

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
POSTGRADO: GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**ANÁLISIS DEL DISEÑO DE UN MODELO DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD PÚBLICA
EN CIUDAD TRÍPOLI – LIBIA**

**(TRABAJO DE GRADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL
TÍTULO DE: ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD)**

**AUTORA: HAMEDA ALI ELBOSEBY
C.I. : 672.050**

TUTOR: DR. ARMANDO COVA BELISARIO

CARACAS, JULIO DE 2.002

INDICE GENERAL

	pp.
INTRODUCCIÓN.	i-iii
ESTRUCTURA	
CAPITULO	
I EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Objetivos	5
1.3 Justificación	6
1.4 Factibilidad	8
II MARCO TEORICO	
2.1 El Concepto de Salud	9
2.2 Historia y Concepto de Salud Pública	9
2.3 La Promoción de la Salud Pública	12
2.4 La Atención Primaria de Salud	19
2.5 Importancia de lograr la Salud a Nivel Mundial	24
2.6 Estrategias utilizadas en la República de Libia para suministrar Salud	28

2.7 El Sistema de Salud en la República de Libia .	33
III Modelo de Atención Primaria de Salud Pública Para la Población de la ciudad Trípoli - Libia	42
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se ha realizado con la finalidad de efectuar un análisis a un Diseño de Modelo de Atención Primaria de Salud Pública, para la ciudad de Trípoli , en la República de Libia, en vista de la necesidad que actualmente tiene la población nativa de la región y extranjeros residentes, de que se les proporcione una mejor y óptima atención en los escasos Ambulatorios existentes en la localidad y sobre todo en el Hospital Trípoli, cuando acuden a solicitar atención médica por enfermedades contagiosas y de otra índole que padecen por diversos factores (ambientales, sistema de vida en los diferentes Servicios de Salud que prestan, tales como: Epidemiología, Consulta Externa, Obstetricia, Hematología, Pediatría, Gastroenterología y Orientación de Enfermeras.

La atención de los Médicos y Enfermeras en los centros asistenciales, como los Ambulatorios y el Hospital Trípoli, es aceptable, pero presentan fallas en forma continua en lo que respecta al suministro de información en forma clara y precisa a los pacientes (libaneses y extranjeros) , sobre las indicaciones y recomendaciones médicas que deben realizar, estos hechos son muy delicados.

Esta situación se presenta tanto con los Médicos, como con las Enfermeras que prestan sus servicios en las diferentes Unidades de Servicios de Salud, debido a que la gran mayoría son extranjeros que no dominan bien la lengua árabe y otros idiomas de mayor predominio en el país como el idioma inglés.

Es por éstas razones, que otro de los propósitos de éste estudio, en el cual se efectúa el análisis a un Diseño de Modelo de Atención Primaria de Salud, para la ciudad de Trípoli, es lograr que el Personal del Departamento de Medicina Comunitaria de la Facultad de Sociología de la Universidad El Fatha, quienes prestaron su colaboración y recursos para el desarrollo de esta investigación, presenten el Modelo de Atención Primaria de Salud que aquí se analiza a las autoridades y organismos competentes como lo es, el Ministerio de Salud y Seguro Social, para que apliquen éste modelo en aquellos sectores de la ciudad donde no existan Ambulatorios y en otros centros asistenciales donde el, Servicio de Salud sea deficiente, y determinen correctivos, para que el Personal Médico y Enfermeras que prestan sus servicios en el país, se aboquen a estudiar el idioma árabe y aprender otros lenguajes de mayor predominio en la nación para beneficio de toda la población y para una mayor eficiencia en los Servicios de Salud.

En cuanto a la Metodología utilizada:

De acuerdo al nivel de conocimiento, este trabajo de investigación es de carácter Descriptivo y Arias (1997), lo define como: “la investigación descriptiva, que consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento”. (p. 48)

En lo que respecta al Tipo de Investigación, se seleccionó, la Investigación Documental, la cual según la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (1998), consiste en:

“La observación, reflexión sistemática y profunda de una realidad o problema caracterizado por el empleo de documentos, trabajos previos y data disponible mediante la recolecta, selección, análisis y presentación de resultados de forma ordenada y jerárquica de acuerdo a la precisión del objeto de estudio con la finalidad de hacer base a la construcción del conocimiento”. (p.6)

La investigación se estructuró en tres (3) capítulos. En el primer capítulo se esboza el Planteamiento del Problema, los Objetivos, la Justificación y la Factibilidad. En el segundo capítulo se detalla todo el Marco Teórico del estudio realizado.

En el tercer capítulo se describe y analiza el Modelo de Atención Primaria de Salud Pública para la ciudad Trípoli en Libia y por último se enmarcan las conclusiones y las referencias bibliográficas respectivas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Desde el año 1960, existen sectores en la ciudad de Trípoli, que no reciben una atención adecuada en materia de salud, esta situación se presenta debido a los escasos centros asistenciales (Ambulatorios) que existen en la región y a la falta de Supervisión por parte de profesionales competentes del Sistema de Salud de Libia, que verifiquen la cantidad y calidad de los servicios que suministran los Médicos y Enfermeras que laboran en los limitados centros asistenciales (Ambulatorios) que funcionan en la localidad.

Estos acontecimientos se presentan en la ciudad de Trípoli, a pesar de que en el año 1970, el gobierno del presidente Muamar Gadaffi, unificó la atención pública privada y el Seguro Social en un solo organismo: el Ministerio de Salud y Seguro Social, para suministrar una Atención Asistencial apropiada a toda la población.

Por otra parte, tampoco los programas desarrollados desde la década de los años 70 a la fecha, para mejorar los Servicios de Salud y expandir las instalaciones hospitalarias en beneficio de todos los habitantes de la nación, han favorecido a la mayoría de los ciudadanos libaneses, ni extranjeros radicados en el país.

Los Programas de Salud son evaluados cada cinco (5) años, y al final de éste período es que las máximas autoridades que rigen el Sistema de Salud en Libia, detectan las reales necesidades que tiene la población en materia de salud y determinan los correctivos que deben aplicar para solucionar las fallas existentes en el Sistema, para de esta forma alcanzar las metas propuestas.

A los efectos, es imprescindible que el Ministerio de Salud y Seguro Social de Libia, implante un Plan de Atención Primaria de Salud, para las localidades del país que carecen de centros asistenciales y los desarrolle primordialmente en los sectores donde la atención sea deficiente o requieran mejoras en el servicio, como es el caso de la ciudad de Trípoli.

Los habitantes de la ciudad de Trípoli (libaneses y extranjeros residentes), tienen actualmente la necesidad de que se les proporcione una fluida y óptima atención en los escasos Ambulatorios existentes en la región y sobre todo en el Hospital Trípoli, cuando asisten a solicitar atención médica por enfermedades tales como: tuberculosis, fiebre de Malta, enfermedades respiratorias, digestivas, etc., ocasionadas por problemas ambientales (proliferación de residuos sólidos, los cuales son vertidos en puntos de recolección no cubiertos y por sistemas de cloacas inapropiados, los cuales ocasionan desbordamiento de aguas hacia las calles y caminos) y por el sistema de vida, en los diferentes Servicios de Salud que prestan, tales como: Epidemiología, Consulta Externa, Obstetricia, Hematología, Pediatría, Gastroenterología, etc.

Estos sucesos obedecen a que tanto los Médicos, como las Enfermeras que laboran en los centros asistenciales (Ambulatorios), en su mayoría, son extranjeros que no dominan en forma adecuada el idioma árabe y otros idiomas como el inglés de mayor predominio en el país, lo cual trae como consecuencia que, a la hora de recetarle algún medicamento a los pacientes para un tratamiento o suministrarle indicaciones y recomendaciones médicas, a la mayoría de los pobladores de la ciudad Trípoli, se les dificultad entender claramente las mismas.

Es por éstas razones que, a parte de que, es indispensable la creación de un Plan de Atención Primaria de Salud Pública para la ciudad Trípoli y otras regiones del país que lo ameritan, también es necesario que el Ministerio de Salud y Seguro Social de Libia capacite profesionales (Médicos), preferiblemente del país, para que se desempeñan como Gerentes de Salud, pero con sólidos conocimientos en materia de Administración en general y con dominio de los idiomas más comerciales en la nación.

Los Gerentes de Salud, por ser profesionales competentes en materia de salud y administración, pueden planificar, dirigir, controlar y administrar en forma óptima los diferentes centros asistenciales (Ambulatorios) tanto de la ciudad de Trípoli como otras localidades del país, para que esto redunde en una mejor prestación de los diferentes Servicios de Salud a todos los habitantes y exista un mejor uso y distribución de recursos (materiales, humanos y financieros) para beneficio de toda la nación.

Igualmente éstos profesionales, pueden realizar labores de Monitoreo continuo, en cuanto a la cantidad y calidad de la

atención dispensada, a los habitantes de la región, por los Médicos y Enfermeras que presten sus servicios a través de un Plan de Atención Primaria de Salud como el diseñado en esta investigación, en los diferentes Ambulatorios existentes y en el Hospital Trípoli, lo cual permitirá que el Gerente de Salud, con su efectiva labor y compromiso con la nación, contribuya a disminuir las fallas existentes en el Sistema de Salud del país así como colaborar y aportar ideas innovadoras que permitan mejorar el desempeño de las funciones que ejercen profesionales de la medicina, como lo son los Médicos y Enfermeras del estado.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Analizar un Diseño de Modelo de Atención Primaria de Salud Pública en la Ciudad Trípoli – Libia.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Analizar el Servicio de Atención Primaria de la Salud Pública.
- Especificar las Estrategias utilizadas en la República de Libia para suministrar salud.
- Describir el Sistema de Salud en la República de Libia.
- Describir el Sistema de Salud en la ciudad Trípoli de Libia.

