

**SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD
APORTES PARA UN PERFECCIONAMIENTO DE
SU ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO**

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 4, 1993/ 38-44

Drs. Roberto Fuentes G. y Daniel Verdessi B.

Redactor:

Dr. A. Roberto Fuentes García
Director
Servicio Salud Valparaíso-San Antonio

Co-redactor:

Dr. Daniel Verdessi Belemmi
Subdirector Médico
Servicio Salud Valparaíso-San Antonio

Consultores:

Dr. Eduardo Vega Iriarte
Director - Servicio Salud Maule
Dr. Bernardo Espinoza Cofré
Director (S) S. S. San Felipe - Los Andes
Dr. Mario Salcedo Sepúlveda
Director S.S. Metropolitano Sur
Dr. Patricio Cornejo Vidaurrazaga
Director - S.S. San Felipe - Los Andes
Dr. Germán Dazzarola Droghetti
Director - S.S. Viña del Mar - Quillota
Dr. Enrique Dintrans Schafer
Director - S.S. Lib. Bdo. O'Higgins
Dr. Luis Uquillas Berho
Vicepresidente Consejo Regional Valparaíso
Colegio Cirujanos Dentistas de Chile
Dr. José Miguel Verscheure Soto
Jefe Programa Odontológico
Servicio Salud Valparaíso-San Antonio
Dr. Jaspier Muñoz González
Director - Servicio de Salud Bío-Bío
Dr. René Montaña Villegas
Presidente Consejo Regional Valparaíso
Colegio Médico de Chile
Dr. Ernesto Behnke Gutiérrez
Director - S.S. Metropolitano Sur Oriente
Dr. René Guzmán Serani
Director - S.S. Valdivia

INTRODUCCION

Es procedente discutir aspectos relacionados con el funcionamiento, organización y estructura del Sistema de Servicios Públicos de Salud.

La opinión pública ha expresado reiteradamente aspiraciones por una atención de Salud eficiente y de mejor calidad.

Hemos apreciado una mejoría constante del nivel de salud en la población; esto a pesar del deterioro sufrido por el S.N.S. y luego el S.N.S.S. en las décadas 70 y 80.

Esta aparente contradicción se explica por la inercia generada en el S.N.S., que permitió mantener el Sistema en períodos y condiciones de mínimo aporte de energía.

La creación de Servicios de Salud independientes el año 1979 introdujo interesantes conceptos descentralizadores. Pero, su implementación parcial, fue incapaz de frenar el proceso regresivo.

Técnicos y responsables del Sistema Público han mostrado diversos y múltiples síntomas o signos que afectan a la Institución.

Nuestro Sistema de Servicios Públicos de Salud, pasa por una situación de crisis.

Circulan sugerencias o propuestas: incremento en los recursos; privatización parcial o total; centralización; fragmentación del sistema; autonomía de hospitales; perfeccionamiento de la gestión y satisfacción del usuario.

Nuestro aporte se dirige a un diagnóstico objetivo, pero globalizante:

–Proponemos ideas centrales para una reorganización institucional.

–Sugerimos incorporar conceptos en boga en el mundo que requieren respuesta local: aumento de

costos; atención ambulatoria; redefinición del hospital; aumento de la productividad.

-Es oportuno aplicar métodos procedentes de empresas de servicios, adaptados a nuestras instituciones.

DIAGNOSTICO

La Entropía Organizacional produce un deterioro recurrente de la Institución con pérdida de sus objetivos sociales y desarticulación de sus componentes, terminando en inactividad funcional.

Es necesario oponer Técnicas de Desarrollo Institucional, negantrópica de adecuación constante, orientadas a producir el progreso que fortalezca la capacidad operativa y la Institución en su ambiente.

Ministerio de Salud

La descentralización fue más un enunciado que un hecho práctico durante el régimen anterior.

En los últimos tres años existe un respeto formal por el nivel local; pero no ha existido un progreso verdadero en el camino de la descentralización. La visión centralista ha conducido a decisiones en ausencia de información fidedigna o en base a datos parciales.

La operación de los sistemas no puede enfrentarse con normativa detallada emitida en el Nivel Central; a menudo es necesario que sea distinta, según los requerimientos locales.

