

CAPITULO III

LA EDUCACION PERMANENTE EN SALUD Y SU CONTEXTO ESTRATEGICO Y OPERACIONAL.

Nos interesa destacar, de manera particular, el papel de la EPS dentro del desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Para este propósito, es muy importante visualizar esta opción educativa como parte del desarrollo de los recursos humanos en los sistemas nacionales de salud. Y esto requiere manejar algunos antecedentes y aspectos conceptuales que se procurará ordenar a continuación.

**Salud para todos en el Año 2000
y Atención Primaria de Salud**

En 1973, el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, después de un detenido análisis de la situación mundial, concluyó en la identificación de severos problemas en los servicios de salud de muchos países: acceso nulo o limitado de amplios sectores de la población, concepción predominantemente curativa y prestación aislada de los servicios disponibles; insistencia en servicios muy centralizados y técnicos; subvaloración de las relaciones con otros sectores de programación social; falta de equilibrio entre las actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación y asistencia médicosocial; escasa disponibilidad de los servicios en las comunidades, etc. Y como consecuencia de todo ello, dos problemas principales: escasa eficacia y aumento acelerado de los costos.

Toda esta situación, someramente descrita, fué intensamente debatida en una multiplicidad de foros y organizaciones nacionales e internacionales, durante la pasada década, ganando así fuerza la idea de que el establecimiento de sistemas nacionales de salud completos no sólo concierne al sector salud, en el sentido clásico del término, sino también a los demás sectores del desarrollo socioeconómico, e involucra la participación consciente de la comunidad. (1)

Fue así como en la 30ª Asamblea Mundial de la Salud, realizada en 1977, se definió una política de salud, denominada "Salud para todos en el año 2000", como meta común de la OMS y de todos sus estados miembros.

Al año siguiente, 1978, la Conferencia Internacional de Alma-Ata estipuló una estrategia principal para el alcance de dicha meta: la atención primaria de salud (APS).

En 1981, la 34ª Asamblea Mundial de la Salud reafirmó los conceptos anteriores mediante la adopción de la "Estrategia Mundial de salud para todos en el año 2000".

Los países de la Región de las Américas, establecieron desde un principio su compromiso con el desarrollo de la APS y sus principales componentes, como integrantes de la comunidad mundial que se había pronunciado en el sentido referido. Diversos acuerdos habrían de reafirmar este compromiso. Por ejemplo: hace poco más de una década, una declaración de los Ministros de Salud de las Américas recomendó la APS como estrategia principal para alcanzar salud para todos en el año 2000. La Resolución XXI de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana definió las prioridades programáticas para el cuadrenio 1986-1990 en tres áreas:

a) El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la APS; b) la atención a los problemas prioritarios de salud presentes en grupos vulnerables, mediante programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud y c) el proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores.

Pero ¿qué significa "atención primaria de salud"?

De la Declaración de Alma-Ata puede extraerse la siguiente definición:

"La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (2)

La definición citada constituye una excelente síntesis. Sin embargo, el concepto sigue ofreciendo algunas dificultades debido al múltiple uso del término "primario(a)" en el lenguaje de la Salud Pública y sobre todo, porque sintetiza diversas relaciones entre ciertos elementos que pueden ser considerados como inherentes a la estrategia y otros que más bien constituyen condiciones para desenvolvimiento.

Procedamos pues a examinar, muy brevemente, los rasgos que definen a un sistema de salud basado en la APS.

1º) Extensión de la cobertura de los servicios sobre una base de equidad y participación responsable.

Para el desarrollo de la estrategia de APS en un país es esencial reorganizar la "prestación de atención de salud" o cobertura y mejorar continuamente su calidad.

La cobertura es un conjunto de factores estrechamente relacionados. La definición de estos factores no se encuentra enteramente normalizada, pero pueden tenerse en cuenta las siguientes:

a) Disponibilidad: Se refiere a la dotación de servicios y de personal de salud con que cuenta una determinada división administrativa (región, distrito, cantón, etc.)