1.3. Justificación

Esta investigación tiene como finalidad, realizar un análisis de un Diseño de Modelo de Atención Primaria de Salud, para la ciudad Trípoli, en la República de Libia.

El motivo obedece a la necesidad imperante que tienen los habitantes (libaneses y extranjeros residentes) en la localidad, de que les sea suministrado una atención en forma más continua y óptima en los escasos centros asistenciales (Ambulatorios) que existen en la región.

Por otra parte, la población desea que, tanto los Médicos como Enfermeras que los atienden, cuando acuden a los diferentes Servicios de Salud (Epidemiología, Consulta Externa, Obstetricia, Hematología, Pediatría, Gastroenterología, etc.), para ser atendidos, le suministren las indicaciones y recomendaciones que deben seguir en forma precisa, clara y en su idioma, porque sucede que la mayoría de los Médicos y Enfermeras que laboran en los distintos centros asistenciales (Ambulatorios) y en el Hospital Trípoli son extranjeros que no dominan la lengua árabe y los idiomas más comerciales del país como lo es el inglés.

Esta situación le ocasiona confusiones y serias dificultades a los habitantes de la ciudad de Trípoli, a la hora de interpretar las indicaciones médicas y sugerencias, para aplicarse tratamientos por dolencias, enfermedades infecciosas o contagiosas que presenten en determinado momento.

Es por éstos hechos, que el propósito fundamental de éste estudio, en el cual se realiza el análisis a un Diseño de Modelo

de Atención Primaria de Salud, para la ciudad de Trípoli, es lograr que el Personal del Departamento de Medicina Comunitaria de la Facultad de Sociología de la Universidad El Fatha, quienes suministraron recursos y su colaboración para el desarrollo de esta investigación, presenten el Modelo de Atención Primaria de Salud que aquí se analiza a las autoridades y organismos competentes como lo es, el Ministerio de Salud y Seguro Social, para que implanten éste modelo en aquellos sectores de la ciudad donde no existan Ambulatorios y en otros centros asistenciales donde el Servicio de Salud sea precario.

Es importante la creación de la figura del Gerente de Salud, el cual debe ser un profesional integral (médico, administrador y con dominio de los idiomas más comerciales en el país), para que, a parte de contribuir con la disminución de las fallas en el Sistema de Salud, aporte ideas innovadoras que permitan mejorar el desempeño de los Médicos y Enfermeras que prestan su servicio a la nación, así como también coordinar la realización de cursos del idioma árabe (para los profesionales extranjeros) e igualmente de otras lenguas de mayor predominio en Libia, para que se mejoren forma óptima y fluida la comunicación con los pacientes y ciudadano en general de la ciudad Trípoli.

1.4. Factibilidad

1.4.1. Recursos Humanos

En lo que respecta a este aspecto, se contó con la colaboración del Personal de Medicina Comunitaria, de la Facultad de Sociología, de la Universidad El Fatha, de la ciudad de Trípoli, en Libia.

A través de ellos se logró obtener diversas informaciones para sustentar en forma eficaz esta investigación.

1.4.2. Recursos Financieros

El personal del Departamento de Medicina Comunitaria, de la Facultad de Sociología, de la Universidad El Fatha, proporcionó ayuda en cuanto a esta materia, para un óptimo desarrollo del estudio en cuestión.

1.4.3. Recursos Técnicos

En cuanto a este tema, se emplearon computadoras, máquinas de escribir, calculadoras, fotocopadoras y otros artículos, facilitados unos por la autora y otros por el personal del Departamento de Medicina Comunitaria, de la Facultad de Sociología, de la Universidad El Fatha, de la ciudad de Trípoli, en Libia.

1.4.4. Recursos Legales

Esta investigación se desarrolló, tomando como base legal las Normativas Sistemáticas para el Sector Salud y el Seguro Social de la República de Libia.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. El Concepto de Salud

La salud es definida por la constitución de la Organización Mundial De la Salud (OMS,1948), como: un estado de completo bienestar físico, mental, social y ambiental y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (1996), sostiene, “está descripción idealista e integradora ha sido considerada a veces como inalcanzable y en gran parte inaplicable para la vida de la mayoría de las personas”. (p. 384).

En el contexto de la promoción de la salud, se considera a la salud, no tanto como un estado abstracto, sino sobre todo como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.

Desde esta perspectiva, la salud se considera como un recurso para la vida diaria, pero no como el objeto de la vida; es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas.

2.2. Historia y Concepto de Salud Pública

Estudios realizados por la Organización Panamericana de a Salud (1998), “todos los países tienen sus grandes héroes de la

Salud Pública..... En Londres, John Snow, intentó clausurar la Fuente de Broad Street para controlar la epidemia de cólera". (p. 18). (**Organización Panamericana de a Salud, 1998**)

Posteriormente mediante un estudio científico profundo, Snow comprendió que se trataba de una enfermedad transmitida por el agua. Después de 30 años el Presidente de la Junta General de Salud John Simón, afirmó, que el descubrimiento de Snow, es la verdad más importante de descubierta hasta ahora por la ciencia médica para la prevención de las epidemias de cólera.

En relación con este planteamiento, se puede afirmar, que hacen falta el tiempo, el lugar y las personas para lograr las acciones de Salud Pública.

Luego de pasar por su fase sanitaria, basada en los conceptos de medio y de control social aplicados a través de las leyes de beneficencia, la salud pública se transformó en medicina preventiva.

El paradigma germinal que superó la teoría de las mismas trajo consigo el rápido crecimiento de los enfoques individualizados basados en la inmunización.

Su nexos con las leyes de beneficencia (su componente social y con la legislación sobre higiene (su componente medioambiental) pasó a formar, cada vez más, el trasfondo de la Salud Pública.

En diversos países esta transformación produjo importantes consecuencias organizativas. Su relación con las leyes de beneficencia desapareció, transfiriendo proporciones crecientes

de los servicios prestados de forma individual a la práctica privada (ejemplo: La Salud Materno Infantil) o manteniéndolas, al menos tras las puertas cerradas de la consulta del médico, quitándole por tanto sus componentes sociales.

A lo largo de este proceso, que comenzó aproximadamente con el siglo XX, la Salud Pública pasó de la Vacunación (una actividad de Atención Primaria) a los procedimientos complejos de detección sistemática, y sus actividades en la actualidad son más diagnósticas que preventivas.

En cuanto a la definición concreta de Salud Pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), explica, en el Glosario de Términos elaborado para la Promoción de Salud, que es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria; (p. 12).

En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los determinantes de la salud, así como sobre los métodos para solucionar los problemas de salud pública.

Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas es que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que

creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud.

Esta distinción entre “lo antiguo” y lo “nuevo” puede no ser necesaria en el futuro conforme se vaya desarrollando y difundiendo un concepto unificado de salud pública.

En concepto de salud pública ecológica ha hecho asimismo su aparición en la literatura. Ha evolucionado como respuesta a la naturaleza cambiante de los problemas sanitarios y su conexión con los problemas ambientales mundiales emergentes.

Estos nuevos problemas incluyen riesgos ecológicos como la destrucción de la capa de ozono, la contaminación incontrolada e incontrolable del aire y del agua, el calentamiento de la tierra. Estos hechos ejercen un impacto considerable sobre la salud, que escapa a menudo de los modelos simples de causalidad e intervención.

La salud pública ecológica enfatiza los puntos comunes entre la salud y el desarrollo sostenible. Se centra en los determinantes económicos y ambientales de la salud y en los medios para orientar la inversión económica hacia la consecución de los mejores resultados sanitarios para la población, una mayor equidad en salud y un uso sostenible de los recursos.

2.3. La Promoción de la Salud Pública

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1984), explican que, al igual que ha ocurrido en otros momentos históricos, si en la actualidad se pretende mejorar el

nivel de salud, habrá que realizar acciones basadas en conceptos amplios.

Desde esta perspectiva, la promoción de la salud como un medio de conseguir la salud para todos, es un proceso encaminado a capacitar a la población para controlar y mejorar su salud.

Así, la salud misma se contempla como un recurso para la vida cotidiana más que como un fin en sí misma.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986), copatrocinó una Conferencia Internacional en Ottawa, en la cual se expusieron por primera vez, las posibilidades que brinda la Promoción de la Salud.

Al respecto la Carta de Ottawa, adoptada por la Conferencia, caracteriza la promoción de la salud como el proceso que permite que la gente tenga más control sobre su salud y por ende, la mejore.

En la Conferencia se destacó la importancia que tienen los alimentos y la vivienda, el acceso a los servicios básicos de agua potable y saneamiento, a la educación y a las oportunidades de empleo, así como a un ecosistema estable y a recursos sostenibles.

La Carta de Ottawa exige un compromiso político claro con la salud y la equidad en respuesta a la “brecha de salud” que existe entre diversas sociedades o dentro de ellas mismas. La salud y su mantenimiento deben reconocerse como una inversión social y un reto importante.