Subsiste una desconfianza en la capacidad local. Recién comienza el desarrollo de programas destinados al progreso de la capacidad de gestión y es preciso incrementar la convicción en sus resultados.

La función del Ministerio de Salud debe reducirse al enunciado de políticas, confección de normas nacionales, amplias. Además, supervisión, coordinación, evaluación y control.

Servicios de Salud

Formado por: Dirección, Subdirección Médica y Administrativa. Departamentos Técnicos de las Personas, del Ambiente y Atención Primaria. Departamentos Administrativos de Recursos Físicos, Recursos Humanos, Recursos Financieros, Unidad de Estudios. Asesorías: Jurídica y Auditoría. Servicios de Bienestar y COMPIN.

-Hospitales de Alta Complejidad - Mediana Complejidad - Baja Complejidad.

-Consultorios de Especialidades - Diferenciados - de Atención Primaria.

La estructura por áreas de especialidad se completa con una jerarquización por niveles de autoridad: dirección, subdirecciones, programación, ejecución.

Esta organización, posee propiedades inherentes a un sistema, que la valorizan. Ejecuta actividades de gran impacto sobre el Nivel de Salud y de bajo costo. Simultáneamente, otorga atenciones de costo elevado y bajo impacto para sus beneficiarios, haciendo autosuficiente al Sistema.

La autonomía de los Servicios de Salud se encuentra limitada por el manejo centralizado de las remuneraciones y la cuenta de inversiones. Sólo pueden disponer de la cuenta de bienes y servicios.

Las posibilidades legales necesitan una revisión y puesta al día.

Deficiencias trascendentes en la operación de los Servicios de Salud:

-Vacíos de cobertura. Existen rechazos en Atención Primaria y Especialidades. Necesidades insatisfechas en Hospitalización, urgencia e intervenciones quirúrgicas.

-Los servicios de Salud no responden actualmente a las necesidades sentidas por la población. La estructura y funcionamiento en Consultorios, urgencias y procedimientos, no está de acuerdo con requerimientos geográficos, nivel socio-económico de beneficiarios, nivel educacional. Existen sistemas confusos, mal diseñados o inoportunos. Funcionarios ajenos a las necesidades del beneficiario. Los sistemas no responden al trato personalizado, oportuno e informado que los usuarios esperan. Espacios físicos antiguos, afuncionales y exentos de características propias de las necesidades del momento.

Existen equipos subutilizados sin haber sido incorporados al servicio. La tecnología informática sólo producirá resultados si es acompañada por nuevos sistemas de información.

-No todos los Servicios de Salud disponen de un diagnóstico preciso del nivel de Salud de su población. Los recursos son insuficientes. El país debe incrementarlos en los próximos años.

-Se desconoce la Misión Institucional; distintos grupos han adoptado objetivos que se alejan de los propios de la Institución.

-La estructura organizacional del Servicio de Salud debe revisarse. Es preciso planear Departamentos que conjuguen las funciones de Unidades Técnicas y Administrativas. Es conveniente crear Direcciones de Atención Ambulatoria.

-Los hospitales complejos presentan las fallas de estructura más severas. La capacidad de gestión aparece como extraordinariamente baja.

Las deficiencias del hospital complejo derivan de:

- Gigantismo de ellos. Ocupan el mayor número de funcionarios, su presupuesto consume el 50% del total asignado al Servicio de Salud.

- Complejidad. Posee todas las especialidades clínicas. Alrededor de 50 jefaturas y equipos de trabajo distintos. La dirección y coordinación de tantas unidades organizacionales se ve seriamente dificultada.

- Atomización. Unidades y Servicios pierden el objetivo común al Hospital.

- Privilegio de objetivos clínico-científicos frente a los asistenciales y de gestión.

- Reducción de las actividades del Servicio Clínico de Especialidad a la Hospitalización electiva.

- Ausencia de métodos y formas que favorezcan sistemas y técnicas ambulatorias.

- Ausencia de contenido funcional en la estructura de estos establecimientos.

–El proceso de toma de decisiones es determinante para el funcionamiento de las Organizaciones Públicas de Salud. Es necesario perfeccionar los rudimentarios procedimientos utilizados actualmente para ocupar los cargos directivos de la Institución. La calidad, suficiencia, actualización y oportunidad de la información son absolutamente deficientes.

