



## **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)**

PROMOCION Y PROTECCIÓN DE LA SALUD  
PREVENCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS

DR. RICARDO ALEJANDRO BLANCO

DRA. ESTELA LAURA ALTALEF

### **1) ANTECEDENTES**

En la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, se definió una política de salud aceptada por todos los países y denominada *“Salud para todos en el año 2000”*.

En el año 1978 en la reunión de Alma Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como: *“Atención Primaria de Salud”* (APS).

Posteriormente se definieron para la región de las Américas las metas mínimas en salud que debían ser alcanzadas a través de la APS.

La declaración de Alma Ata señala que: *“La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundadas 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 durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y auto determinación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. 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 en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”*

### **2) DEFINICIONES**

#### **ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:**

Es la estrategia que se debe utilizar para cumplir con la política internacional de salud *“Salud para todos”* que se había programado para el año 2000 y no se cumplió, entre otras cosas porque no se utilizó esta estrategia.

#### **PROMOCIÓN DE LA SALUD:**



Acciones que llevan a la toma de conciencia por parte de cada uno de los integrantes de la sociedad, de los beneficios de preservar la salud física, mental y social y que cada uno actúe en consecuencia, sobre temáticas tales como: educación, capacitación, trabajo solidario, vivienda y salario dignos, desarrollo de la personalidad, justicia social, etc.

### PROTECCIÓN DE LA SALUD:

Se deben realizar medidas universales para conservar la buena calidad de vida y evitar la aparición de patologías prevalentes en los individuos y en las sociedades, por ejemplo: vacunación, saneamiento ambiental, cloración y potabilización del agua, cloacas, tratamiento de las excretas.

### PREVENCIÓN:

Existen tres niveles de prevención a saber:

- **PREVENCIÓN PRIMARIA:** Comprende Promoción y Protección de la Salud y debe estar destinada a la población en general de un lugar y no a grupos ni individuos en particular.

Se caracteriza por la participación comunitaria y es local. Empieza y termina en esa comunidad.

- **PREVENCIÓN SECUNDARIA:** Es el diagnóstico y tratamiento de patologías físicas, psíquicas y sociales tratando de evitar la muerte o la pérdida total de las estructuras en algunos de estos aspectos.

Debe producir la curación o el mejoramiento de las patologías y evitar o disminuir las secuelas. Está destinada a grupos de riesgo y a personas en forma individual.

Se caracteriza por el diagnóstico precoz y su tratamiento oportuno.

- **PREVENCIÓN Terciaria:** Es la rehabilitación individual física, psíquica, social, laboral, familiar, etc. de las personas, resaltando las potencialidades residuales de cada individuo, e involucra el seguimiento de las personas con patologías crónicas.

Se caracteriza por la rehabilitación total o el mantenimiento de la mayor autonomía funcional posible.

### EFICIENCIA:

Es el aprovechamiento óptimo de los recursos para obtener un resultado al menor costo posible.

### EFICACIA:

Es la medida en que se cumple la meta propuesta o el impacto de una acción; por ejemplo: eficacia terapéutica de un medicamento medida por la curación o la reducción de muertes.

### EFFECTIVIDAD:

Es el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de las mismas; por ejemplo, reducción de la mortalidad o la morbilidad por diarrea mediante el uso de suero oral.



### EQUIDAD:

Igual oportunidad de acceso a los servicios para todos los individuos. Es brindarle a cada individuo de la comunidad aquello que necesita para preservar su calidad de vida. No es darles a todos lo mismo.