La noción de promoción de la salud expuesta en la Carta de Ottawa es un concepto positivo de la salud como fuente de riqueza en la vida diaria. Un componente crucial para su éxito es el de hacer que la población participe y modifique conductas y estilos de vida nocivos para la salud, para reducir los riesgos y desarrollar un sentido de responsabilidad compartida con los servicios de salud.

La Carta hace de la promoción de la salud una tarea intersectorial que incluye educación, información, comunicación social, legislación, establecimiento de normas, organización, participación de la población y esfuerzos para reorientar los servicios de salud.

La Carta identifica cinco áreas de acción:

- Formulación de Políticas públicas que promuevan la salud en todos los sectores y niveles de la sociedad.
- Creación de ambientes de apoyo tanto en sus dimensiones físicas como sociales y fortalecimiento del sistema de apoyo social de la comunidad.
- Fortalecimiento de las acciones comunitarias y de la participación de la gente en las acciones de promoción de la salud, aprovechando los recursos humanos y dándoles un mayor sentido de su propio valor.
- Desarrollo de las aptitudes personales para tomar decisiones y soportar presiones.

Reorientación de los servicios de salud para hacer hincapié en las promociones y las posibilidades que ofrecen las

instituciones de atención sanitaria como lugares adecuados para la promoción de la salud.

2.3.1. Principios de la Promoción de la Salud

De acuerdo con ASHTON (1987), existen cinco principios de Promoción de la Salud, los cuales son:

1. La promoción de la salud supone implicar activamente a la población en los aspectos de su vida cotidiana más que restringirse a las personas que están a riesgo de enfermedades específicas y en contacto con los servicios médicos.
2. La promoción de la salud debe dirigirse a actuar sobre las causas de las enfermedades.
3. La promoción de la salud utiliza muy distintos enfoques combinados para mejorar la salud, incluyendo educación e información, desarrollo y organización comunitarios y acciones legales y de defensa de la salud.
4. La promoción de la salud depende particularmente de la participación del público.
5. Los profesionales de la salud, especialmente los que trabajan en Atención Primaria tienen un papel importante colaborando y permitiendo el desarrollo de la promoción de la salud.

Posteriormente, después de dos años de la reunión de Ottawa, fue convocada en Adelaide, Australia, una conferencia sobre promoción de la salud para abordar la primera de las cinco

áreas de promoción de la salud- formulación de una política pública en pro de la salud- incluidas en la Carta de Ottawa. La conferencia esbozó cuatro áreas de políticas para su introducción inmediata a diversos niveles del gobierno:

- Apoyar la salud de las mujeres.
- Permitir que las personas tengan acceso a la alimentación y a la nutrición saludables.
- Reducir el cultivo de tabaco y la producción, comercialización y consumo de alcohol.
- Crear ambientes de apoyo.

La Conferencia de Adelaide hizo un pedido especial para que se combinaran las iniciativas sobre el medio ambiente y la economía con esfuerzos en pro de la salud pública, y para vincular al mundo desarrollado y en desarrollo en un esfuerzo coordinado a favor de la salud.

En el año de 1989, un grupo de trabajo sobre promoción de la salud en los países en desarrollo, convocado en Ginebra, originó un “Llamado a la Acción”, que es un documento de estrategia que analiza la promoción de la salud y su aplicación en los países en desarrollo. Ese llamado hizo hincapié en:

- Generación de acciones sociales y políticas para la salud.
- Fomento de las políticas públicas de apoyo a la salud y el aumento de las alianzas con todos los sectores de la sociedad.
- Identificación de estrategias de base para capacitar y facilitar a la gente.

- Fortalecimiento de las capacidades nacionales así como de la voluntad política para la promoción de la salud y la participación comunitaria en el desarrollo de la salud.

En Suecia, en el año 1991, se realizó una conferencia, realizada en Sundsvall, y denominada Conferencia de Sundsvall, en la cual se abordó la segunda de las cinco áreas de acción de la Carta de Ottawa.

- Creación de ambientes de apoyo en el más completo sentido social, político, económico, cultural y físico. El emponderamiento de las personas y la participación comunitaria son esenciales para lograr un enfoque democrático de promoción de la salud y constituye la fuerza motriz para la autosuficiencia y el desarrollo. La Conferencia identificó cuatro estrategias claves de acción en el terreno de la salud pública con miras a promover la creación de ambientes de apoyo a nivel de la comunidad:
- Fortalecimiento de la defensa de la salud mediante la participación comunitaria, en particular mediante grupos organizados por mujeres.
- Permitir que las comunidades y los individuos tomen el control de su salud y del medio ambiente mediante la educación y emponderamiento.
- Formación de alianzas para la salud y de ambientes de apoyo para fortalecer la cooperación entre la salud y las campañas y estrategias a favor del medio ambiente.

- Actuar como mediador entre intereses opuestos en la sociedad para asegurar el acceso equitativo a los ambientes de apoyo para la salud.

2.3.2. Respuesta de la Organización Mundial de la Salud

El marco de políticas y de programas propuesto para el Noveno Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (1984) respalda con ahínco la promoción y la protección de la salud.

Los principales problemas de salud tanto en los países desarrollados como en desarrollo, estipula el documento, guardan relación con los estilos de vida y los factores del medio ambiente.

El comportamiento individual en relación con la salud puede ser un asunto de elección personal. También recibe muchas influencias y a menudo está determinado por los ambientes sociales, económicos, culturales y físicos. En consecuencia:

Es necesario instar a las organizaciones no gubernamentales y a los grupos comunitarios de todo tipo a nivel local, nacional e internacional para que actúen en los asuntos relacionados con la salud.

A la vez que se reconoce la importancia de aumentar la toma de conciencia y la motivación personal hacia la salud mediante la información y la educación sanitaria, debe hacerse hincapié en la modificación de los factores sociales, económicos y ambientales que facilitan a la gente la elección de estilos de vida saludable.

Por lo tanto, la promoción y la protección de la salud guardan relación con todos los sectores de la actividad humana – la educación, la vivienda, la planificación urbana, la agricultura, las políticas fiscales y de precios, las políticas económicas y la legislación.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud propone:

- Apoyar los programas de país destinados a promover estilos de vida y comportamientos saludables y a desalentar hábitos no saludables como el tabaquismo, el uso indebido de alcohol y las drogas, mediante la educación, la información y acciones específicas.
- Colaboración en la formulación de programas dentro del marco de los sistemas de atención a la salud para la promoción y protección de la salud de grupos vulnerables de la población.
- Promoción y apoyo de programas para mejorar el ambiente físico y la reducción y el control de riesgo de salud ambiental.
- Promover y apoyar la creación de condiciones y de redes para la participación y la intervención de la comunidad en la promoción y la protección de la salud.

2.4. La Atención Primaria de Salud

La atención primaria de salud es la clave para alcanzar, en todo el mundo y en un futuro previsible, un nivel aceptable de

salud, que forme parte del de social y se inspire en un espíritu de justicia.

Es igualmente válido para todos los países, desde los más desarrollados hasta los de menor desarrollo, aunque adoptará diversas formas según las diferentes modalidades políticas, económicas, sociales y culturales. Sobre todo para los países en desarrollo es de una necesidad apremiante, y ésa es la razón de que este informe se centre en las necesidades de esos países.

2.4.1. La Situación Actual a Nivel Mundial

En el campo de la salud, va en aumento la distancia que media entre los “privilegiados”, o países ricos, y los “desposeídos”, o países del mundo en desarrollo. Esa distancia se aprecia dentro de ciertos países, cualquiera sea su grado de desarrollo.

En todo el mundo cunde el desencanto acerca de la asistencia sanitaria, por razones que no son difíciles de discernir. Con los conocimientos técnicos de que hoy se dispone se podría alcanzar un estado de salud mejor que el actual, pero, por desgracia, en la mayor parte de los países esos conocimientos no se aplican en beneficio de la mayoría de la población.

Los recursos de salud suelen asignarse principalmente a instituciones médicas de alto nivel establecidas en zonas urbanas.

Aún dejando de lado la dudosa premisa social en que se basa ese proceder, la concentración de tecnología complicada y costosa en sectores limitados de la población no presenta siquiera la ventaja de mejorar la situación sanitaria.

De hecho, se viene confundiendo este mejoramiento con la prestación de asistencia médica a cargo de un número cada vez mayor de especialistas, que emplean tecnologías médicas muy específicas en beneficio de la minoría privilegiada.

Las personas han pasado a ser casos sin personalidad, y se ha perdido el contacto entre quienes prestan asistencia médica y los que la reciben.

De acuerdo a estudios realizados, en la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978):

La Atención Primaria de Salud, es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación / participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles.

Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas.

Otras actividades esenciales son la promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta, el abastecimiento de agua potable y un saneamiento básico; la asistencia sanitaria materno infantil, incluida la planificación familiar; la inmunización, el tratamiento adecuado de

enfermedades y lesiones comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

La atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad.

La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud.

Como esos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades y son una emanación de esas condiciones y esos valores, variarán lógicamente según los diversos países y comunidades, pero han de comprender como mínimo: la promoción de una nutrición adecuada y un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes; y el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes.

Para que la atención primaria de salud sea, lo más rápidamente posible, accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario.