–No existe una cultura de la operación eficiente ni pautas de productividad en cada servicio clínico, unidad o equipo de trabajo. Los equipos de trabajo no asumen un compromiso con normas de productividad. Es preciso reconocer que no existen normas operativas ni parámetros de productividad.

–La comunicación operativa y la coordinación, son imperfectas.

–El clima organizacional en una evaluación global es negativo. Un liderazgo defectuoso acompañado de falta de participación conducen a una desmotivación y clima organizacional perturbado.

Subsistema de atención primaria municipal

Los Consultorios de Atención Primaria fueron separados del S.N.S.S. en el transcurso de los 80 y entregados a la tutela y administración municipal. Los servicios de salud conservaron la tuición técnica del subsistema.

La estructura y organización de los consultorios municipales varía:

- Dependen directamente del alcalde.

- Pueden agruparse bajo un Departamento o Área de Salud.

- Algunas Municipalidades han conformado, Corporaciones privadas de desarrollo social de salud y educación.

Su financiamiento se realiza a través del FAPEM distribuido por la Intendencia Regional. Las Corporaciones Privadas arrastran déficits elevados.

La obtención de profesionales es un problema no resuelto. No existe interés de Médicos y Odontólogos

por estos cargos Municipales. Por ello el Ministerio de Salud debió desarrollar un programa que destina médicos y odontólogos, generales de zona a municipalidades.

La gestión del sistema es rudimentaria o no existe.

La Atención Primaria permanece en una ambivalencia: la Municipalidad no aparece como responsable de la gestión técnica de Salud mientras al servicio de salud no le es posible dirigir la operación administrativa del Sistema.

Si bien su legislación permite a las Municipalidades máxima flexibilidad y autonomía, el ejercicio de estos atributos ha resultado en una atomización, desmembramiento, ineficiencia e ineficacia del sistema.

El sistema no ha entrado en colapso gracias a los estratégicos reforzamientos entregados por el Ministerio y los Servicios de Salud.

A nivel de los consultorios urbanos, rurales o postas los objetivos son difusos. La desmotivación de los funcionarios es muy fuerte.

A pesar de sus deficiencias el subsistema continúa mejorando los niveles de salud de la población.

En infraestructura existe una mejoría evidente.

Subsisten rechazos y vacíos de cobertura.

La interacción con la comunidad no tiene los caracteres de eficacia que debiera.

PROPUESTA

Nuestro sistema nacional de Servicios Públicos de Salud responde a un esquema sistémico.

El país ha logrado niveles de salud comparables con países desarrollados.

Como el progreso económico nacional no es comparable con países del primer mundo, el avance observado en atención de salud se debe a la existencia y operación de los sistemas públicos de atención masiva.

Al mismo tiempo es necesario reconocer la situación de crisis en que se desenvuelve.

Los procesos de readecuación institucional deben considerar al sistema como una globalidad.

1.- Reorganización institucional

Es un proceso político técnico; pero también una acción de desarrollo.

El proceso de cambio debe reflejarse en la estructura, funcionamiento y motivación de las personas.

Para que los resultados sean permanentes, conviene analizar propuestas alternativas. Es deseable que las estructuras propuestas sean capaces de absorber los cambios.

En cuanto al diseño organizacional, la reorganización debe buscar una coherencia entre los objetivos por los cuales existe la institución, la división de tareas, su integración y la realización de las personas que hacen el trabajo.

Al mismo tiempo, debe considerar tres elementos: Flexibilidad - Innovación - Participación.

Lo esencial de cualquier estudio debe iniciarse con un análisis de la misión institucional: "elevar el nivel de salud de la población" a través de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, así como también la protección prevención, promoción y fiscalización en el ámbito del medio ambiente. Todo ello respetando los principios básicos de la seguridad social: solidaridad, universalidad, integridad y justicia social".

Luego de tener clara la misión, continuamos el rediseño de la estructura básica, revisando la distribución de actividades en establecimientos, servicios, unidades, etc.

Revisamos los mecanismos operativos: planificación, sistemas de información, sistemas de evaluación, estandarización de procesos, producción y comunicación.