Se mide mediante diversos indicadores. Por ejemplo, el número de habitantes por cada centro de salud, por cada médico o partera empírica, etc.

b) Accesibilidad: Se refiere al número o proporción de habitantes que previsiblemente utilizarán determinados servicios, programas o instalaciones.

Convencionalmente podemos distinguir tres aspectos de la accesibilidad de los servicios, cada uno de los cuales puede dar lugar a determinados obstáculos o problemas:

-La **accesibilidad material**: es decir, las facilidades con que los usuarios cuentan para alcanzar las unidades productoras de servicios.^{1/} Esta accesibilidad se define según las características de cada país, especialmente en lo que concierne a infraestructura para la movilización de personas (caminos, puentes, etc) y medios de transporte. Así por ejemplo, podrá definirse como accesible a determinadas colectividades un servicio alcanzable con una hora de marcha a pie o media hora de viaje en carreta de tracción animal.

-La **accesibilidad económica**: es la capacidad de los individuos o de la comunidad para costear la asistencia. Si se cuenta con un servicio, pero el individuo o la comunidad no están en condiciones económicas de utilizarlo, ese servicio no puede entonces considerarse accesible.

-La **accesibilidad cultural**: se refiere a la aceptabilidad que los servicios tengan para sus destinatarios y a la calidad de la comunicación establecida entre ellos y el personal de salud. Se refiere también a su adecuación a las necesidades prioritarias y a la calidad de los servicios ofrecidos.

En este aspecto pueden originarse barreras a veces muy fuertes y entonces es necesario investigarlas y ver la forma de superarlas. Por ejemplo, determinados tratamientos pueden chocar con la prácticas de medicina tradicional o, en ciertas sociedades, las mujeres pueden sentirse incómodas o rechazar la atención brindada por trabajadores de la salud de sexo masculino.

Dentro de la estrategia de APS, no sólo es importante investigar participativamente estas posibles barreras culturales sino también buscar las maneras más apropiadas para enriquecer el contacto cultural con las poblaciones.

1/ Se considera unidad productora de servicio al médico, al promotor de salud, a una partera empírica, un puesto de salud, un centro o un hospital, cualquiera sea su grado de complejidad o capacidad de resolución de problemas de salud. Es decir, puede ser una persona o un establecimiento y pertenecer al sector "formal" o "informal".

c) La utilización de los servicios o "cobertura efectiva", expresa la proporción de personas que necesitan un servicio y lo reciben efectiva y eficazmente en un período dado.

Por lo general los países que calculan la cobertura efectiva especifican el grado o la norma de atención que es aceptable como cobertura mínima.

Este es un aspecto muy decisivo. Los servicios pueden existir pero no ser utilizados por la población por su baja calidad o por la carencia de medicamentos o, lo que suele ser un problema muy importante para la APS, la gente puede sentirse más segura al solicitar atención en establecimientos más grandes, aunque sean distantes, en lugar de hacerlo en los servicios locales de atención primaria.

A la inversa, la utilización no se refiere al mero uso de un servicio o programa de salud. Siempre estará de por medio la eficacia sanitaria y social de la atención (6),(7).

El despliegue de esfuerzos destinados a reforzar la educación del personal en servicio se justifica plenamente si observamos los obstáculos que corrientemente se presentan a la hora de intentar la extensión de la cobertura de servicios a las poblaciones no atendidas o deficientemente atendidas.

Reflexionemos sobre los desafíos educativos que provienen de los siguientes obstáculos:

a) Formación y capacitación de recursos humanos no suficientemente articuladas con los servicios de salud y que no siempre responden a los requerimientos de los programas, ni a las necesidades reales de las comunidades.

b) Insuficiente conocimiento sobre las tecnologías apropiadas para la extensión de la cobertura, en materia de atención primaria y participación de la comunidad.

c) Deficiencias de los procesos de gestión administrativa implementados para satisfacer las necesidades de funcionamiento en las áreas que son objeto de la extensión de la cobertura (zonas rurales, barriadas urbanas, etc.)