Para que esto sea así, la comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la atención primaria en salud. Esa participación se consigue principalmente mediante una adecuada labor de educación que permita a las comunidades enfrentarse, en la forma más conveniente, con sus verdaderos problemas de salud.

Así estarán mejor situadas para adoptar decisiones racionales acerca de la atención primaria de salud y para conseguir de los demás niveles del sistema nacional de salud el apoyo que realmente sea necesario.

Esos niveles superiores se deben organizar y fortalecer para que puedan apoyar la atención primaria de salud mediante conocimientos técnicos, formación de personal, orientación y supervisión, ayuda logística, suministros, información, financiación y sistemas e instituciones de envío de enfermos o de consultas de problemas pendientes de solución.

Todo da a entender que, para alcanzar su máxima eficacia, la atención primaria de salud habrá de emplear medios que la comunidad acepte y comprenda y que el personal sanitario pueda aplicar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país. Ese personal sanitario de la comunidad, incluidas, cuando así proceso, las personas que practican la medicina

tradicional, dará el máximo rendimiento si reside en la misma comunidad a la que ha de atender y ha recibido una formación social y técnica y adecuada a las necesidades de salud expresadas por esa comunidad.

Como la atención primaria de salud forma parte al mismo tiempo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social, sin el cual estaría condenada al fracaso se habrá de coordinar, en el plano nacional, con los demás niveles del sistema de salud así como con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país.

2.5. Importancia de Lograr la Salud a Nivel Mundial

De acuerdo al Glosario de Términos utilizados en la serie Salud para Todos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1984), en Ginebra, se entiende por – Salud para Todos, la consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva.

La Salud para Todos ha servido a la Organización Mundial de la Salud y sus Estados Miembros, como un importante referente para sus estrategias sanitarias durante casi 20 años. Pese a que cada país le ha dado una interpretación diferente dependiendo de sus características sociales y económicas, del estado de salud y la distribución de la morbilidad de su población y del grado de desarrollo de su sistema sanitario, ha ofrecido una meta a la que aspirar basada en el concepto de la equidad en salud.

La estrategia de Salud para Todos, es decir a nivel mundial, está siendo replanteada con el fin de garantizar su continuidad en el siglo que viene. Está en fase de desarrollo una nueva política, que la Asamblea Mundial de la Salud ha adoptado desde 1998.

La estrategia de Salud para Todos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), supuso un cambio notable en esta agencia de Naciones Unidas que desde su creación hasta mediados de los 70 estuvo dominada por el colonialismo médico. Más que una organización al cuidado de la salud mundial la Organización Mundial de la Salud desarrollaba políticas de transferencia de tecnología y modelos de servicios del mundo desarrollado al mundo en desarrollo.

La situación política de los años 70 en la esfera internacional con gobierno social-demócratas en Europa, sobre todo del Norte y con un creciente papel de los Alineados hizo posible un cambio sustancial en la Organización Mundial de la Salud y el desarrollo de una estrategia, aún vigente.

En nuestros días, miles de nuestros conciudadanos está afectados de una grave enfermedad, el SIDA, originada en el centro de África y que se ha extendido por todo el mundo.

Paradójicamente, en un mundo cada vez más expuesto a riesgos globales se debilitan cada vez más los servicios de salud internacional y se recorta el presupuesto de las agencias transnacionales (como la Organización Mundial de la Salud que venían ejerciendo las funciones de salud pública en el ámbito mundial).

Las Organizaciones No Gubernamentales se ven obligadas a ejercer funciones de salud internacional de manera fraccionada y descoordinada para rellenar este vacío. Esta vuelta atrás histórica, de ingenua confianza en la caridad y la filantropía, está produciendo a nivel mundial, respuestas inconexas e ineficientes que, de lejos pueden hacer frente de manera adecuada a los retos de la salud mundial producidos por los procesos de globalización.

Uno de los fenómenos derivados de la globalización y propiciados por la posibilidad de realización de transacciones monetarias en tiempo real y a gran velocidad, es la progresiva monetarización de la economía.

A nivel mundial el crecimiento de la masa monetaria, sin control democrático, está produciendo una disminución progresiva del porcentaje de Producto Interno Bruto (PIB) que en cada país es gestionado en el sector público, junto con una erosión notable de la economía informal y daños ya irreversibles en los subsidios no financieros del sistema, es decir, en los recursos naturales y en su equilibrio ecológico.

A nivel micro, los cambios antes descritos imponen una mayor dependencia de los ambientes domésticos e individuos de dinero para cubrir sus necesidades básicas. Cada vez es más difícil obtener bienes y servicios de transacciones informales basadas en los lazos de apoyo mutuo que sustentan las comunidades.

Estos fenómenos nuevos, en nuestra historia económica, están teniendo un enorme impacto en nuestro sistema de salud

en la medida en que se debilita y se hace más vulnerable el sistema informal de cuidados, que actualmente atiende a una inmensa mayoría, el 88% de las necesidades de salud de la población.

Progresivamente más y más aspectos de nuestra cultura de salud y de la gestión de los procesos de salud-enfermedad pasan desde ámbitos estrictamente domésticos o comunitarios al sector monetarizado, medicalizado y profesional dentro de una estrategia de las corporaciones médicas para aumentar su volumen de mercado, permitida cuando no alentada por las autoridades sanitarias.

Para los más vulnerables de nuestra sociedad, los procesos de destrucción comunitaria suponen añadir a su ya existente pobreza en recursos financieros la pobreza producida por la erosión progresiva de sus recursos comunitarios y domésticos.

En todos los países del mundo, este nuevo fenómeno de los doblemente pobres (pobres en dinero y pobres en comunidad) esta produciendo circunstancias extremas de crisis en los entornos domésticos (algunas desconocidas hasta el momento como el masivo abandono de niños en los asentamientos urbanos de Latinoamérica) y masivas migraciones hacia las ciudades y hacia otros países.

La preservación del medio ambiente (entendiéndolo como el subsidio inexcusable para el sistema), el reforzamiento de las comunidades y el considerar a las personas como más importantes que al dinero, estableciendo políticas redistributivas y profundizando la democracia en el sector financiero de la

economía, son las bases para el desarrollo de alternativas democráticas de equidad y solidaridad en nuestro mundo globalizado. La receta para “domesticar la globalización.

2.6. Estrategias utilizadas en la República de Libia para Suministrar Salud

Se considera que la República de Libia, es una entre las primeras naciones que aprobaron la estrategia mundial para el desarrollo y el suministro de salud para todos. El Comité Popular publicó en el año 1424 el Decreto N° 24, aprobando la estrategia de proporcionar salud para todos.

Ese decreto indica que el régimen del sector salud es responsable del bienestar de la salud, la cual depende principalmente en la buena canalización práctica y científica, aceptada por la sociedad con conformidad y que sea de fácil acceso para todas las familiar e individuos a través de sus efectivas participaciones con el propósito de elevar a los ciudadanos a un alto nivel de productividad y efectividad en la participación en los aspectos sociales y económicos.

El Comité Popular ha establecido muchos programas nacionales para ejecutar la estrategia nacional (salud para todos) figurándose en programas de interés para madres e infantes y en la lucha contra enfermedades contagiosas y crónicas, en vacunación y prevención de accidentes y en la preparación educativa relacionada con la salud.

Estos programas se han configurados en:

1. Programa para madres, infancia y vacunación
2. Programa para la lucha contra dolencias respiratorias de niños
3. Programa para la lucha contra diarreas
4. Programa de salud escolar
5. Programa para la prevención de cegueras
6. Programa de lucha contra la tuberculosis pulmonares
7. Programa para contra las Enfermedades de lepra
8. Programa para prevenir accidentes
9. Programa para prevenir el SIDA
10. Programa para la prevención del corazón, la circulación y la fiebre.
11. Programa de vacunación contra enfermedades contagiosas
12. Programa de educación, salud y social
13. Programa de prevención y la lucha contra las diabetes
14. Programa de prevención y la lucha contra las enfermedades comunes.

Para la ejecución de esos programas, se han creado muchos comités populares y científicos y se han creado varios centros especializados como El Centro Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias y el Centro de Inspección de Alimentos.

Los Comités Populares encargados de ejecutar esos programas son:

1. El comité popular para madres, infancias y vacunación
2. El comité popular para enfermedades comunes y crónicas
3. El comité popular para proteger el ambiente y la salud profesional
4. El comité popular para la prevención de las enfermedades del corazón
5. El comité popular para la prevención de accidentes
6. El comité popular para las enfermedades crónicas
7. El comité popular para la prevención de la enfermedad de lechía
8. El comité popular para la prevención la educación salud social
9. El comité popular para el cuidado de incapacitados
10. El comité popular para la prevención del uso no legal de drogas
11. El comité popular para la prevención del SIDA
12. El comité popular para la prevención de la ceguera
13. El comité popular para la planificación social – salud
14. El comité popular para la información y consolidación
15. Comité de emergencia de salud
16. Consejo Consultivo para el cuidado principal de la salud de la sociedad.

