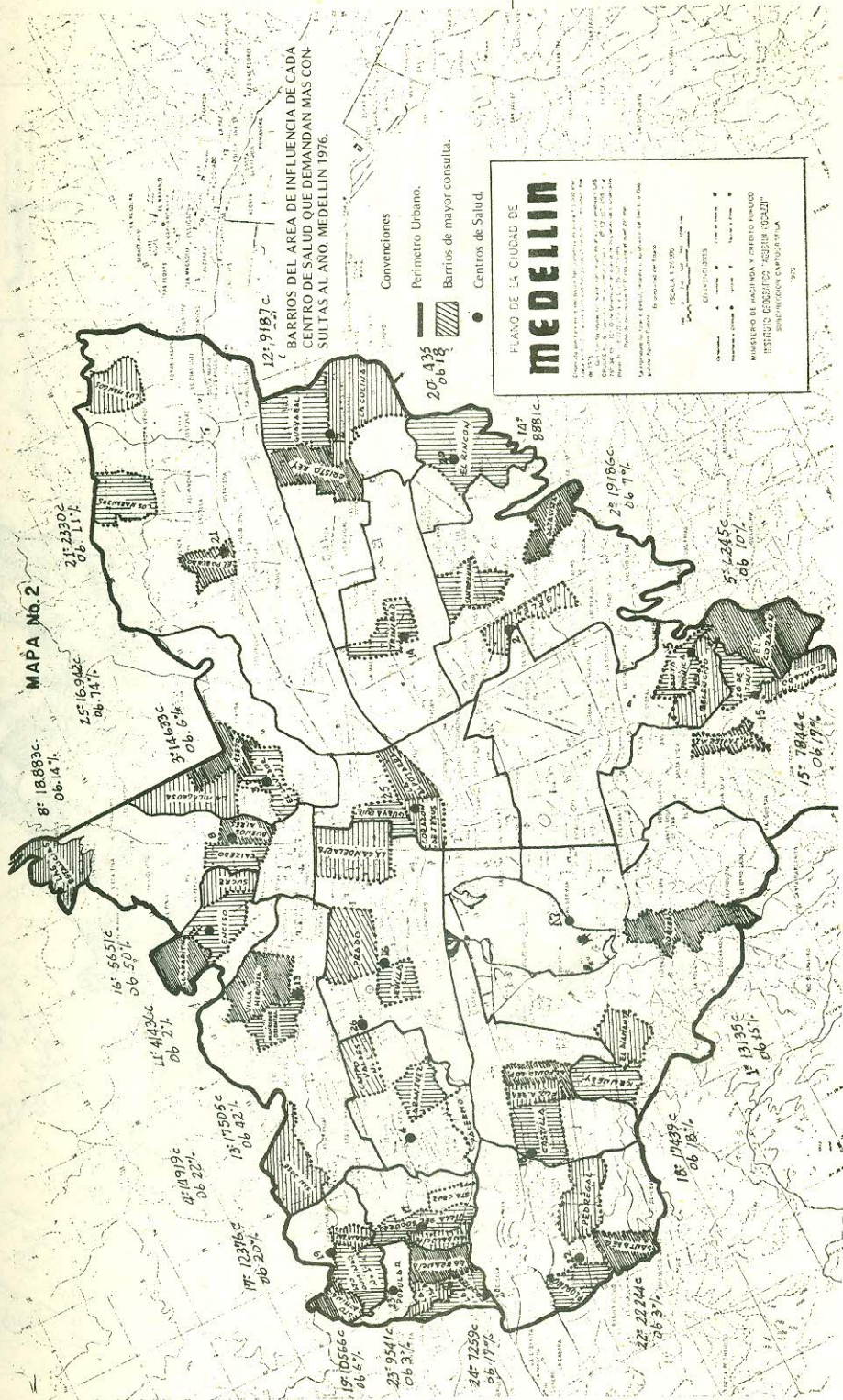
Con programas de consulta médica general diaria, prenatal, planificación familiar, venéreas, urgencias, partos normales, hidratación, vacunación, inyectología, nutrición, TBC, crecimiento y desarrollo, educación en salud, prevención y atención odontológica, saneamiento ambiental, vigilancia epidemiológica. Por ejemplo los centros de salud actuales con algunas adiciones en personal y equipos principalmente.

c) Centros de Salud con Hospitalización.