### **3) DIAGNÓSTICO (SITUACIÓN ACTUAL)**

#### CONTEXTO SOCIO – ECONÓMICO Y POLÍTICO

1990	2004
Grandes sectores de la población seguían sin acceso real a los servicios de salud.	Los sectores que no accedían a servicios de salud se alejaron de la posibilidad de hacerlo y se sumaron a ellos sectores que perdieron su capacidad de acceder.
No se había logrado <ul style="list-style-type: none"> <li>• la optimización de los recursos,</li> <li>• la movilización de recursos nacionales</li> <li>• la movilización de recursos externos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de recursos nacionales</li> <li>• Sustracción de recursos externos con carácter punitivo por incumplimiento de compromisos económicos ( pago de deuda)</li> <li>• Crisis económica de países centrales</li> </ul>
Existía una gran deuda sanitaria acumulada compuesta por aumento de las necesidades insatisfechas, ausencia de equidad, eficiencia, efectividad, eficacia y participación.	La deuda sanitaria ha crecido geométricamente.
No se habían podido identificar las fórmulas para renovar el proceso de expansión de las bases productivas Se observaba deterioro progresivo del campo laboral.	Se han deteriorado, hasta el punto de la extinción las bases productivas.
Se observaba una pérdida de liderazgo de las políticas tendientes al crecimiento, empleo y desarrollo social.	Las políticas nacionales resultan ineficaces por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transnacionalización de las economías</li> <li>• Fluctuaciones espasmódicas que impiden toda planificación interna</li> <li>• Postergación de todo proyecto de crecimiento en pos del pago de deuda</li> <li>• Inequidad en los términos de intercambio</li> </ul>
Tendencia al aumento de la población que se encuentra en las franjas de pobreza absoluta.	Incremento masivo, con deslizamientos veloces de capas medias a inferiores e ingresos de grandes grupos a niveles de indigencia.
Se observaba una excesiva burocratización del Estado y falta de compromiso, con la consecuente ineficiencia, apareciendo el modelo privatizador, en el marco de los mandatos del mercado, como opción salvadora.	Asistimos y sufrimos el fracaso de ese modelo y paradójicamente lo que queda de las estructuras del Estado es lo que sostiene, con la mayor eficacia y dignidad posible, las prestaciones, involucrándose con el compromiso comunitario



<p>Tendencia a la concentración de recursos en programas de acción inmediata destinados a problemas prioritarios (inmunizaciones, supervivencia infantil, subsidios alimentarios) en detrimento de programas de mediano y largo plazo fundamentalmente preventivos</p>	<p>Los escasos recursos prácticamente solo se destinan a estos programas asistencialistas inmediatos, a los que se agregan subsidios por desocupación.</p> <p>Todas las acciones se mueven en el marco de la emergencia.</p>
--	--

<b>Papel del Estado</b>	<b>Organización política</b>	<b>Concentración de poder</b>	
		↓	↓
		Control de la fuentes de recursos	Control en las decisiones de política económica y social
	<b>Campo administrativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-excesiva centralización</li> <li>-disminución de la capacidad de los niveles regionales y locales</li> <li>-limitación de la participación política de grandes sectores de la sociedad</li> </ul>	

## SITUACIÓN DE SALUD

Curso de la situación de salud a medida que una sociedad avanza en el desarrollo Socioeconómico.

Realidad actual		Países centrales	Países marginales
<b>Primer estadio</b>			
Predomina en poblaciones más pobres.	Enfermedades infecciosas, ligadas a la pobreza, malnutrición, higiene deficiente a nivel ambiental, laboral y personal.	<p>Responden a acciones de Salud Pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-disponibilidad de alimentos</li> <li>-mejoramiento de la vivienda</li> <li>-nivel de alfabetismo</li> <li>-extender servicios de agua potable</li> <li>-saneamiento y vacunación</li> </ul>	No se realizan acciones, son insuficientes o se pierden las acciones realizadas