La República de Libia ha tenido muchos logros en los Campos de Salud y Asistencia Social, alcanzando cubrir los Servicios Médicos 100% y ha logrado lo siguiente:

1. El porcentaje de vacunación alcanzó el 90% en la mayoría de las enfermedades que requieren vacunación.
2. El crecimiento en la demanda del ciudadano en pedir los servicios médicos en todas sus variedades y la prevención de las enfermedades contagiosas.
3. Se ha logrado eliminar muchas enfermedades durante los últimos 30 años como: parálisis infantil, malarias y otros.
4. Lograr grandes éxitos contra las enfermedades contagiosas, proyectando para eliminar los programas científicos, estas enfermedades son:
 - a) Todas que requieren vacunación
 - b) Tuberculosas
 - c) Biliarzia
 - d) Fiebre de Malta
 - e) Ulcera de Oriente
5. Se ha creado muchos Anexos de Salud, especializados en supervisar las enfermedades del corazón y para acercar los servicios a los ciudadanos, y suministrarles servicios especializados en:
 - a) Centro Nacional para tuberculosis y enfermedades respiratorias
 - b) Centro Estéril

- c) Centro de Inspección de Alimentos
- d) Centro de Enfermedades de los Ojos (cegueras)
- e) Centro Médico de Trípoli
- f) Centro de Radiografía
- g) Centro Nacional para las Enfermedades Mentales
- h) Laboratorio Referencial

Para lograr el buen desarrollo de la estrategia nacional de salud, el Comité Popular ha determinado para ser realizados, los siguientes objetivos:

1. Eliminar las enfermedades contagiosas y crónicas
2. Hacer llegar el porcentaje de vacunación de todas las enfermedades al 100%.
3. Utilizar los medios curativos y preventivos para la salud del niño con el propósito de disminuir el porcentaje de mortalidad en ellos y aumentar el promedio de vida.
4. Mejorar los servicios médicos incrementando sus niveles.
5. Ejecutar los programas preventivos contra todas las enfermedades.
6. Modificar el sistema de las informaciones de salud.
7. Apoyar las investigaciones y los estudios relacionados con la salud.

2.7. El Sistema de Salud en la República de Libia

El sistema de salud en la República de Libia, está organizado de acuerdo al modelo integral, a partir de 1970, cuando su gobernante Muammar Gadaffi en la Constitución de Libia, por decreto, unifica la atención, unifica la atención pública-privada y el seguro social en un ente único: Ministerio de Salud y Seguro Social.

La atención asistencial es igual para todos los usuarios, no hay distinciones; la diferencia que hay, es en cuanto a contribución, la cual es escasa, para los que soliciten asistencia privada.

Realmente, esta asistencia, generalmente se solicita por razones de tiempo, ya que si una persona por ejemplo sale de su trabajo y necesita dicha atención rápidamente, en el sentido de acudir de nuevo a su trabajo, no interrumpiéndolo, lo puede hacer.

Ahora bien en cuanto a la atención médica las consultas externas se brindan en ambos niveles: público y privado, no siendo así la atención hospitalaria, la cual, solo el sector público es quien la proporciona; en los dos últimos años algunas instituciones privadas aportan atención hospitalaria.

Los programas de salud son evaluados cada cinco años, con el objetivo de mejorar metas, y requerimientos de la población atendida, en cuanto a la oferta y la demanda, de acuerdo con el mercado que se presenta normalmente y circunstancialmente.

Durante el período de los años 1970-1983 los servicios de salud, se destacaron por un marcado mejoramiento y expansión en lo referente a la prevención y curación, con la provisión de tratamiento médico, medicamentos y equipos modernos en el ámbito hospitalario y de clínicas.

Hay indicadores significantes, de la inmensa mejoría lograda en el sector salud, como son:

El número de camas disponibles en hospitales; en 1970 se disponían de 7589 aumentando a 9115 para el año 1983; la proporción de camas por mil ha aumentado de 3.8 camas en 1970 a 4,3 camas en 1983. Similarmente, el personal médico (Nº) se incrementó de 783 en 1970 a 5200 para 1983. Este mejoramiento, fue simultáneo con un aumento notable en el personal paramédico.

Igualmente el personal de enfermeras del servicio materno-infantil se incrementó de 3073 enfermeras a 16.295 en el año 1983, así como también el personal técnico y paramédico aumentó de 385 en 1970, a 3000 en el año 1983.

En cuanto al servicio de Medicina Física y de Rehabilitación, éste, llega con todos los cambios que se producen en el país, con la llegada del presidente anteriormente mencionado y un sistema de gobierno diferente a los anteriores, este servicio ha continuado recibiendo gran atención y apoyo e incluyen atención médica en caso de invalidez para lograr la adaptación y reasumir sus funciones normales de vida y reinsertarlos en la sociedad, aliviando además problemas que sean consecuencia de ello, en lo posible.

Se ha dado gran apoyo a esta área, en donde se lleva una planificación y control de los casos que ameriten rehabilitación.

La rehabilitación cubre varias áreas médicas como: la inclusión de miembros artificiales, transplantes de órganos, plastias a nivel del servicio de otorrinolaringología, oftalmología etc. A continuación se muestra los indicadores más importantes en el servicio de salud así como los objetivos del plan de transformación en los períodos 1981-85.

**Indicadores Revisados en la Prestación de Servicio de Salud
1970-1983**

	1970	1983	Incremento	Incremento anual
Nº de camas	7,589	16.704	9,115	6.2
Nº de camas x 1000 Hab	3,8	4,3		
Complejos Clínicos	1	28	27	32
Centros de Cuidado de salud básicos	12	208	196	24.5
Unid de cuidados de salud básicos	439	958	519	6.2
Nº de médicos y odontólogos	783	5200	4417	15.7
Nº de enfermeras	3,073	16,295	13,222	13.7
Nº de técnicos y asistentes	385	3,000	2,615	17.1

Objetivos del Plan de Transformación, de los Servicios de Salud, 1981-1985

	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Camas	14.472	15.054	17.352	19.328	20,928	23.765
Complejos clínicos	28	28	28	32	36	40
Centros Básicos de Salud	148	168	188	208	228	248
Unidades básicas de Salud	838	878	918	958	998	1,038
Médicos	4.300	4.455	4.675	4.865	5.073	5,280
Enfermeras	13.524	14.058	14.610	15.200	15.850	16.500
Técnicos y Asistentes Médicos	2,300	2,595	2.920	3.316	4.228	4.830

En el quinquenio 1981-1985 en Plan de Transformación en el sector salud, basado en el resultado del plan de 1976-80 así como en el análisis del problema y las dificultades que enfrentó; los objetivos del plan de transformación de 1981-85 se decidieron de la siguiente forma:

1. Al organizar en el sector salud, la promoción de salud, la atención primaria y curativa; la situación de este sector ha mejorado cuantitativamente, y no se ha requerido una gran inversión, por lo que se hizo énfasis en mejorar la infraestructura hospitalaria así como continuar el mejoramiento de la promoción y prevención utilizando material de suministro adecuado, en cuanto a medicamentos, equipos, así como la provisión médica. Del plan actual se persigue el completar la construcción, equipos y medios de operación no terminados durante el
2. Período de 1976-80, del plan de transformación.

3. Aumentar el personal médico y paramédico libiano y elevar el porcentaje de médicos livianos a por lo menos 40% del número total de los 10.5 por ciento en 1980. Igualmente, aumentar el personal de técnicos en lactancia, así como los auxiliares médicos a un 90% del total existente.
4. Proporcionar las medidas clínicas y preventivas, en el cuidado de la salud infantil, para reducir la tasa de mortalidad infantil e incrementar la esperanza de vida.
5. El aumento del número de camas de hospital de 14,472 en 1980 a 23,760 camas en 1985, al 64.2 por ciento mejorando el número de camas por cada 1000 habitantes, de 4,5 en 1980 a 6 camas por 1000 habitantes en 1985.
6. En el plan se decide aumentar el número de médicos y odontológicos de 4.300 en 1980 a 5.280 médicos a través del 1985, significando esto un aumento del 22,8 por ciento del número de médicos por habitantes en 1980, y de 750 personas por médico de 1980 a 755 personas por médico para el año de 1985. El número de médicos livianos debe aumentar de 10.5% en 1980 a casi 40% en 1985. Respecto al personal de lactancia, el aumento debe de ser de 13,524 en 1980 a 16,500 en 1985. El número de técnicos y asistentes médicos deben de doblar de 2.300 en 1980 a 4.600 en 1985, el % de libianos debe aumentar de 41,5% en 1980 a 90% en el año 1985.
7. Mejorar la actuación de los servicios de salud, actualizarlo y enfatizar más la calidad, así como introducir algunos servicios especializados.

8. Desarrollar el campo de la salud, en el sentido de que no solo deben proporcionarse servicios médicos básicos sino también debe cubrirse la salud ambiental, las provisiones para beber agua, disposición de excretas sistemas de cloacas apropiado, control de calidad en los alimentos, estas medidas preventivas deben tomarse tanto a nivel urbano como rural. El plan de transformación 1981-85 da prioridad a la salud preventiva, para lo cual estudia los requerimientos para adaptar los servicios de salud adecuados para cumplir con este objetivo. El plan se enfoca en atención continua, de modo que se asegure el acceso absoluto a todos los servicios, del individuo y por ende de la sociedad. Por consiguiente, los indicadores de salud sufrirán transformaciones y no se medirán según proporciones matemáticas entre el ciudadano y los servicios disponibles (proporciones familiares, y otras proporciones similares para los diversos medios como la de los médicos, la alimentación del personal, etc.). El concepto subyacente será la evaluación de la efectividad de estos servicios y su contribución a mejorar la salud física, psicológica y mental del individuo y el éxito en la lucha contra las enfermedades crónicas y endémicas. Debe haber un eslabón fuerte entre las necesidades y las aspiraciones de las personas y el mejor uso y organización de los recursos de salud. Se han unido varias actividades de diferentes instituciones de salud, y diferentes programas en un sistema nacional equilibrado de servicios de salud que tienen en cuenta las necesidades de la población local. El sistema adoptado incluye una política de salud legítima,

que asegura que dichos programas satisfacen las necesidades potenciales del país. Es más el éxito del plan de salud depende grandemente de su integración con los programas integrados al plan de transformación económica y social.