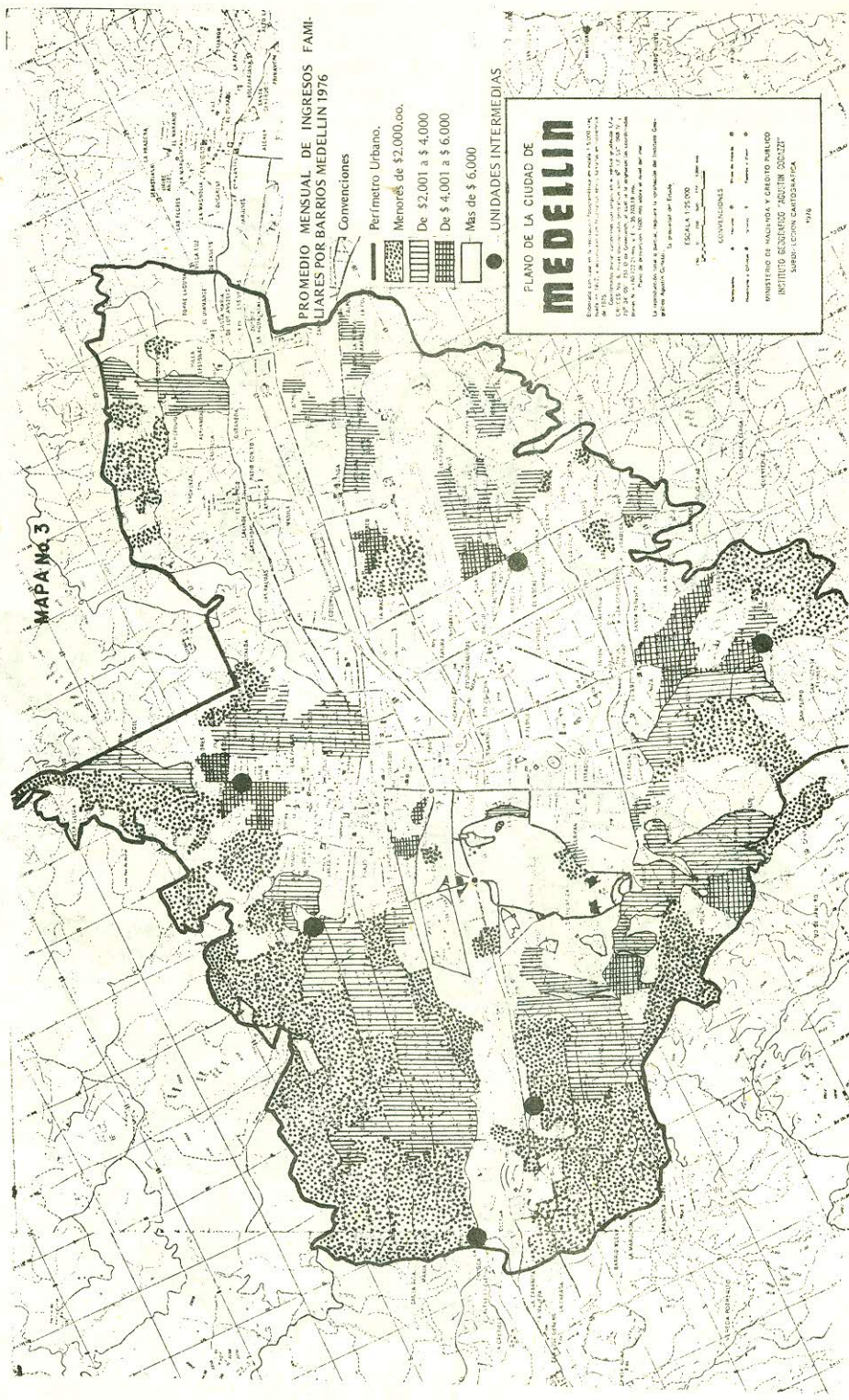
Unidades Intermedias de Salud.

Con las mismas funciones de los centros de salud, pero además tendrán hospitalización (40 a 50 camas) en medicina general de niños y adultos, urgencias no quirúrgicas, cirugía electiva, rayos x, laboratorio, coordinación con los bancos de sangre de los hospitales regionales o universitarios.

Para las unidades intermedias las instalaciones físicas se adecuarán utilizando, hasta donde sea posible las ya existentes en los centros de salud sedes escogidos en cada zona. Se construirán las áreas estrictamente necesarias para la hospitalización general de 40 - 50 camas.



MAPA No. 3



PROMEDIO MENSUAL DE INGRESOS FAMILIARES POR BARRIOS MEDELLIN 1976

Convenciones

- Permetro Urbano.
- Menores de \$2,000.00.
- De \$2,001 a \$4,000
- De \$4,001 a \$6,000
- Mas de \$6,000
- UNIDADES INTERMEDIAS

PLANO DE LA CIUDAD DE
MEDELLIN

Elaborado por el Instituto Geográfico Agustín Scotti, en colaboración con el Departamento de Planeación Municipal de Medellín, 1976. Se basa en el plano de la ciudad de Medellín, 1976, y en el plano de la ciudad de Medellín, 1976. El plano de la ciudad de Medellín, 1976, es una reproducción del plano de la ciudad de Medellín, 1976, y no debe ser utilizado para fines de reproducción o explotación económica sin el consentimiento escrito del Instituto Geográfico Agustín Scotti.

ESCALA 1:25,000

CONVENCIONES

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
INSTITUTO GEOGRAFICO AGUSTIN SCOTTI
BOGOTA, COLOMBIA

1976

RUTAS DE BUSES Y UNIDADES
INTERMEDIAS DE SALUD

 Perímetro Urbano.
 Límites de Zonas.
 Rutas de buses.
 Unidades Intermedias.