A los cuales habría que agregar las barreras culturales ya mencionadas, con toda la carga de resistencia al cambio que traen consigo.

En lo que concierne a la participación comunitaria, sin la cual la estrategia de APS resulta por definición imposible, el quehacer educativo siempre será esencial para lograr que las comunidades desarrollen auto-confianza y compromiso en la solución de sus problemas de salud y una clara orientación en cuanto a las maneras más adecuadas de utilizar los recursos provenientes del sector público y privado, a los que puedan recurrir para mejorar sus condiciones de vida.

2) Funcionamiento con base en programas y prioridades claramente definidas.

Sin perjuicio de su flexibilidad, la estrategia de APS tiene como base la formulación de programas. Ya la Declaración de Alma-Ata perfiló en este sentido ocho elementos esenciales:

"La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes, y el suministro de los medicamentos esenciales." (2).

En su concepción general, estos programas pueden ser trazados con base en diversos criterios. Pueden considerar segmentos poblacionales específicos (madres, niños, trabajadores, tercera edad, minusválidos, etc.), la prevención, protección y control de enfermedades, etc. No se trata, por supuesto, de criterios excluyentes entre sí. Por ejemplo, un programa de salud mental puede estar dirigido a trabajadores de un determinado sector de actividad económica (3).

Las prioridades asignadas a los programas son esenciales para resolver la cobertura de los servicios de atención primaria. Su "distribución igualitaria" no equivale a una repartición indiferenciada. La priorización de programas tiene que hacerse en dos sentidos estrechamente relacionados:

- Como una selección y atención coordinada de necesidades prioritarias: salud materno infantil; inmunización; lucha contra las enfermedades diarreicas, respiratorias agudas, transmitidas por contacto sexual, cardiovasculares y otras de tipo crónico; parasitosis; salud mental; salud ocupacional; etc. *

- Como una reorientación, en el sentido de atender en primer lugar las necesidades básicas de los sectores marginados. Sin embargo, la APS no podría circunscribirse sólo a ellos, lo que llevaría a malinterpretarla como una "medicina para pobres" y, en la práctica, a crear nuevos focos problemáticos en la salud de sectores no calificados como tales.

3) Incluir componentes del sector salud y de otros sectores de programación social cuyas actividades interrelacionadas contribuyen a la salud.

La APS no es un programa de servicios que deba confiarse a un organismo especial. Es, por el contrario, un elemento central de todos los componentes del sistema de salud.

Pero, además, la APS forma parte integrante del desarrollo social y económico global de un país, lo cual significa que su planeamiento y realización tienen que hacerse con el concurso de una variedad de instituciones y programas. Es decir, se requiere de un acción intersectorial.

4) Llevar los elementos esenciales de la APS al primer punto de contacto entre los individuos y el sistema de salud.

En virtud de las características de la estrategia de APS y el acceso de nuevos grupos de población al sistema de servicios, es necesario que la capacidad para investigar problemas y programar y ejecutar actividades se vea fortalecida en las unidades locales del sistema de salud, que funcionan en íntimo contacto con las comunidades y los grupos objetivo.

* A nivel subregional, es importante conocer el acuerdo intergubernamental denominado Plan de Prioridades en Salud para Centroamérica y Panamá (PPSCAP)

Este fortalecimiento de las unidades locales pasa por una clara **definición de los niveles de atención** dentro del sistema nacional de salud, porque de lo contrario se caería en un "localismo" desarticulado e ineficiente. Veamos:

El nivel primario de atención (primer nivel) está constituido por la organización de los recursos (humanos, físicos, financieros) en servicios básicos que parten de la comunidad misma. Como dice la Declaración de Alma Ata, "representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas..."(2).