El rediseño debe considerar dos elementos: diferenciación e integración.

Ambos atributos son conceptualmente antagónicos.

El dispositivo coordinador más simple es la línea jerárquica. Es posible también usar otros dispositivos integradores.

Podemos enfrentar el proceso de rediseño organizacional de nuestras instituciones públicas de salud en base a un esquema preestablecido en el método.

Es necesario complementar el diseño técnico con varios conceptos y modificaciones en distintos niveles de la organización.

Ministerio de Salud:

El Ministerio debe abandonar las actividades operativas que continúa realizando.

Debe continuar como elaborador de políticas y normas de tipo general o nacional.

Debe actuar como organismo rector que determina objetivos, evalúa y controla su cumplimiento.

En lo financiero, es necesario entregar a los Servicios de Salud el manejo de la cuenta de remuneraciones e inversiones.

Es oportuno buscar formas que flexibilicen la administración y gestión de los recursos humanos.

Servicios de Salud:

El Servicio de Salud está compuesto por una dirección planificadora, programadora, supervisora, evaluadora y controladora de las funciones ejecutoras que son de su competencia.

Aparece lógico descentralizar en forma efectiva y completa a nivel del Servicio de Salud. Más aún, conviene dar autonomía a esta institución en su manejo financiero y gestión de personal.

Debe revisarse la organización de los departamentos, creando uno de Programación y Planificación.

Es necesario crear una jefatura de atención ambulatoria.

En los establecimientos complejos es necesario realizar modificaciones profundas.

Proponemos crear áreas de especialidades que agrupen unidades y servicios afines: médica - quirúrgica - pediátrica - de apoyo.

El objetivo sería permitir un mejor aprovechamiento de los recursos: camas, pabellones, personal, insumos.

Estarían a cargo de un gerente de preferencia médico, capacitado en gestión de sistemas productivos de atención médica, con nivel de autoridad similar a un Subdirector actual. Los jefes de servicio clínico, mantendrían funciones clínicas, científicas y docentes, así como también de asesoría técnica al jefe de área.

A nivel de atención externa conviene crear un área ambulatoria.

Esta estructura puede complementarse con Departamentos, principalmente orientados a la atención ambulatoria. Cumplirían funciones clínico-diagnósticas, incorporando a la actividad clínica el complemento tecnológico.

La composición específica de cada área y departamento estaría determinada por las necesidades locales.

Es oportuno revisar las funciones de los actuales comités elevando su jerarquía y redefiniendo ámbito de atribuciones.

En hospitales 1 y 2 conviene crear unidad o departamento de programación y planificación.

Es oportuno incrementar la autoridad del director de hospital en ámbitos que hoy son exclusivo del director del Servicio de Salud.

Referente a la Atención Primaria creemos posible mejorar la operación conjunta de ambos subsistemas. Es necesaria sin embargo la decisión política de considerar al Sistema de Servicios Públicos de Salud como una organización sistémica.

Es procedente incorporar la opinión de los integrantes de la institución en todos los niveles de ella;

con carácter decisorio en cuestiones netamente técnicas y asesoras en ámbitos directivos.

Su organización y funcionamiento están regidos por el Reglamento de Servicios de Salud, el cual es susceptible de modificarse por decisión ministerial.

Es adecuado normar las líneas gruesas, entregar un marco, cuyos detalles sean definidos por el nivel local. Es necesario entregar facultades reglamentarias, tanto al director del Servicio de Salud, como a los directores de hospitales en el ámbito de sus respectivas atribuciones.

2.- Descentralización. Sistemas locales de salud

La descentralización, la participación local y el uso de métodos efectivos de planificación y gestión generados en cada grupo de población, constituyen una forma satisfactoria de enfrentar las necesidades de desarrollo de las instituciones de salud.

Los conceptos de "sistema local de salud" son elementos que apoyan el desarrollo de sistemas adaptados a cada realidad socioeconómica.

Distintas regiones, grupos, poblaciones, etc., presentan distintas características epidemiológicas:

- Predominio de las enfermedades infecciosas.
- Predominio de las enfermedades cardiovasculares, cánceres, trastornos mentales y otras crónicas.
- Problemas de salud originados por la exposición ambiental y laboral a productos químicos y otras sustancias tóxicas. Simultáneamente, nuevas condiciones sociales: violencia, abuso del alcohol y la adicción a drogas.