PLANO DE LA CIUDAD DE
MEDALLIN

[illegible]

En el caso de Argentina, el 2004

[illegible]

(5CA) A 175,000

2
2
2
6
24

© 2004 Blackwell Publishing Ltd

(a) $\log_{10}$ $\frac{1}{\text{m}} \frac{d\text{m}}{dt}$	(b) $\log_{10} \frac{1}{\text{m}} \frac{d\text{m}}{dt}$	(c) $\log_{10} \frac{1}{\text{m}} \frac{d\text{m}}{dt}$
0.0	0.0	0.0
0.1	0.1	0.1
0.2	0.2	0.2
0.3	0.3	0.3
0.4	0.4	0.4
0.5	0.5	0.5
0.6	0.6	0.6
0.7	0.7	0.7
0.8	0.8	0.8
0.9	0.9	0.9
1.0	1.0	1.0
1.1	1.1	1.1
1.2	1.2	1.2
1.3	1.3	1.3
1.4	1.4	1.4
1.5	1.5	1.5
1.6	1.6	1.6
1.7	1.7	1.7
1.8	1.8	1.8
1.9	1.9	1.9
2.0	2.0	2.0
2.1	2.1	2.1
2.2	2.2	2.2
2.3	2.3	2.3
2.4	2.4	2.4
2.5	2.5	2.5
2.6	2.6	2.6
2.7	2.7	2.7
2.8	2.8	2.8
2.9	2.9	2.9
3.0	3.0	3.0
3.1	3.1	3.1
3.2	3.2	3.2
3.3	3.3	3.3
3.4	3.4	3.4
3.5	3.5	3.5
3.6	3.6	3.6
3.7	3.7	3.7
3.8	3.8	3.8
3.9	3.9	3.9
4.0	4.0	4.0
4.1	4.1	4.1
4.2	4.2	4.2
4.3	4.3	4.3
4.4	4.4	4.4
4.5	4.5	4.5
4.6	4.6	4.6
4.7	4.7	4.7
4.8	4.8	4.8
4.9	4.9	4.9
5.0	5.0	5.0
5.1	5.1	5.1
5.2	5.2	5.2
5.3	5.3	5.3
5.4	5.4	5.4
5.5	5.5	5.5
5.6	5.6	5.6
5.7	5.7	5.7
5.8	5.8	5.8
5.9	5.9	5.9
6.0	6.0	6.0
6.1	6.1	6.1
6.2	6.2	6.2
6.3	6.3	6.3
6.4	6.4	6.4
6.5	6.5	6.5
6.6	6.6	6.6
6.7	6.7	6.7
6.8	6.8	6.8
6.9	6.9	6.9
7.0	7.0	7.0
7.1	7.1	7.1
7.2	7.2	7.2
7.3	7.3	7.3
7.4	7.4	7.4
7.5	7.5	7.5
7.6	7.6	7.6
7.7	7.7	7.7
7.8	7.8	7.8
7.9	7.9	7.9
8.0	8.0	8.0
8.1	8.1	8.1
8.2	8.2	8.2
8.3	8.3	8.3
8.4	8.4	8.4
8.5	8.5	8.5
8.6	8.6	8.6
8.7	8.7	8.7
8.8	8.8	8.8
8.9	8.9	8.9
9.0	9.0	9.0
9.1	9.1	9.1
9.2	9.2	9.2
9.3	9.3	9.3
9.4	9.4	9.4
9.5	9.5	9.5
9.6	9.6	9.6
9.7	9.7	9.7
9.8	9.8	9.8
9.9	9.9	9.9
10.0	10.0	10.0