Los niveles secundario y terciario presentan una complejidad ascendente; El nivel secundario (o segundo nivel) requiere de una tecnología más desarrollada que el anterior y en muchos sistemas de salud abarca cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría. La atención se lleva a cabo en hospitales generales regionales.

El nivel terciario (o tercer nivel) corresponde a las subespecialidades, se apoya en una tecnología sofisticada y se desarrolla en los grandes centros médicos, tales como los hospitales nacionales y los hospitales urbanos de especialidad.

Para una buena atención de la población, es necesario que se mantengan relaciones continuas entre los niveles mencionados, lo que normalmente se busca lograr mediante el establecimiento de servicios regionalizados.

El reforzamiento del primer nivel de atención, fundamental en la estrategia de APS, depende de la coordinación que se logre entre todos los niveles y de ciertos cambios en los niveles central e intermedios. Así, será necesario facilitar, en los escalones intermedios, la atención profesional y especializada necesaria para resolver los problemas de salud más técnicos, que no pueden solucionarse a nivel local y, al mismo tiempo, impulsar la formación y orientación permanentes para las comunidades y sus agentes de salud. En el escalón central, será necesario facilitar los servicios de expertos en planificación y gestión, la atención altamente especializada en salud, la formación para especialistas, los servicios de ciertas dependencias como los laboratorios centrales y apoyo logístico y financiero centralizado.

En suma, la APS, como enfoque del desarrollo de la salud, involucra la reorientación de los servicios de salud para que la atención secundaria y terciaria estén en condiciones de dar apoyo al primer nivel de contacto. Todo el sistema de salud participa en la estrategia.

5) Reforzar las actividades orientadas hacia objetivos de fomento de la salud y de prevención.

Este aspecto se liga estrechamente al anterior:

Convencionalmente las actividades de salud se dividen, según sus objetivos, en actividades de promoción o fomento, preventivas, curativas, de rehabilitación y de asistencia médico-social a personas gravemente impedidas o incurables.

Las actividades de fomento de la salud son todas aquellas que tienden a crear condiciones favorables para el desarrollo de la salud de una población. Las actividades preventivas comprenden una variada gama de iniciativas en el campo de la salud biológica (inmunizaciones, suministro de suplementos vitamínicos, yodación de la sal, fluoración del agua, saneamiento ambiental, seguridad industrial, etc.), mental y social.

Las actividades de fomento y preventivas constituyen lo que se denomina **prevención primaria**. Estas resultan fundamentales dentro de la estrategia de atención primaria de salud, pero evidentemente este énfasis no puede entenderse como una postergación de actividades de otro carácter.

Transformación de los componentes del sistema nacional de salud y Atención Primaria de Salud. Los SILOS como táctica operacional básica.

En el apartado anterior se presentaron algunas de las características fundamentales que definen un sistema de salud orientado hacia la APS. Para la concreción de esta estrategia deben producirse, por supuesto, una serie de cambios dentro de la estructura y organización de dicho sistema.

Para un análisis pormenorizado de tales cambios, que deberán siempre examinarse a la luz de la realidad de cada país, pueden tomarse en consideración los **componentes principales de la infraestructura del sistema de salud**, cada uno con sus respectivas categorías.

Simplemente como una ayuda para el estudio del tema, se presenta a continuación un esquema-resumen de los principales componentes y categorías en cuestión (1):

Componentes	Categorías principales
a) Desarrollo de los recursos de salud	- Recursos humanos: personal, trabajadores básicos, etc. - Infraestructura material - Equipo y suministros - Conocimientos sobre salud.
b) Disposición ordenada de los recursos	Las diferentes agrupaciones u ordenaciones organizadas de recursos: autoridades sanitarias nacionales, programas gubernamentales de seguros, otros organismos oficiales, organismos no oficiales, sector autónomo.
c) Prestación de la atención en salud	- Objetivos de los servicios: actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria. - Niveles de complejidad: primario (local, periférico), secundario (intermedio) y terciario (central).
d) Gestión	- Dirección - Toma de decisiones - Reglamentación
e) Apoyo económico al sistema	- Fuentes, combinación de las mismas, etc.