Nuestro país enfrenta el desafío de convivir simultáneamente con los tres modelos descritos.

Es preciso conocer las diferencias entre distintos grupos poblacionales. Es imprescindible realizar a nivel local el análisis de cada situación de salud.

Descentralización y desarrollo local son instrumentos idóneos para buscar mayor equidad, eficacia y eficiencia en la gestión administrativa de los sistemas.

El servicio de salud incorpora gran parte de los atributos propios de un sistema local de salud. Constituye una unidad sistémica funcionante.

Proponemos hacer operativos los principios del sistema local de salud. Tomando como base la organización del Servicio de Salud es necesario coordinarlo con el Subsistema Municipal: es adecuado incorporar al sistema otras instituciones u O.N.G. que operan en la jurisdicción.

Para que los sistemas locales logren su completo desarrollo es imprescindible una verdadera descentralización a nivel de los servicios de salud. La descentralización no implica el fraccionamiento ni la atomización de los sistemas de salud.

El Servicio de Salud, entendido como un Sistema, es una totalidad. De allí la necesidad de conservar la integridad del Servicio de Salud. Este es un Sistema Abierto al medio: su estabilidad debe regularse a través de mecanismos de retroalimentación.

El producto del sistema es la mejor salud que beneficia a la población.

El retroalimentador se proyecta en el ámbito social, permitiendo la crítica y regulando las demandas.

SUBSISTEMA MUNICIPAL

La Ley de Atención Primaria que se tramita en el Congreso Nacional, institucionaliza el Subsistema Municipal.

Permanece pendiente la integración y coordinación con el Sistema de Servicios de Salud.

Es preciso desarrollar sólidos programas de mejoramiento de la gestión. Recomendamos la estrategia de calidad total.

3.- Atención ambulatoria. Incremento de capacidad resolutive

La capacidad resolutive de Atención Médica en Atención Primaria es inferior a la que podría alcanzar el Sistema con acciones muy simples:

- Capacitación.
- Normas.
- Supervisión constante.
- Establecer prioridades.

Es irreal la pretensión de otorgar atención médica inmediata a todos los consultantes. Es necesario diseñar sistemas destinados a estratificar la demanda y permitir su manejo racional.

Es posible capacitar tanto a directivos municipales como a Directores de Consultorios, en técnicas simples de gestión, usando estrategias de calidad total.

Los vacíos de cobertura pueden continuar cubriéndose a través de distintas estrategias:

- Utilizar plenamente los recursos disponibles.
- Ampliar consultorios existentes, construir nuevos.
- Un plan basado en consultorios urbanos pequeños.
- Estímulo a la medicina familiar.
- Es preciso implementar en forma plena los Consultorios de Atención Primaria.
- Es necesario incorporar sistemas modernos de comunicación, información, transporte, maquinaria y equipo. Estos deben ser utilizados plenamente y con rendimiento.
- Pueden programarse la concurrencia de especia-

listas al Consultorio de Atención Primaria.

- La atención de especialidades ha estado entregada tradicionalmente al establecimiento hospitalario. Es necesario revisar este tradicionalismo y definir un ámbito para la atención ambulatoria de especialidades.
- Conviene desarrollar universalmente el Consultorio de especialidades. Es prioritario darles estructura y crear un sistema diferenciado del hospital con horas médicas propias, acceso a tecnología, capacidad resolutive, organización, eficiencia en utilización de recursos, eficacia en la actividad, información, registro, etc.
- Es necesaria la decisión técnica en la adquisición de maquinaria y equipo. Vale la pena duplicar tecnología de alta utilización y costo relativo: ecografía, ecotomografía, Rx, endoscopia, neurofisiología, etc.
- Las causas principales de insatisfacción provienen de listas de espera en Atención Ambulatoria de especialidades. Es fundamental dar satisfacción a estos requerimientos pendientes.
- Un consultorio bien instalado, cómodo, con tecnología es un establecimiento atractivo para funcionario y usuario.
- La creación de Consultorios de capacidad resolutive intermedia es un complemento adecuado para esta estrategia.
- Una Subdirección de atención ambulatoria se encargaría de coordinar todos los centros de atención ambulatoria.