9. La prioridad al cuidado básico de salud, para integrar todo el potencial disponible que afecta la situación de salud de la población local. Puesto que este cuidado representa una respuesta a las necesidades básicas del individuo de un buen estado de salud, por lo cual es imperativo que los medios relacionados sean accesibles a la población. Sus servicios deben cubrir entonces, la prevención, la curación y la rehabilitación así como el desarrollo de la comunidad a través de la promoción de estándares legítimos de nutrición, provisión de la higiene del agua de consumo, establecimiento de un sistema de cloacas adecuado, los cuidados de la madre y el niño, tratamiento adecuado de las enfermedades, inoculación e inmunización, protección y eliminación de enfermedades endémicas y guía de salud y educación.
10. La integración de servicios preventivos y curativos: El énfasis debe estar en aspectos preventivos que dan prioridad a la salud del individuo, como requisito previo a una vida activa. Siguiendo este enfoque, la prioridad se dará a:
 - La mejora del estado de salud proporcionando información sobre la nutrición equilibrada y el mejoramiento del ambiente.

- La preparación para cualquier emergencia en el sector de salud como resultante de la industrialización, un estándar para vivir más elevado.
11. Guía de salud y educación: Junto al énfasis dado a la protección y los aspectos clínicos, debe darse prioridad a la educación de la salud y a la guía del público; para ello el papel básico lo hará el personal médico revolucionario apoyado en especial por ayudas audiovisuales correspondientes con la realidad social, y de una manera sencilla y coherente llegar al público.
 12. Atención a la investigación científica aplicada: El plan de transformación prestó especial atención a la investigación de la salud aplicada, para mejorar la efectividad de los servicios de salud, y explotar los mejores recursos disponibles. Estas investigaciones deben mantener la información necesaria, para planificar y controlar los servicios de salud, y su uso como herramientas para identificar y aislar factores implicados en el sector, a través del estudio psicológico del individuo y su concepto de salud. También incluirá el estudio de problemas de salud, enfrentados por la sociedad; y los problemas de salud ambiental (alojamiento, lugar de trabajo), así como las maneras apropiadas de educar y guiar al público y determinar su aceptación de las medidas de salud preventivas.
 13. Aceleración del desarrollo de mano de obra productiva, tanto médica como paramédica, la preparación y

entrenamiento de la mano de obra ejercen gran influencia en la actuación y efectividad de los servicios de salud, a razón de que en Libia hay una falla en cuanto a la mano de obra productiva en las distintas especialidades.

En 1980-81 el número de estudiantes que ingresaron a las facultades de Medicina y de Odontología sumó a 1500 estudiantes. Sin embargo para cubrir el número necesario, el plan de transformación contempla, seguir ingresando estudiantes, considerando el período de tiempo que se necesita, para formar personal especializado y con experiencia, mientras tanto el empleo de la mano de obra extranjera debe continuar.

Como preocupación, para la mano de obra paramédica, el plan apunta completar los Institutos de establecimientos de salud y la alimentación de escuelas, apuntadas para el plan 1976-80. También se abrirán nuevos institutos y escuelas, y se permitirá la matriculación de técnicos, y de algunas escuelas auxiliares según los requisitos específico de cada área. Se considera, la posibilidad de entrenamiento de éstos en el extranjero, para aumentar su número.

CAPITULO III

Modelo de Atención Primaria de Salud Pública Para la Población de la Ciudad Trípoli – Libia

3.1. Sistema de Salud de Ciudad Trípoli

El Sistema de Salud de Libia, está organizado de acuerdo a un modelo integral, el cual tiene unificado la atención pública-privada y el Seguro Social, en un ente único: Ministerio de Salud y Seguro Social. Cada Estado del país, cuenta con un Ministerio de Salud y Seguro Social.

Estos organismos son los encargados de dictaminar las políticas en materia de salud, para beneficio de todos los habitantes del país, así como también de dirigir, coordinar y administrar en forma general, los recursos (materiales, financieros y humanos) del Sistema de Salud.

La atención de los Médicos y Enfermeras en los limitados centros asistenciales (Ambulatorios) que existen en la ciudad Trípoli, en los cuales prestan Servicios de Salud, tales como: Epidemiología, Consulta Externa, Obstetricia, Hematología, Pediatría, Gastroenterología, etc., es aceptable, pero presentan diversas fallas en forma continua, en lo que respecta al suministro de información en forma clara y precisa a los pacientes (libaneses y extranjeros residentes), sobre las

indicaciones y recomendaciones médicas que deben realizar, situación que es sumamente delicada.

Por éstas razones, los habitantes de la ciudad de Trípoli tienen actualmente la necesidad imperante, de que se les proporcione una fluida y óptima atención en los escasos Ambulatorios existentes en la región y sobre todo en el Hospital Trípoli, cuando asistan a solicitar atención médica por enfermedades como: tuberculosis, fiebre de Malta, enfermedades respiratorias, digestivas, etc.

Porque es indispensable que, en los centros asistenciales (Ambulatorios) y Hospital Trípoli laboren, aparte de Médicos y Enfermeras extranjeros que dominan otras lenguas distintas al idioma árabe (el cual ellos no dominan con exactitud), profesionales libaneses, porque es primordial para la atención médica y para el correcto suministro de información a los ciudadanos que acudan a consultarse, para que de esta forma los habitantes de la ciudad Trípoli reciban un Servicio de Salud idóneo y puedan entender claramente las sugerencias que les indiquen para sus tratamientos que deban efectuarse.

Las máximas autoridades que rigen el Sistema de Salud en el país, deben avocarse a la Promoción de la Salud como un medio para conseguir la salud para todos, porque este aspecto tan importante deben considerarlo como un proceso encaminado a capacitar a la población para controlar y mejorar su salud en forma general.

Porque es necesario e imperante que aumenten la toma de conciencia y la motivación personal hacia la salud mediante la

información y la educación sanitaria, deben hacer hincapié en la modificación de los factores sociales, económicos y ambientales que faciliten a la población la elección de estilos de vida saludables.

3.2. Propuesta para la utilización del Modelo de Atención Primaria de Salud Pública en la ciudad de Trípoli

En vista de los limitados centros asistenciales (Ambulatorios) que existen en la localidad y a la necesidad que tienen los habitantes de la región, de que se mejore la atención por parte de los Médicos y Enfermeras (en su mayoría extranjeros), en lo que respecta al suministro de información, clara y precisa al momento de proporcionarles las indicaciones y recomendaciones médicas que tienen que cumplir, para realizarse tratamientos por alguna dolencia, prevenir enfermedades contagiosas, etc., es que se sugiere la utilización del Modelo de Atención Primaria de Salud Pública analizado en esta investigación.

El modelo de Atención Primaria de Salud Pública aquí descrito, puede brindarle a la población de la ciudad Trípoli beneficios innumerables, como por ejemplo: la existencia de la figura del Gerente de Salud (Médico profesional, Administrador y con dominio pleno del idioma árabe y otros de mayor predominio, en el país), el cual con la realización de positivas planificaciones, adecuados controles y administración de los recursos (materiales, humanos y financieros) en forma idónea destinados al Sistema de Salud, puede contribuir en gran manera tanto con

el logro de la eficiencia en la prestación de los Servicios de Salud como con el mejoramiento de la salud de los habitantes de la localidad.

Este profesional a parte de planificar, controlar, dirigir y administrar en forma adecuada los recursos (materiales humanos y financieros), del Sistema de Salud, también puede contribuir en forma eficaz con la coordinación de Cursos de Idiomas y Mejoramiento Personal para los Médicos y Enfermeras que prestan sus servicios en los diferentes centros asistenciales existentes, de tal forma que puedan aprender perfectamente el idioma árabe y otras lenguas de mayor predominio en la región y mejoren en forma positiva la comunicación con los pacientes y habitantes en general de la ciudad Trípoli.

3.3. Ente Responsable

Las máximas autoridades del Sistema de Salud de Libia, deberán proveer los recursos financieros, materiales y humanos, para el desarrollo del Programa de Atención Primaria de Salud Pública en la ciudad Trípoli.

3.4. Programa “El Médico y la Enfermera de la Familia”

Estos programas constituyen la base del Sistema de Salud.

A) Organización del Trabajo

El grupo se denominaría: “Equipo Básico de Salud Pública (EBSP)”.

El equipo conformado por el Médico especialista en Medicina General y la Enfermera Profesional, los cuales aparte de tener una idónea formación académica y experiencia laboral, deben dominar el idioma árabe y otras lenguas de mayor predominio en el país.