Stations	Temperature	Salinity	Density	Depth
1	15.5	35.2	1.0234	0
2	15.5	35.2	1.0234	10
3	15.5	35.2	1.0234	20
4	15.5	35.2	1.0234	30
5	15.5	35.2	1.0234	40
6	15.5	35.2	1.0234	50
7	15.5	35.2	1.0234	60
8	15.5	35.2	1.0234	70
9	15.5	35.2	1.0234	80
10	15.5	35.2	1.0234	90
11	15.5	35.2	1.0234	100
12	15.5	35.2	1.0234	110
13	15.5	35.2	1.0234	120
14	15.5	35.2	1.0234	130
15	15.5	35.2	1.0234	140
16	15.5	35.2	1.0234	150
17	15.5	35.2	1.0234	160
18	15.5	35.2	1.0234	170
19	15.5	35.2	1.0234	180
20	15.5	35.2	1.0234	190
21	15.5	35.2	1.0234	200
22	15.5	35.2	1.0234	210
23	15.5	35.2	1.0234	220
24	15.5	35.2	1.0234	230
25	15.5	35.2	1.0234	240
26	15.5	35.2	1.0234	250
27	15.5	35.2	1.0234	260
28	15.5	35.2	1.0234	270
29	15.5	35.2	1.0234	280
30	15.5	35.2	1.0234	290
31	15.5	35.2	1.0234	300
32	15.5	35.2	1.0234	310
33	15.5	35.2	1.0234	320
34	15.5	35.2	1.0234	330
35	15.5	35.2	1.0234	340
36	15.5	35.2	1.0234	350
37	15.5	35.2	1.0234	360
38	15.5	35.2	1.0234	370
39	15.5	35.2	1.0234	380
40	15.5	35.2	1.0234	390
41	15.5	35.2	1.0234	400
42	15.5	35.2	1.0234	410
43	15.5	35.2	1.0234	420
44	15.5	35.2	1.0234	430
45	15.5	35.2	1.0234	440
46	15.5	35.2	1.0234	450
47	15.5	35.2	1.0234	460
48	15.5	35.2	1.0234	470
49	15.5	35.2	1.0234	480
50	15.5	35.2	1.0234	490
51	15.5	35.2	1.0234	500
52	15.5	35.2	1.0234	510
53	15.5	35.2	1.0234	520
54	15.5	35.2	1.0234	530
55	15.5	35.2	1.0234	540
56	15.5	35.2	1.0234	550
57	15.5	35.2	1.0234	560
58	15.5	35.2	1.0234	570
59	15.5	35.2	1.0234	580
60	15.5	35.2	1.0234	590
61	15.5	35.2	1.0234	600
62	15.5	35.2	1.0234	610
63	15.5	35.2	1.0234	620
64	15.5	35.2	1.0234	630
65	15.5	35.2	1.0234	640
66	15.5	35.2	1.0234	650
67	15.5	35.2	1.0234	660
68	15.5	35.2	1.0234	670
69	15.5	35.2	1.0234	680
70	15.5	35.2	1.0234	690
71	15.5	35.2	1.0234	700
72	15.5	35.2	1.0234	710
73	15.5	3		

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO

INSTITUTO GEOGRÁFICO
NACIONAL

1976

4111

...

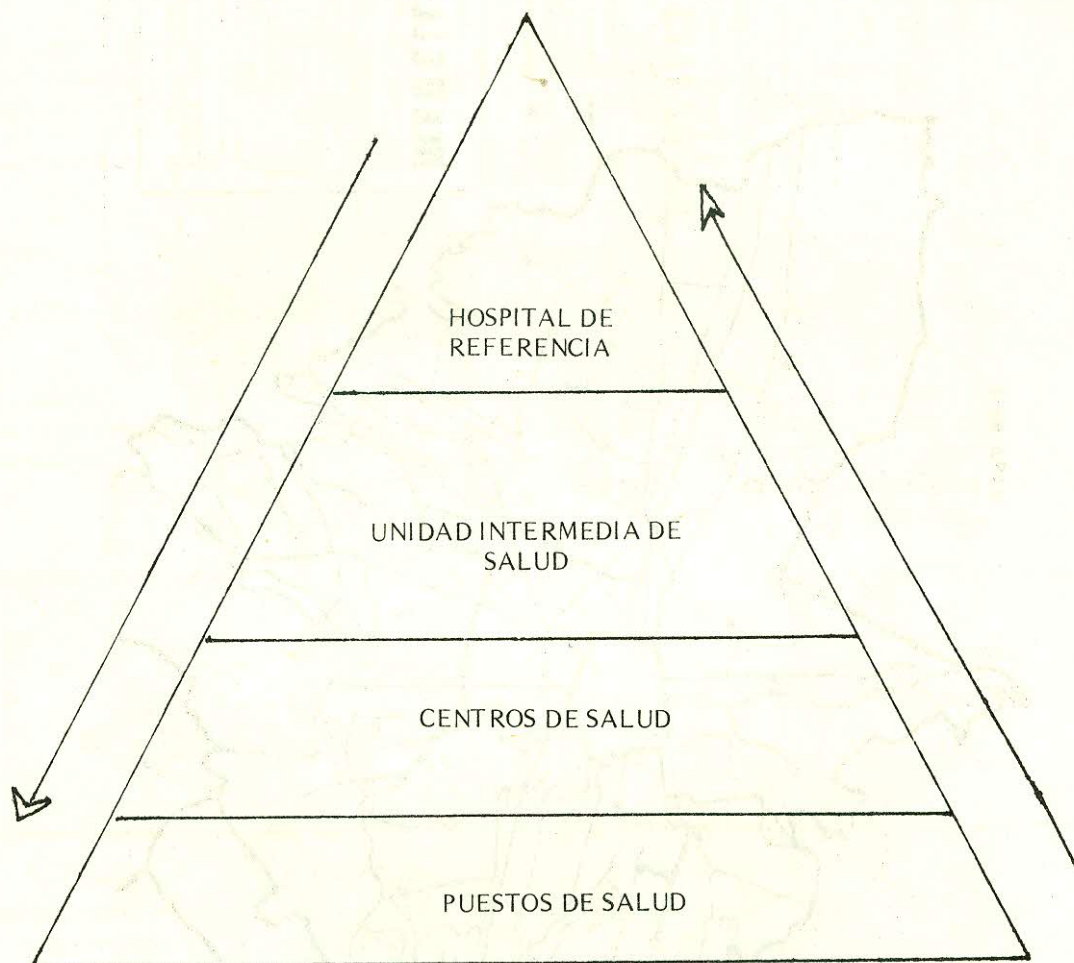
100

[illegible]