Sin perjuicio de la amplitud de los cambios que pueden requerirse dentro de un mismo sistema de salud para desarrollar la estrategia de APS, hay un aspecto que reviste un fundamental significado: la creación y fortalecimiento de Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Como táctica operacional de la estrategia de APS, los SILOS presentan importantísimas posibilidades, internacionalmente reconocidas, para el adecuado logro de diversas metas básicas dentro de dicha estrategia y, en lo que nos concierne más directamente en este documento, para la implementación de programas de Educación Permanente en Salud.

Antes de referirnos específicamente a los SILOS, es conveniente tratar brevemente tres conceptos muy relacionados que suelen prestarse a confusiones: regionalización, descentralización y desconcentración:

Para el adecuado desarrollo de la estrategia de APS, los grupos e instituciones que participan en la prestación de los servicios de salud deben coordinar sus actividades dentro de un sistema orgánico y funcional. Esta coordinación abarca tanto los servicios organizados horizontalmente (instituciones que prestan servicios primarios, secundarios y terciarios a la población de una zona dada) y verticalmente (instituciones coordinadas de un nivel a otro, por ejemplo, país-región-localidad).

La estructura orgánica requerida para el logro de esa coordinación puede verse facilitada mediante alguna forma de regionalización funcional. Esto es, una determinada subdivisión del sistema nacional de Salud en regiones y áreas relativamente homogéneas.

La regionalización no es, por supuesto, un fin en sí misma. Se trata de un mecanismo político-administrativo que tiene sentido en la medida de que mejore la identificación de los grupos humanos y prioridades y el aprovechamiento de los recursos disponibles para los servicios de salud. En términos prácticos, el éxito de la regionalización funcional involucra la posibilidad de determinar las necesidades y problemas de las poblaciones diferenciadas y de coordinar los recursos en forma coherente con tales necesidades.

La regionalización se asocia normalmente a la descentralización de los sistemas de salud. Por descentralización se entiende, en términos generales, la transferencia de capacidad resolutoria y recursos hacia niveles no centrales del sistema.

Existen desde luego diversos grados posibles de descentralización, como asimismo distintas modalidades orgánicas.

La descentralización implica un cierto grado de centralización, puesto que la transferencia mencionada necesariamente emana desde un nivel central que conserva funciones de planificación, coordinación y dirección integral del sistema.

La desconcentración es un proceso mediante el cual se transfieren actividades, que se hacían en forma concentrada, a varios ámbitos periféricos.

En un sistema descentralizado de salud puede darse una concentración de ciertas actividades (por ejemplo, de la prestación de los servicios más especializados) y al mismo tiempo la desconcentración de otras (por ejemplo, de los servicios básicos y de la educación permanente del personal).

Tanto la descentralización-centralización como la desconcentración-concentración constituyen procesos graduales cuyo desarrollo tendrá que contextualizarse en las particularidades del sistema de salud y de la sociedad en que se insertan. La descentralización implica desconcentración, pero puede darse desconcentración sin descentralización. La desconcentración puede ser una etapa para la descentralización.

Con los conceptos reseñados queda abierto el camino para comprender más claramente que son los SILOS:

Un SILOS es un "conjunto integrado de recursos organizados funcionalmente para dar respuesta oportuna y apropiada a las necesidades de salud de una comunidad en una área geográfica. Está integrado por organizaciones de la comunidad y unidades de salud de diversa complejidad, articuladas funcional y administrativamente para garantizar la prestación de los servicios en los distintos niveles de atención." (4).