Estos profesionales pueden atender aproximadamente 120 familias y un promedio de 650 habitantes de la urbanización.

a.1) Planificación en el Consultorio:

- Las necesidades y problemas de los habitantes (libaneses y extranjeros residentes) de la ciudad Trípoli.. (La población es un eje de Planificación Participativa).

Objetivo: Solucionar los problemas de Salud de los Individuos y la familia y el Ambiente logrando la participación activa de la comunidad y movilizandolos recursos disponibles.

a.2) Etapas de la Planificación del Equipo Básico de Salud Pública (EBSP):

1. Análisis de la situación de la Salud.
2. Identificación y priorización de Problemas (Vacunas y otras enfermedades) urgentes que ameritan los habitantes de la ciudad Trípoli, tales como: toxoides diftérico y tetánico, el antígeno de la tos ferina y contra la Hepatitis B, Triple R (sarampión, parotiditis, rubéola), rabia y fiebre amarilla, así como vacunas bacterianas, como: BIO-MANGUINHOS, Fiocruz y Tecpar, Billarzasia, Fiebre de Malta y Úlcera de Oriente, con el propósito de

erradicar las diversas enfermedades que se evidencian a diario como: las infecciones, tuberculosis y problemas respiratorios, entre otros.

3. Diseñar las Actividades
4. Reajuste del Programa: En etapas de desarrollo del plan o cuando lo amerite.
5. Ejecución del Programa: Semestralmente.
6. Evaluación de la Ejecución: Trimestralmente.

B. Organización de la Atención

b.1) Individuo y Familia:

Individuo - Familia
Intervención - Registro Clasificación.

b.2) Grupos:

Individuos

Grupo I - Aparentemente sanos
Grupo II - En riesgo de enfermar
Grupo III - Enfermas
Grupo IV - Con secuelas, deficiencias o Discapacidades.

Familias

Grupo I	-	Funcionales
Grupo II	-	Es riesgo de disfuncionalidad
Grupo III	-	Disfuncionales

C) Actividades a realizar por el Equipo Básico de Salud Pública (EBSP):

1. Consultas Espontáneas y Programadas.
2. Visitas de terreno (zonas donde existan habitantes que ameriten atención de salud, sobre todo aplicación de vacunas y que no puedan desplazarse al Consultorio del Equipo Básico de Salud Pública).
3. Guardias Médicas.
4. Investigación Científica (Realización de análisis de Datos y Cobertura Ordinaria de Vacunación y otros aspectos contra las enfermedades de mayor repercusión en la ciudad Trípoli).

D) Grupo Básico de Trabajo:

Los integrantes de este equipo tendrán como función y misión primordial: evaluar y monitorear las labores ejecutadas por el Equipo Básico de Salud Pública (EBSP).

Deben ser profesionales especialistas, los cuales deberán desempeñarse como:

d.1) Gerentes de Salud

Los profesionales que se seleccionen para estos cargos, deberán poseer los siguientes conocimientos:

- Medicina General.
- Administración (Experiencia en planificación, dirección y control empresarial y en el sector salud preferiblemente).
- Dominio del idioma árabe y otras lenguas de mayor comercialización en el país.

d.2) Trabajadores Sociales

Los profesionales seleccionados para estos cargos, deberán poseer los siguientes conocimientos:

- Dominio de técnicas para dirigir Individuos y Grupos.
- Identificación plena con los organismos que les compete el Sistema de Salud de la nación.

E. Características y Beneficios del Programa de Atención Primaria de Salud Pública

e.1) Características

1. Atención Médica en general.
2. Utilización del análisis de la situación de salud.
3. Se puede formar un Especialista en la Comunidad.

4. Cobertura con prioridad para las zonas rurales (campesinos).
5. Participación activa de la comunidad y la intersectorialidad en la gestión de salud.
6. Se estructura principalmente para brindar atención personalizada a una población regular.
7. Carácter proactivo de la atención.
8. Trabajo en grupo: “Equipo Básico de Salud Pública y Grupo Básico de Trabajo”.

e.2) Beneficios

1. Servicio de Salud accesible y gratuito.
2. Atención de un Equipo Básico de Salud Pública (E.B.S.P.):
 - Médico especialista en Medicina General y con óptima trayectoria.
 - Enfermera profesional y de idóneo desempeño en sus funciones.

Los cuales tendrán como misión brindar una excelente Atención de Salud Integral a todos los habitantes de la ciudad Trípoli.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados, la autora infiere en los siguientes aspectos:

- En cuanto a la Atención Primaria de Salud Pública, en la ciudad de Trípoli, de la República de Libia, es imprescindible que las máximas autoridades del Sistema de Salud del país, como el Ministerio de Salud y Seguro Social, desarrollen políticas y acciones que aseguren ideales condiciones para una vida sana a los pobladores de la región, tal cual como lo manifiesta la Organización Mundial de la Salud, así como también un desarrollo sostenido de la salud a los niveles individual y colectivo.
- Todos estos aspectos son requeridos para alcanzar la salud y las condiciones para lograr un medio ambiente saludable, que incluyan el necesario apoyo social, la organización comunitaria y otras medidas para ayudar a satisfacer sus necesidades en cuanto a la salud.
- Es necesario la concentración a los proyectos de salud preventiva en la vacunación de todos los individuos en la sociedad, contra las enfermedades y extender la conciencia de la importancia de salud y alimentación correctas entre ellos y la adaptación de las medidas necesarias para evitar la contaminación de toda índole y establecer los sistemas perfectos para la prevención al país de las enfermedades infecciosas y evitar su filtración internamente.

También es indispensable:

- La eliminación de las enfermedades transitorias y radicadas, como la malaria.
- Equipar, desarrollar y fortalecer las instituciones de salud existentes con los equipos más modernos, efectivos y desarrollados.
- La ampliación en el envío de misiones científicas y de entrenamiento para proveer las necesidades de los centros de salud, con los profesionales locales, necesarios en reemplazo de los extranjeros.
- La organización del Sistema de Salud en forma conjunta deberá ser rediseñada en torno a su eje que no será la curación, sino la Promoción de la Salud.

Una política de Promoción de Salud restablecería los lazos existentes entre salud y bienestar social, entre la calidad de vida colectiva e individual en todos los habitantes de la ciudad de Trípoli.

De acuerdo a los aspectos aquí planteados, los organismos encargados de regir el Sistema de Salud de todo el país, como el Ministerio de Salud y Seguro Social, deben avocarse a la implantación de la figura de los Gerentes de Salud, los cuales les pueden servir de gran utilidad para el logro de los objetivos propuestos en el Sistema de Salud nacional.

Estos profesionales con la realización de planificaciones eficaces, adecuados controles y administración de políticas acertadas y de recursos (materiales, humanos y financieros) en

forma óptima, puede contribuir en gran manera tanto con el logro de la eficacia en la prestación de los Servicios de Salud como en su diversificación en todo el país y con el mejoramiento de la salud de toda la población.

BIBLIOGRAFÍA

Arias O., Fidas (1997). **El Proyecto de Investigación. Guía para su Elaboración.** Caracas: Editorial Episteme.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (1998): **Manual de trabajos de grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales.** Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. Caracas: Autor.

ASHTON, John (1987). **La Promoción de la Salud, Un Nuevo Concepto para una Nueva Sanidad.** Liverpool.

Desarrollo de Servicios de Salud en Libia (1996). Editorial en Instituto AENMA.

Las Bases de la Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www.va.es/dsp/Matdocente/Carlos2.html> (Consulta: 2003 Mayo, 16).

La Gran Jamahixiya Arabe Libia (1994). **Las transformaciones políticas, económicas y sociales durante veinte años.** Panamá: Oficina Popular de la Gran Jamahixiya Arabe de Libia.

Organización Mundial de la Salud (1998), **Glosario Promoción de la Salud.** Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud (2002) Asamblea Mundial de la Salud (2001) Asamblea Mundial de la Salud. N° 54.

Organización Panamericana de la Salud (1998): **La Salud en las Américas.** (Vol. I, N° 569). Washington: Autor.

Promoción de Salud y Bienestar Laboral.(Documento en línea)
Disponible en: <http://europa.ev.int/comm/html> (Consulta:
2002, mayo 17).

Sistema de Salud de Libia (1989). Editorial en Instituto AEMA.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2001): **Manual de trabajos de grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales.** Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. Caracas: Autor.

ANEXOS

Normativas Sistemáticas para el Sector Salud y el Seguro Social

1. Ley de salud N° (106) año 1973 y la cartelera ejecutiva.
2. Ley del Seguro Social N° 13 año 1980.
3. Ley N° : (17) año 1986, en relación con las responsabilidades médicas
4. Ley N°: (20 año 1986, e relación a las responsabilidades médicas.
5. Ley N°: (20) relacionada a la caja del bienestar social.
6. Decreto del comité popular N°: (646) año 1983 relacionada en publicar un proyecto para emplear personal médico y paramédico.
7. Decreto del comité popular N°: (50) año 1982, para la ejecución de los decretos de los comités populares en expender los medicamentos.
8. Decreto del comité popular N° (742) año 1984 para la aprobación del rendimiento en los ambulatorios, publicados 15-10-1984.
9. Decreto del comité popular N° (772) año 1989 para la creación de centros científicos y consolidación.
10. Decreto del Comité Popular (655) año 1992 para la creación de una asociación al servicio médico. Publicado en el 29-9-1992.
11. Decreto del comité popular para la creación del Centro Nacional de Investigaciones para las enfermedades tubérculos y respiratorias. En fecha 9-11-1993.