GRAFICO No. 4

PROYECTO DE REGIONALIZACION DE MEDELLIN

NIVELES DE ATENCION



d) *Hospitales de Referencia.*

Constituyen el más complejo nivel de atención formado por hospitales especializados, centrales o universitarios que brindan atención más completa en especialidades y sub-especialidades médicas y a los cuales, según su capacidad y especialidad de servicios, se podrán remitir pacientes de cualquier nivel anterior.

e) *Sistemas de Apoyo.*

Para que la regionalización funcione adecuadamente requiere el establecimiento de cuatro subsistemas de apoyo:

- 1) **Suministros:** En algunos rubros pueden funcionar centralizados o cooperados como lavandería y ropería, almacén y cocina, con la suficiente agili-

dad para garantizar la provisión suficiente y oportuna de elementos.

- 2) Vigilancia epidemiológica: Debe generar datos, analizarlos y proporcionar información oportuna para la toma de decisiones. Constituye una red con base en los puestos y centros de salud y con un comité central coordinador.

- 3) Transportes: De pacientes por medio de ambulancias organizadas en una estación central y de un pool general de vehículos para personas y elementos.

- 4) Comunicaciones: Se requiere una organización expedita de las comunicaciones entre todos los niveles por medio de radio o radioteléfono.

CUADRO No. 1

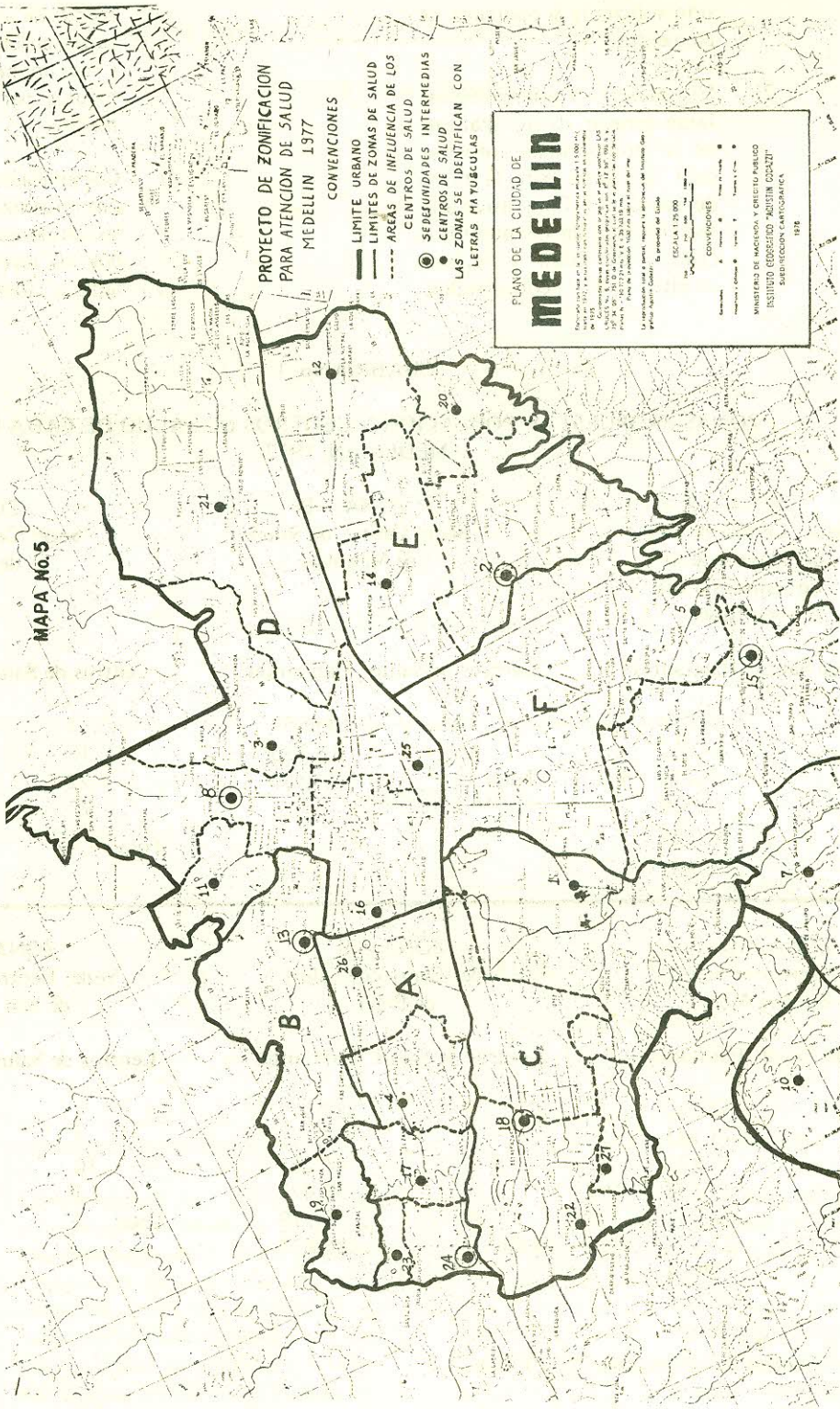
ZONAS PROPUESTAS, POBLACION Y CENTROS DE SALUD DE CADA UNA MEDELLIN, 1977

ZONA - A Sede: Centro de Salud del Playón de los Comuneros o sus vecindades		ZONA - B Sede: Centro de Salud de Manrique		ZONA - C Sede: Centro de Salud de Castilla	
Centros de Salud	Habitantes*	Centros de Salud	Habitantes	Centros de Salud	Habitantes
4	63.054	13	135.959	1	41.864
17	54.510	<u>19</u>	<u>18.896</u>	18	81.427
23	13.110	Total 2	154.855	22	66.903
24	18.519			<u>27</u>	<u>56.909</u>
<u>26</u>	<u>67.444</u>			Total 4	247.103
Total 5	216.637				

ZONA - D Sede: Centro de Salud de Buenos Aires		ZONA - E Sede: Centro de Salud de Belén		ZONA - F Sede: Centro de Salud de San Javier	
Centros de Salud	Habitantes	Centros de Salud	Habitantes	Centros de Salud	Habitantes
3	67.765	2	89.572	5	163.816
8	73.183	6	15.179	7	13.860
9	2.931	12	41.265	10	2.807
11	25.736	14	32.477	<u>15</u>	<u>75.646</u>
16	42.334	<u>20</u>	<u>8.179</u>	Total 4	256.129
21	27.227	Total 5	186.672		
<u>25</u>	<u>19.989</u>				
Total 7	259.165				

Gran Total = Centros 27. Población 1.320.560.

* Se trata de los habitantes totales de cada área, no de la población asignada a cada centro que no se conoce y que de hecho varía en cada barrio.