En la definición anterior conviene resaltar los siguientes puntos:

a) Un SILOS vincula funcionalmente unidades de mínima complejidad, que prestan atención de primer nivel, con uno o varios hospitales de apoyo, formando una red articulada de servicios.* Un mismo hospital puede, por lo tanto, servir a varios SILOS.

b) Un SILOS tiene un marco socioespacial determinado, es decir, una área geográfica-poblacional donde desplegará su red de servicios. Sin embargo, un SILOS es fundamentalmente una estructura funcional, una red coordinada de servicios, y no un segmento geográfico.

* O sea, un SILOS engloba los tres niveles de atención, aunque por su propio funcionamiento enfatice el primer nivel.

El rango poblacional específico de los SILOS, en un país determinado, dependerá de las características socioeconómicas y epidemiológicas allí existentes.

c) Como perfil de actuación un SILOS debe ser capaz de dar respuesta satisfactoria a las necesidades de atención de salud de su población adscrita, exceptuando aquellas que requieren de recursos altamente especializados (4).

Con lo reseñado hasta ahora, es posible establecer algunas relaciones fundamentales entre descentralización, atención primaria de salud y sistemas locales de salud:

La APS es una estrategia que involucra la reorientación total del sistema de salud. El desarrollo y fortalecimiento de los SILOS constituye una táctica operacional para la realización de dicha estrategia.

La relación entre descentralización y SILOS es algo más compleja: El desarrollo de los SILOS en un país puede darse independientemente de que exista o no un proceso de descentralización. Sin embargo, en términos generales, puede decirse que el papel de los SILOS tiene mejores posibilidades de consolidación cuando, dentro del correspondiente sistema nacional de salud, se ceden poder de decisión y recursos - especialmente económicos- con la finalidad de aproximar las soluciones a los problemas, capacitar a los niveles operativos y lograr la efectiva participación de las comunidades en la identificación y solución de sus propios problemas (4). O sea, cuando hay descentralización.

La descentralización es un proceso político y administrativo que contribuye decisivamente a la viabilidad de los SILOS y, recíprocamente, éstos constituyen un medio básico para lograr que la descentralización cumpla con su razón de ser: incrementar la equidad, eficiencia y eficacia en la atención de la salud de la población.

Fortalecimiento de los SILOS y desarrollo de recursos humanos.

Concluiremos este Capítulo resaltando, con base en los aspectos conceptuales tratados, el papel esencial del desarrollo de recursos humanos en el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS.

La reorientación de los servicios de salud hacia una estrategia de APS presume brindar una especial atención al componente básico de todo sistema de salud: sus recursos humanos.

El desarrollo de recursos humanos, dentro de esta perspectiva, debe llevarse a cabo en varios planos. Distinguiremos analíticamente tres:

a) El personal de salud, constituido por todas aquellas personas que se encuentran empleadas por el sistema, con sus correspondientes calificaciones formales y ocupaciones. Hay muchas categorías de personal de salud: médicos (generales y especialistas), odontólogos, farmacéuticos, nutricionistas, enfermeras profesionales de muchas clases, trabajadores sociales, psicólogos, administradores sanitarios, terapeutas de rehabilitación, higienistas, inspectores sanitarios, diversos tipos de trabajadores sanitarios auxiliares, etc.(1).

Para la eficiente intervención de este personal de APS, varios cambios son necesarios:

- Reforzar, adaptar y actualizar continuamente su capacitación, especialmente en el plano gerencial.
- Diferenciar sus capacidades y motivaciones para actuar en diferentes contextos.
- Modificar sus conocimientos y actitudes para sus tareas de promoción, educación, orientación, etc. en y con las respectivas comunidades.
- Fortalecer sus capacidades y disposiciones para actuar en equipo, ya que la atención individual, basada en la relación unitaria médico-paciente, es en gran medida reemplazada, en esta estrategia, por una atención brindada por grupos multidisciplinarios.