<p><b>Segundo estadio</b></p> <p>Predomina en personas de mejor status económico, especialmente de zonas urbanas.</p>	<p>Enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes cerebro-vasculares, enfermedades degenerativas (como la diabetes).</p>	<p>Las medidas de Salud Pública instauradas en el estadio anterior pasan a un plano normativo y predominan los modelos de atención individual como instrumentos de prevención y tratamiento. Se desarrollan tecnologías costosas que transfieren los cuidados médicos de los consultorios a hospitales especializados.</p>	<p>Estas tecnologías, donde pudieron ser adoptadas, fueron introducidas al mercado sin una evaluación adecuada de seguridad, eficiencia y eficacia. Fueron utilizadas en forma excesiva, sin controles adecuados, determinando aumento de los costos de la atención individual, deteriorando la posibilidad de acceso de la población general a los cuidados de salud.</p>
<p><b>Tercer estadio</b></p> <p>En poblaciones de grandes ciudades</p>	<p>Aumentan los problemas de salud originados en la exposición ambiental y laboral a tóxicos y se observa el aumento de la expectativa de vida con el crecimiento de poblaciones económicamente inactivas (ancianos y niños).</p> <p>Se observan modificaciones en las condiciones sociales de las familias y las comunidades y una mala organización del trabajo asociadas a violencia, adicciones, enfermedades ocupacionales, accidentes de tránsito, contaminación ambiental.</p>	<p>Las medidas adecuadas implican adecuar los servicios y sistemas de salud y saneamiento, concentrando su atención en la promoción de salud y en aplicación de medidas preventivas individuales y colectivas intersectoriales.</p>	<p>La crisis económica global, el repliegamiento sobre sí mismas de las economías centrales, con concentración extrema de la riqueza, el endeudamiento, el desempleo y el brutal deslizamiento de grandes sectores de población a niveles sociales inferiores, en países, engañosamente llamados en vías de desarrollo, cuando en realidad están en vías de involución, hace que los escasos recursos se apliquen a medidas de emergencia, ante hechos consumados, en detrimento de toda acción preventiva.</p>



## SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de atención son pluralistas y es posible identificar tres subsectores

- Público u oficial, organizado en unidades de jurisdicción nacional, provincial, municipal, etc.
- Seguridad social, con jurisdicciones diferentes que realiza aportes financieros y con capacidad instalada propia.
- Privado con una muy amplia gama de modalidades.

## PROBLEMAS

a) En la mayoría de los países subdesarrollados, o con economías estancadas o en involución, el sector salud lejos de integrarse en redes intersectoriales, compite con otros sectores por los escasos recursos financieros existentes, acentuando sus dificultades intrínsecas de organización y administración perdiendo su potencial control sobre los condicionantes socioeconómicos y ambientales de la enfermedad.

b) Los ministerios de salud han perdido funciones de conducción del sector.

c) La Seguridad Social actúa sin coordinación suficiente como financiadora de Servicios, que proporcionan establecimientos privados y del Estado.

d) No existen mecanismos explícitos que orienten las relaciones entre subsectores, se cae en la duplicación, rechazo de pacientes o repetición de costosas prácticas no exentas de riesgo.

e) Los servicios estatales no alcanzan (por calidad, cantidad ni por distribución) para atender las necesidades de la población.

f) La ausencia o ineficiencia de los sistemas administrativos impide el uso racional y oportuno de los recursos.

g) La distribución de los recursos es inequitativa, concentrada en grandes aglomeraciones urbanas y parte importante del gasto en tecnologías de alto costo está disponible sólo para reducidos grupos con capacidad de pago.

h) La aplicación de las tecnologías no se ajustó a la estrategia de atención primaria de la salud puesto que no se las adaptó a las necesidades, niveles socioculturales y estilo de vida de cada una de las sociedades.

i) Existe bajo rendimiento de equipos e instalaciones.

j) No existe coordinación entre los niveles de atención, con escasa capacidad resolutoria del nivel primario.

k) Existió excesiva inversión tecnológica en equipamiento de alta complejidad influyendo en la opinión pública para que reclamara este tipo de tecnología a la que hoy no puede acceder.

l) La situación financiera muestra que la mayoría de los países marginales no llega a invertir U\$S 100 por cápita / año. En Argentina la cifra actual es: U\$S 200.-

m) No existe evaluación permanente en función de objetivos finales de los sistemas de salud.



## RESULTADOS:

Deterioro del funcionamiento del sistema de Salud por inadecuada inversión o desinversión.

Ausencia de acciones de saneamiento básico, falta de conservación de equipos y plantas físicas.

Reemplazo por instalaciones mínimas necesarias para la atención de poblaciones marginadas.

Afectación del funcionamiento de programas para la atención de problemas prevalentes en cada región.

Ausencia de desarrollo administrativo del sector salud, capacitación.