Ubicación de las Unidades Intermedias (Cuadro No.1 y Mapa 5).

Zona A. La unidad estará ubicada en el Centro de Salud No. 24 (Barrio Playón de los Comuneros o en sus cercanías). En la actualidad el municipio de Medellín no tiene local propio para el centro de salud, por lo cual debería construirse completamente la unidad intermedia. Toda la población es beneficiaria del centro, y dispone de vías de comunicación, su zona de influencia se extiende a algunos barrios de Bello en la margen derecha del Río Medellín.

Zona B. En esta zona la unidad estará ubicada en el Centro de Salud No.13, Centro Piloto de Manrique, que tiene buena planta física y posibilidades de ampliación, cuenta con buenas vías de comunicación.

Zona C. Ubicada en el Centro de Salud No.18, del Barrio Castilla, utilizando la construcción actual del centro que tiene buenas posibilidades para ampliación, buenas vías de comunicación, la comunidad esta organizada y en gran parte es beneficiaria del Centro.

Zona D. Con sede en el Centro de Salud No.8 del Barrio Buenos Aires; con posibilidad de ampliación de la construcción actual y buenas vías de comunicación.

Zona E. En el Centro de Salud No.2, Barrio Belén; existe buena planta locativa y posibilidades de ampliación, buenas vías de comunicación, contaría esta zona también con el centro integrado No.6, San Antonio de Prado.

Zona F. Ubicada en el Centro de Salud No. 16, Barrio San Javier; existe buena planta física para la Unidad y posibilidades de ampliación, también es de fácil acceso. Contaría esta zona con el Centro Integrado No. 7 San Cristobal.

3. *Racionalización.*

a) *Criterios de Referencia de Pacientes.*

Cuando una Unidad de Salud no le pueda suministrar un determinado servicio a un paciente, éste se remitirá al nivel superior para su atención inmediata, dentro de cada zona si es posible o sino a uno de los hospitales de referencia, ya sea para una consulta más especializada o para completar un estudio o un tratamiento.

Los puestos de Salud remitirán pacientes a los centros de salud, estos a su vez remitirán pacientes a la Unidad Intermedia que les corresponda de acuerdo a la zona.

Las Unidades Intermedias de las zonas enviarán pacientes a cualquiera de los Hospitales de Referencia: Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Hospital General de Medellín, Hospital Pablo Tobón Uribe, Hospital La María, tomando en cuenta el tipo de servicio que se requiere y la disponibilidad de servicios de estas instituciones.