Cambios como los mencionados pueden requerir modificaciones en otras áreas de la administración de personal, por ejemplo, en las políticas de reclutamiento y selección, en la colocación diferencial y en la descripción y valoración de puestos.

b) La comunidad: Una comunidad es una pluralidad de individuos y grupos que, por tener relaciones más o menos permanentes entre sí y problemas comunes, presentan un cierto

grado de organización y un reconocimiento común de ciertas metas (o la posibilidad de organizarse y de lograr ese reconocimiento).

Una de las más serias dificultades para el despegue de la APS, en numerosos países, es la escasez de personal de salud. Por tal razón, un criterio importante dentro de esta estrategia consiste en enfatizar la función que pueden desempeñar los individuos, las familias y las comunidades en la tarea de promover el mejoramiento de la situación de salud.

Sin embargo, la mencionada razón no es la más importante: por la naturaleza misma de la APS, la participación comunitaria es esencial. Entonces, siempre es deseable, aún sin mediar problemas de escasez de personal, que la comunidad intervenga activamente en la producción de su salud, suministrando agentes "de base" (trabajadores básicos de salud) y aportando diversos recursos de infraestructura para tal efecto.

En procura de esta meta es importante:

- Reclutar y capacitar trabajadores básicos de salud.
- Realizar programas de educación para la salud.
- Organizar procedimientos adecuados para la participación comunitaria.

c) Los vínculos de cooperación entre el personal de salud y las comunidades.

Ciertos cambios fundamentales para dar impulso a la APS pasan por la interacción entre el personal de salud y los agentes comunitarios. Mencionaremos los siguientes:

i) La integración de los recursos científicos y técnicos, manejados por los servicios de salud, con las acciones cooperativas y recursos culturales de las comunidades.

ii) La producción participativa de conocimiento sobre la salud y la enfermedad, sobre el fomento integral de la salud humana, etc.

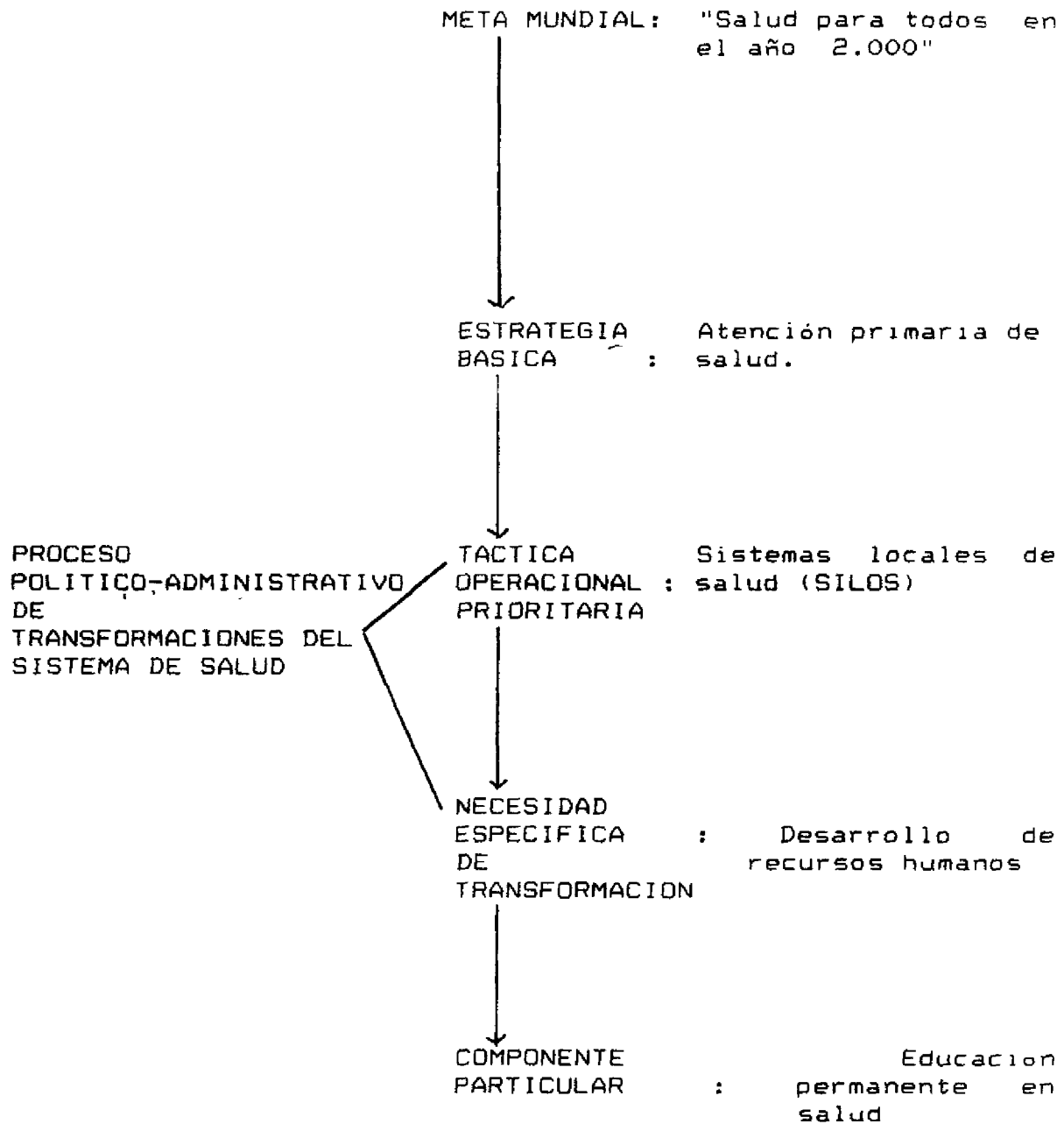
La aplicación de metodologías participativas puede dar un valioso aporte a la investigación sobre sistemas de salud