12. Decreto del comité popular N° 744 año 1993 para la creación de sistemas de suministro médico, en fecha 3/10/1993
13. Decreto del comité popular N°: 853 año 1993 en el 15-11-1993, para clasificar los centros de salud.
14. Decreto del comité popular N°: 5 año 1994 para la creación del Instituto de Desarrollo del poder productivo médico fecha 4/1/1994
15. Decreto del comité popular N°: 130 año 1994 para organizar los hospitales especializados.
16. Decreto del comité popular N°: 131 año 1994 para organizar los hospitales centrales.
17. Decreto del comité popular N°: 330 año 1994 para organizar los hospitales públicos y centros especializados.
18. Decreto del comité popular N°: 828 año 1994 para la aprobación de un plan para la nacionalización de las profesionalidades médicas y paramédicas en el sector salud publicado 31/12/1994
19. Decreto del comité popular N°: 24 año 1994 para aprobar la estrategia nacional para suministrar salud para todos y por todos.
20. Decreto del comité popular N°: 103 año 1996 para autorizar al comité popular para la salud y el seguro social para poner en funcionamiento algunos centros de excreto de salud según el sistema común. En fecha 3/4/1996
21. Decreto del comité popular N°: 828 año 1994 para establecer Tasas de los servicios médicos voluntarios.

22. Decreto del comité popular N° 174 para agregar hospitales de emergencias a hospitales particulares, publicado el día 23/6/1996.
23. Decreto del comité popular N°: 402 año 1993 para organizar el centro nacional para tuberculosis y enfermedades respiratorias. Publicado 15-5-1993.
24. Decreto del comité popular para la salud y seguro social para fijar un monto simbólico para los servicios que no requieren hospitalización en los centros de salud, N°: 101 año 1994.
25. Decreto del comité popular para la salud y seguro social N°: 394 año 1995 para determinar algunas leyes relacionadas a las libres actividades médicas.
26. Decreto del comité popular N°: 556 año 1991 para crear una comisión organizadora del seguro médico.
27. Decreto del comité popular para la salud y el seguro social N°: 1 año 2000 para reorganizar los comités nacionales.
28. Decreto del comité N°: 49 año 1986 en relación de hospitalización de extranjeros.
29. Decreto del comité popular y seguro social N°: 83 año 2000 para modificar listas de denuncias sobre enfermedades contagiosas y crónicas.

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES 1984-1998 EN LIBIA

TOTAL	MUJERES	HOMBRES	AÑOS
3.231.059	1.579.498	1.651.562	1984
3.426.899	1.672.398	1.697.395	1985
3.513.791	1.720.878	1.744.501	1986
3.613.432	1.770.763	1.792.913	1987
3.715.901	1.822.095	1.842.669	1988
3.821.276	1.874.914	1.893.806	1989
3.629.641	1.920.265	1.946.362	1990
4.041.081	1.985.191	2.000.376	1991
4.155.682	2.042.738	2.055.890	1992
4.273.535	2.101.954	2.112.944	1993
4.394.732	2.162.886	2.171.581	1994
4.389.739	2.158.660	2.231.079	1995
4.512.651	2.219.322	2.293.329	1996
4.639.005	2.218.463	2.357.542	1997
4.768.897	2.345.344	2.423.553	1998

ESTIMACIONES DE EDADES DE LIBIOS

HASTA DEL 2000

2000	1999	1998	1997	1996	1995	EDAD
627.891	610.789	594.153	577.970	562.228	546.914	4-0
668.459	650.252	632.541	615.312	598.553	582.250	9_5
671.730	653.434	635.636	618.323	601.482	585.099	14_10
668.714	650.500	632.782	614.547	598.781	582.472	19_15
582.675	566.804	551.366	536.348	521.739	507.527	24_20
448.184	435.977	424.102	412.551	401.314	390.383	29_25
328.600	319.650	310.944	302.475	294.236	286.222	34_30
225.658	219.512	213.533	207.717	202.059	196.555	39_35
152.371	148.221	144.184	140.257	136.437	132.721	44_40
146.025	142.048	138.179	134.415	130.754	127.193	49_45
119.922	116.656	113.479	110.388	107.381	104.456	54_50
112.829	109.756	106.767	103.859	101.030	98.278	59_55
89.819	87.373	84.993	82.678	80.426	78.235	64_60
79.471	77.306	75.200	73.152	71.160	69.222	69_65
51.476	50.074	48.710	47.383	46.092	44.837	74_70
30.883	30.042	29.224	28.428	27.654	26.901	79_75
18.994	18.477	17.974	17.484	17.008	16.545	84_80
15.990	15.554	15.130	14.718	14.317	13.927	85
5039691	4902425	4768897	4639005	4512651	4389739	TOTAL

**PORCENTAJE DE LA COBERTURA DE LAS VACUNAS
DE LAS VACUNAS EN LIBIA**

TOTAL	RURAL	URBANO	VACUNA NIÑOS
			NIÑOS 12/23 MESES
99.2	98.0	99.7	TUBERCULOSIS
98.2	97.1	98.7	POLIOMIELITIS
			1 LA TRIPLE 1ª VEZ
97.3	96.4	97.6	POLIOMIELITIS
			Y LA TRIPLE 2ª VEZ
95.8	95.6	95.9	POLIOMIELITIS
			Y LA TRIPLE 3ª VEZ
92.2	91.7	92.4	SARAMPION
Fuente: ESTUDIOS ARABE LIBIO PARA LA SALUD DE LA MADRE Y EL HIJO			

VACUNA PCG AÑO 1998

TOTAL	ESTUD.COLEGIO	ATRAZADO	NACIDOS	CENTRO DE VACUNACION
	15_6	5_2	1_0	
52753	30470	0	22283	Triboli
8869	1186	0	7683	Alzawiya
8041	4110	0	3931	Suara
7885	3724	0	4161	Grión
10841	4212	925	5704	Taruna
14622	13495	0	1127	Algoms
3282	0	0	3282	Yafrn
0	0	0	0	Nalut
10331	3087	0	7244	Musrata
6609	3236	0	3373	Sert
9015	3975	0	5040	Zlitan
1329	0	0	1329	Panwalid
383	0	0	383	Gdames
8192	1533	0	6659	Sabja
0	0	0	0	Murzg
20359	1508	0	18851	Vengas
4211	0	0	4211	Tjdabia
2761	68	0	2693	Datna
5498	2016	0	3482	Marj
4331	5	4	4322	Vida
7169	3254	97	3818	Tobrk
186481	75879	1026	109576	TOTAL

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIMICO DADO A LOS ENFERMOS DE TUBERCULOSIS POSITIVO AÑO 1997								
0.77	3	5.64	22	11.54	45	82.05	320	390
%	FALLECIDOS	%	TRANSFERIDO	%	SUSPENDIDO	%	SANO	TOTAL ENFERMOS
1.45	4	5.24	12	32.31	74	50.22	115	229

**MATRIZ DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS
DENUNCIADAS EN LIBIA
PERIODO 1971 A 1999**

% DE EXTRANJEROS ENFERMOS	TOTAL DE ENFERMOS	Nº DE EXTRANJEROS ENFERMOS	Nº DE LIBIOS ENFERMOS	AÑOS
67	12	8	4	1971
42	26	11	15	1972
85	39	33	6	1973
61	38	23	15	1974
57	35	20	15	1975
39	150	134	16	1976
67	94	63	31	1977
80	105	84	21	1978
75	134	100	34	1979
81	103	83	20	1980
92	104	96	8	1984
79	57	45	12	1986
78	230	179	51	1992
76	66	50	16	1993
65	49	32	17	1994
-	57	-	-	1996
-	14	-	-	1997
50	12	6	6	1998
-	20	-	-	1999

% DE	TOTAL DE	Nº DE	Nº DE	LIBIOS
EXTRANJEROS	ENFERMOS	EXTRANJEROS	ENFERMOS	AÑOS
ENFERMOS		ENFERMOS		
76	2850	2178	672	1971
69	2950	2040	910	1972
88	2552	2242	310	1973
69	3047	2090	957	1974
76	3475	2632	843	1975
47	1613	759	854	1976
52	1043	524	501	1977
73	832	610	222	1978
58	301	176	125	1979
78	162	126	36	1980
75	388	291	97	1984
82	341	280	61	1986
40	302	120	182	1992
57	529	300	229	1993
26	307	80	227	1994
49				1996
59				1997
84				1998
88				1999

MATRIZ DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

DENUNCIADAS EN LIBIA

PERIODO 1971 A 1999

% DE EXTRANJEROS ENFERMOS	TOTAL DE Nº DE EXTRANJEROS ENFERMOS	Nº DE EXTRANJEROS ENFERMOS	Nº DE LIBIOS ENFERMOS	AÑOS
76	2850	2178	672	1971
69	2950	2040	910	1972
88	2552	2242	310	1973
69	3047	2090	957	1974
76	3475	2632	843	1975
47	1613	759	854	1976
52	1043	524	501	1977
73	832	610	222	1978
58	301	176	125	1979
78	162	126	36	1980
75	388	291	97	1984
82	341	280	61	1986
40	302	120	182	1992
57	529	300	229	1993
26	307	80	227	1994
49				1996
59				1997
84				1998
88				1999