El Centro de Salud No. 10 Palmitas, remitirá pacientes al Centro Integrado No. 7 San Cristóbal; el No. 9, Santa Elena, lo hará a la Unidad Intermedia de Buenos Aires.

b) *Delegación de Funciones.*

Mediante una redistribución de las funciones en el equipo de salud se pueden producir más actividades haciendo mejor uso de los recursos y extendiendo su cobertura. Para dicha delegación se requiere un adiestramiento previo a todos los componentes del equipo.

c) *Flexibilidad.*

Cada zona necesariamente deberá programar su acción conforme a los

problemas de salud de su área, los programas, en consecuencia pueden ser diferentes entre zonas.

4. Descentralización.

Cada zona tendrá un equipo directivo no responsable de ningún Centro de Salud en particular pero sí de la zona en su totalidad, compuesto por un Médico de Salud Pública, un Odontólogo de Salud Pública y una Enfermera de Salud Pública que forman el Comité Zonal con los jefes de la Unidad Intermedia y Centros de Salud de la Zona, su función es asesorar al Jefe de la Zona. Con esta descentralización el nivel intermedio central actual se desplazaría hacia la periferia y por lo tanto desaparece como tal con departamentos y secciones. (Gráficos Nos.5 y 6).

El resto del personal podrá ser diferente en cada zona de acuerdo con los problemas específicos, especialmente en atención médica y saneamiento, dando énfasis a la delegación de funciones.

Habrà a Nivel Central un Consejo Técnico conformado por el Director de la División de Atención Médica y los Jefes de Zonas cuyas funciones son de asesoría a la Secretaría. Funcionaran a Nivel Central varios Comités por disciplinas (médicos, odontólogos, enfermeras, etc.) cuya función es asesorar a la División de Atención Médica en aspectos específicos de cada profesión.

5. Participación.

La participación se debe dar en todos los niveles de la administración especialmente en aquellos encargados de tomar decisiones.

Participación a Nivel Central.

- a) Administrativa: En el Consejo Técnico que forman el Jefe de la División y los 6 Jefes de Zona con lo cual se da asiento a la periferia en las decisiones centrales.

GRAFICO No. 5

PROYECTO DE REGIONALIZACION DE MEDELLIN

ESTRUCTURA JERARQUICA

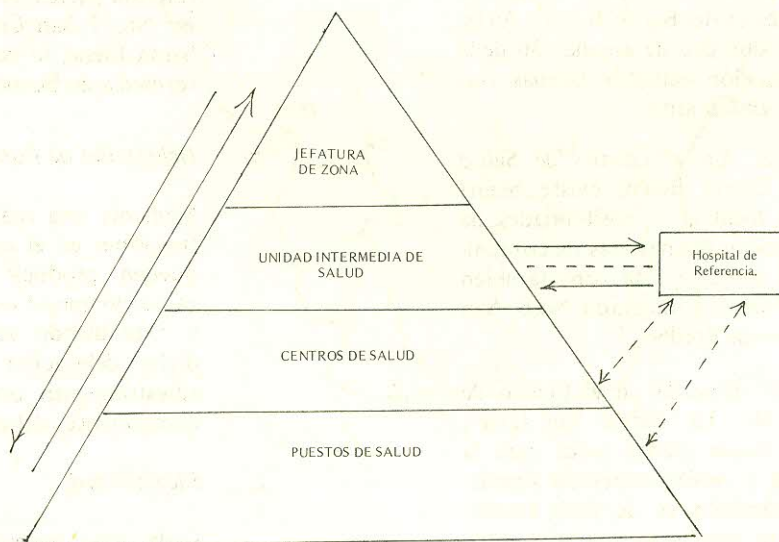
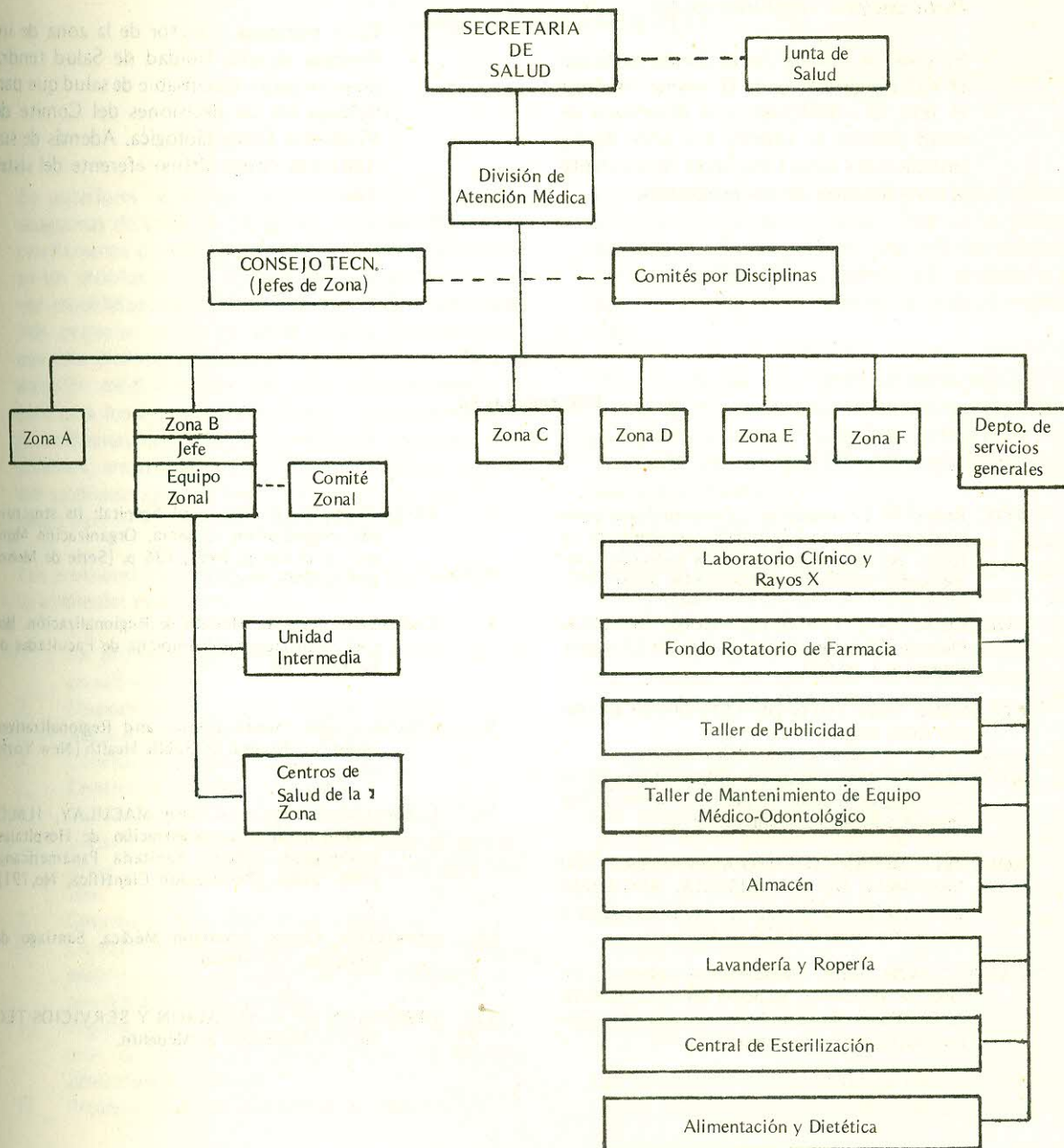