(antes denominada "investigación sobre atención médica" o "investigación sobre servicios de salud") que se ha definido como "el estudio sistemático de los medios por los cuales puede conseguirse que los conocimientos pertinentes repercutan en la salud de las comunidades en determinadas condiciones *.

Para el logro de estas y otras metas, relacionadas con el desarrollo de recursos humanos en salud, la "educación permanente" se presenta como una opción de amplísimas posibilidades. A ello se hará referencia en los capítulos que prosiguen.

* La investigación sobre sistemas de salud debe abarcar tanto al sector público como el privado, así como las prácticas de medicina indígena, las actividades de la propia comunidad y las influencias intersectoriales sobre la salud. (5).

ESQUEMA DE RELACIONES EXPUESTAS EN EL CAPITULO III



BIBLIOGRAFIA CAPITULO III

- 1.- Kleczkowski, Bogdan; Roemer, Milton y Van Der Werff, Albert: **Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos.** Pautas para una política. Cuadernos de Salud Pública Nº 77, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1984.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Alma Ata 1978: Atención primaria de salud. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de setiembre de 1978, Serie "Salud para Todos", Nº 1.** Ginebra, 1978.
- 3.- Kroeger, Axel y Luna, Ronaldo (compiladores): **Atención Primaria de Salud. Principios y métodos.** Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud Nº10. Organización Panamericana de la Salud y Editorial Pax de México (coedición). 1a. edición, México, agosto de 1987.
- 4.- Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Grupo Interprogramático: **Los Sistemas Locales de Salud, Aspectos conceptuales y metodológicos,** Separatas de Reuniones celebradas sobre el Tema. Abril 1987- Abril 1988.
- 5.- Taylor, Carl E. : **Investigaciones sobre sistemas de salud; ¿cómo pueden utilizarse?** Revista Foro Mundial de la Salud, Vol.4, 1983.
- 6.- Organización Mundial de la Salud. **Glosario de términos empleados en la serie "Salud para Todos" No.9,** Ginebra, 1984.
- 7.- Organización Mundial de la Salud. **Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000.** Serie "Salud para Todos". No.4, Ginebra, 1981.