Se incrementaron las desigualdades en el acceso al sistema de salud	Pequeña fracción de población que accede a todos los servicios privados, que a niveles nacionales están deteriorados, por lo tanto, se busca la calidad en países centrales.
	Sector en gran decrecimiento, de trabajadores urbanos y muy escasos rurales, con nivel intermedio de acceso a recursos mixtos: - estado, - seguridad social, - pago directo al sector privado que se desliza rápidamente al servicio del Estado con aumento del riesgo de enfermar y morir por la situación de pérdida y la incapacidad del sistema para brindar la respuesta adecuada.
	Masa de trabajadores del sector informal en decrecimiento que se desplaza al sector de marginados, en situación de pobreza extrema con gran riesgo de enfermar y morir por condiciones objetivas del entorno, que no accede a ningún sistema.



**GRAN DEUDA SOCIAL**



La política de “*Salud para todos en el año 2000*” no logró todos sus objetivos y, más aún, aquellos logros obtenidos hoy se pierden vertiginosamente.

Es probable que el diagnóstico no fuera correcto porque parece no haber valorado en todo su peso algunas variables, como la incidencia de los intereses económicos particulares, de grupos y de países centrales apostados al sector salud.

Los objetivos son correctos y vigentes, la estrategia de atención primaria de la salud es la adecuada y en el contexto descrito, lo que resultaba un desafío para crecer, aparece como una estrategia de supervivencia para una gran cantidad de personas. Esto requiere volver la mirada al interior de las realidades nacionales y más aún locales, permitiendo y fomentando el desarrollo de todas las instancias: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación a nivel local, con un marco regulatorio encuadrado en una clara política nacional que contemple las necesidades, intereses y recursos propios y los regionales, extendiendo la estrategia de trabajo en red en todos los niveles

#### **4) PROPUESTA**

La Atención Primaria de la Salud (APS) tiene varios elementos que comprenden en forma integrada diversos programas:

- PROGRAMAS PARA LA SALUD GENERAL:  
Cuidado de la salud física, psíquica y social. Alimentación y nutrición. Salud bucal. Prevención de accidentes. Saneamiento ambiental. Vivienda y salarios dignos, etc.
- PROGRAMAS DIRIGIDOS A POBLACIONES ESPECIALES:  
Madre. Niño. Trabajador. Población de Tercera Edad. Discapacitados, etc.
- PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

Las acciones para alcanzar las metas en APS son integrales; es decir, afectan no sólo a lo curativo sino, fundamentalmente, a lo preventivo. Aplicando el concepto integrador de Historia Natural de la Enfermedad.

Para alcanzar *salud para todos* a través de la APS y desarrollar los programas propuestos, es necesario readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad; desde el primero, que son los Puestos y Centros de Salud, hasta los más altos: hospitales especializados. El cumplimiento de los objetivos tra-



zados implica el uso de los servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar.

### AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

Si bien la atención primaria abarca a toda la población, proponiéndose equidad en el acceso a los servicios esenciales, la realidad obliga a satisfacer, en primer término, las necesidades básicas de los sectores pobres o excluidos; sin embargo no debe limitarse solamente a ellos. Por lo tanto, no puede considerarse como “un programa” cuyo objetivo sea solamente atender las necesidades mínimas de las personas que viven en la extrema pobreza (equivocadamente denominada “medicina para los pobres”). Implica en todo caso, extender o ampliar la cobertura de los servicios de salud.

#### **Existen dos acepciones de cobertura:**

- 1.- La cobertura de los programas y actividades de salud, es decir, el porcentaje de población que recibe dicho servicio en relación a la población que lo requeriría.
- 2.- La cobertura geográfica o poblacional de los servicios de salud, entendida como su accesibilidad teórica para la población.

La ampliación de la cobertura de los servicios de salud implica tres aspectos fundamentales: mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud; aumentar la disponibilidad relativa de recursos; y poner en operación un sistema técnico y administrativo que responda a las necesidades y aspiraciones de la población.

#### **El acceso depende de tres factores principales:**

- La existencia de una oferta sostenida y regular de servicios prestados con una combinación de recursos que geográfica, económica, temporal y culturalmente estén al alcance de las comunidades.
- El ajuste cuantitativo, cualitativo y estructural de los servicios, para amoldarlos a la importación numérica y a la estructura de la población y de sus problemas o necesidades en materia de salud.
- La aceptación de los servicios por parte de las comunidades, expresada como utilización real, y la participación de éstas en su diseño y prestación.