GRAFICO No. 6

SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
DIVISION DE SALUD

ESTRUCTURA PROPUESTA



- b) Técnica: Los comités de disciplinas estarían formados por los representantes de las zonas en cada disciplina para asesorar al Jefe de la División en los aspectos específicos de cada profesión.

Participación a Nivel Intermedio.

Se crea un comité zonal donde participa el equipo directivo de la misma, es decir el Jefe, el odontólogo y la enfermera de salud pública y además los jefes de las instituciones cuya función es básicamente la coordinación de los programas.

Participación a Nivel Local.

En el Comité de Vigilancia Epidemiológica tendrán asiento los funcionarios de los centros y puestos de salud además de la comunidad por intermedio de los voluntarios de salud.

Participación a Nivel de la Comunidad.

Cada manzana o sector de la zona de influencia de una Unidad de Salud tendrá un voluntario responsable de salud que participará en las decisiones del Comité de Vigilancia Epidemiológica. Además de sus funciones como último eferente del sistema.

BIBLIOGRAFIA

1. FOX, Robert W. La población Latinoamericana crece y se concentra en las ciudades: resumen de informe del BID. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana (Washington) 82(6):549, junio 1977.
2. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Plan de Atención de Salud para las Ciudades. Bogotá, s. f. mimeo.
3. COLOMBIA. INSTITUTO DE ESTUDIOS COLOMBIANOS. Bogotá, s. f.
4. ANUARIO ESTADISTICO DE MEDELLIN, 1975. Medellín, Departamento Administrativo de Planeación y Servicios Técnicos, 1976.
5. COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA. REGIONAL DE MEDELLIN. Medellín en cifras. Ciudad Tricentenaria. Bogotá, 1976. 321p.
6. CASTELLANOS, Jorge. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Washington) 82(6): 478-492, junio 1977.
7. BRIDGMAN, R. F. The rural hospital: its structure and organization. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1955. 126 p. (Serie de Monografías OMS, No.21).
8. CARDONA, Ramiro. Modelo de Regionalización. Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 19.
9. GRANT, John. Health Center and Regionalization. American Journal of Public Health (New York) 43:9, 1953.
10. LLEWELYN-DAVIES, R. and MACULAY, H.M.C. Planificación y administración de Hospitales. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1969. 218p. (Publicacion Científica, No.191).
11. MONTOYA, Carlos. Atención Médica. Santiago de Chile, s.e., s.f. mimeo.
12. DIRECCION DE PLANEACION Y SERVICIOS TECNICOS. Municipio de Medellín.