La casi general escasez de recursos tiene un carácter relativo y debe analizarse teniendo en cuenta la forma en que el sistema está organizado, su estructura de gestión y administración y la combinación tecnológica de los recursos disponibles que eleve al máximo la productividad y la efectividad.



Tanto la índole de los problemas de salud como las técnicas conocidas para su atención admiten distintas soluciones técnicas y administrativas; en consecuencia, los sistemas de prestación de servicios pueden organizarse por niveles de atención, vinculados por sistemas de envío de pacientes. El objetivo general es lograr una productividad óptima dentro de los límites aceptados de eficiencia y acceso a los diferentes niveles por parte de las comunidades.

En esta perspectiva, las estrategias nacionales de atención primaria comprenden varios puntos que deben analizarse y tratar de resolver.

### CARACTERISTICAS DE LOS PROGRAMAS DE APS:

1. Deben garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales. Esto implica en la realidad establecer prioridades; la tienen los grupos rurales y urbanos marginados y, dentro de ellos, las familias y los trabajadores expuestos a mayores riesgos.
2. Con respecto al contenido de los programas, deben acentuarse las actividades de promoción y prevención, combinándolas en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.
3. Entre las características debe figurar la universalidad (toda la población debe tener acceso a los servicios), la equidad (igual oportunidad de acceso en todos los niveles) y la continuidad (no deben ser esporádicos, como los servicios móviles).
4. Debido a los cambios de carácter económico, social y demográfico que pueden ocurrir, conviene hacer un análisis y una selección cuidadosa de los posibles elementos del programa que se necesitan para satisfacer necesidades prioritarias, como son las de salud materno-infantil, inmunización, lucha contra las enfermedades diarreicas, enfermedades transmitidas por contacto sexual, salud mental, enfermedades cardiovasculares y otras de tipo crónico, salud ocupacional, etc. La alimentación y nutrición, el abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento básico se consideran requisitos fundamentales para la protección de la salud, y se clasifican como actividades intersectoriales y de participación de la comunidad.
5. Aparte de la estructura programática que corresponde a cada caso particular, hay que destacar la necesidad de desarrollar los distintos programas de manera que las atenciones prioritarias, las normas, las tecnologías, los recursos y el tipo de servicios de cada elemento constitutivo armonicen y se refuercen mutuamente, en lugar de competir entre sí por la obtención de recursos escasos (la realidad está todavía muy lejos de este ideal).



6. Un principio esencial subyacente en el concepto de APS, es el de la participación conciente de la comunidad en su autocuidado y en la coordinación intersectorial para promover la salud y reducir los riesgos que la amenazan, comprometiendo a los gobiernos con la estrategia de la APS en el mediano y largo plazo.

### PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:

La estrategia de APS cobra un significado especial cuando se examinan las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de éstos servicios. El cambio fundamental implícito en APS es que la comunidad y los individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, y asumen responsabilidades específicas ante ella. Los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales influirán en éste proceso, y condicionarán la claridad con que se ven las relaciones entre la salud y otros aspectos de la vida de la comunidad. Las actividades del sector salud se integrarán en un enfoque verdaderamente intersectorial en la medida en que la comunidad participe, de manera efectiva, en todos los aspectos de su propio desarrollo y los demás sectores del desarrollo social-económico.

Conforme se desarrolle la estrategia será posible entender mejor las restricciones que limitan la efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios, con el fin de aplicar las modificaciones correspondientes.

Las modalidades y la organización de los servicios juegan un papel importante en relación con los patrones de utilización de los mismos por la comunidad, especialmente a nivel de los grupos de población más vulnerables. En este sentido, destacan aspectos tales como la localización geográfica de los establecimientos, horarios de servicios, tecnologías utilizadas y composición misma de las prestaciones en relación con las necesidades reales de la población.

Es necesario considerar nuevos enfoques para la prestación de los servicios en cuanto a las actividades dentro de los establecimientos de salud y la comunidad. Para ello, las posibilidades de dispensar atención en domicilios, escuelas y sitios de trabajo, junto con las correspondientes actividades educativas, deben evaluarse cuidadosamente desde el punto de vista de su contribución real a la ampliación de la cobertura de los servicios y a la mayor participación de la comunidad en el desarrollo global de la salud, incluido el proceso de planificación.

Por otra parte, la vinculación de grupos ya organizados como sindicatos, asociaciones vecinales, asociaciones de desarrollo, cooperativas, ONG, etc., a



las actividades de salud puede ser más positivo que la promoción de nuevos grupos con fines exclusivos relacionados con las acciones de salud.

## 5) CONCLUSIONES

La estrategia de APS plantea un desafío formidable a la imaginación, capacidad técnica y voluntad de servicio de quienes tienen a su cargo la orientación de los procesos que, finalmente, han de conducir al logro de niveles más dignos de salud y bienestar para una alta proporción de la población.

La República Argentina ha logrado avances importantes en el desarrollo del aparato científico y tecnológico requerido para la solución de una alta proporción de los problemas de salud que afectan a su población. Por otra parte, la infraestructura de servicios de salud en la mayor parte del país cuenta con un volumen importante de recursos de toda índole, los cuales aún cuando en varios casos resultan todavía insuficientes, podrían incrementar su capacidad de respuesta frente a las necesidades y demandas de la población mediante un proceso de ajuste y reorganización que mejore su utilización y rendimiento.

Las interrelaciones entre el campo de la ciencia y tecnología y el de infraestructura de salud están inmersas en el contexto cultural, social, económico, político e institucional, el cual tiene características propias aunque influenciado, directamente, por condiciones de inestabilidad relacionadas con los cambios demográficos, las expectativas de la población y la incertidumbre en cuanto a la disponibilidad de los recursos económicos necesarios para el mantenimiento y avance de los procesos de desarrollo.

En consecuencia, la APS no puede verse, exclusivamente, como el desarrollo de los servicios básicos de salud, sino como la movilización de los recursos disponibles para responder a las necesidades de toda la población, con espíritu de equidad y de justicia social. En este proceso surgen como requerimientos principales la apertura de las instituciones oficiales hacia nuevas formas de relación con la comunidad que permitan el reconocimiento de sus potencialidades al proceso de desarrollo, y la acción concertada de los distintos sectores con el fin de controlar los factores de índole general que afectan los niveles de salud y bienestar.

De poco servirán las definiciones pragmáticas de gobiernos y agencias con respecto a aceptar e impulsar la APS como estrategia fundamental, si este acuerdo no va acompañado de pasos concretos para su ejecución. Así, por ejemplo, se necesitan tanto decisiones relativas a prioridades en el desarrollo de la infraestructura física para los servicios de salud como en la política sectorial financiera y en la de recursos humanos, entre otros factores. Precisamente, en el aspecto de recursos humanos para la APS reside uno de los componentes críticos que asegura la transición de la retórica a la realidad ejecutiva. Al proponerse impulsar la APS se está planteando una nueva forma de organizar



recursos existentes o en formación como toda una nueva filosofía de la salud comunitaria. Esta última obliga no solo a un proceso de ajuste administrativo sino a una nueva “ideologización” de los recursos humanos que intervendrán en su ejecución, además de su preparación en técnicas y procedimientos específicos. Los profesionales de la salud deberán estar convencidos de los principios subyacentes a la APS, y estar preparados para proveer servicios esenciales con tecnologías apropiadas. Solo así podrán trabajar adecuadamente con voluntarios y auxiliares de niveles formales de educación más restringidos, empleando, además, gran parte de su tiempo en ayudar a educar, promover la salud y organizar la comunidad, sin circunscribirse, tan solo, a un trabajo político o técnico específico.

Otro elemento crítico para la “receptividad” social de la APS, en un contexto específico, es contar con un nivel de funcionalidad adecuado de los sistemas administrativos de apoyo directamente relacionados con los servicios básicos de salud. Sin prever cosas tan esenciales como suministro de materiales y drogas, transporte, comunicaciones, finanzas, información, locales y mantenimiento, no puede garantizarse un nivel mínimo de eficiencia, y la APS pronto caerá en el descrédito.