4.- Redefinición del rol del hospital

Los establecimientos complejos enfrentan serias interrogantes. Los modelos que conceden al Hospital un rol protagonista enfrentan la crisis más severa en el mundo actual.

Dramático es el caso de EE.UU., cuyo sistema es el más ineficiente y caro del mundo. El predominio del hospital condujo a un gasto de 13% del P.G.E. (2.600 dólares per cápita en salud).

Inglaterra gasta 850 dólares, Chile 190 en el sistema ISAPRE y 80 en el sector público.

Para asignar al Hospital complejo un nuevo rol, es necesario tener en cuenta:

- Realiza Atención Médica a una proporción restringida de la población.
- Es un elemento más en el Sistema de Atención de Salud.
- El aumento del gasto en atención de salud se destina al Hospital y no produce impacto en la población.
- La relación cama/habitante, desciende progresivamente en el mundo desde los años 60. En

algunos países, como EE.UU., está relacionada con la forma como el Estado financia los subsidios a indigentes y ancianos. En otros, fue producto de una vocación de cambio (Costa Rica), al privilegiarse la atención ambulatoria.

- La disponibilidad de camas en una comunidad, es el principal determinante de la tasa de utilización hospitalaria. En nuestro medio, examinamos un experimento natural. Las cifras respaldan la afirmación de Roemer en el sentido que: la tasa de utilización hospitalaria está determinada por la disponibilidad de camas, la cual influye sobre la decisión médica.
- El ingreso de un paciente al hospital está determinado por factores personales, individuales y subjetivos. No existen normas oficiales sobre ingreso y alta de pacientes. Tampoco existen comités médicos que revisen la indicación de los ingresos o la justificación de la ocupación de cada cama.
- La cama de los establecimientos complejos constituye el recurso más caro en el Sistema. Es necesario realizar una asignación eficiente de ella. Es adecuado estimular y generar modelos fuera del Hospital para necesidades que ahora obtienen solución exclusivamente al interior del Hospital.

Estrategias destinadas a redimensionar los hospitales:

- Realización de exámenes y procedimientos en forma ambulatoria, así como también intervenciones por ahora exclusivas del hospital.
- Colocaciones extrahospitalarias para enfermos crónicos, ancianos y de larga evolución.
- Casas de acogida para pacientes con tratamiento prolongados.
- Normas oficiales para ingreso y alta de pacientes, confeccionadas por comités médicos.
- Evaluación de pacientes internados por comités técnicos.

Sólo en algunas zonas es necesario construir más camas de hospital. Es necesario reponer establecimientos antiguos.

5.- Nuevas formas de gestión

Es necesario diseñar estrategias que permitan elevar el funcionamiento administrativos de los establecimientos.

Proponemos utilizar la Calidad Total como nueva forma de gestión.

El principio de calidad total implica que la calidad del Servicio es responsabilidad de todos los integrantes de la organización.

Puede definirse como: planificar, programar y

otorgar servicios de calidad, basados en las reales necesidades del usuario y a su entera satisfacción.

Conceptos de calidad total:

- Sistema interdependiente único.
- Adoptar la calidad como paradigma.
- Desarrollar un liderazgo nuevo.
- Constancia de propósitos.
- Enfocado al usuario.
- Marca o nivel con el cual debemos compararnos.
- Orientación al proceso.
- Mejoramiento continuo. El círculo de control puede resumirse en:
Planificar - Hacer - Evaluar - Rectificar.
- Inversión en conocimiento.
- Desarrollo de equipos. Grupos de mejoramiento continuo son los que normalmente realizan un trabajo.
- Compromiso de largo plazo.

Proponemos un esquema organizativo para la implementación de la calidad total:

- Creación de un consejo superior de calidad total.
- Consejos locales de calidad en cada establecimiento.
- Operación de grupos de mejoramiento continuo integrados por miembros de cada equipo de trabajo.

La calidad total es una estrategia, una forma de administrar. Pero, permite expresiones de los funcionarios: participación, trabajo en equipo, aporte de ideas nuevas, críticas, etc.

El funcionario es motor del sistema: debe ser motivado, estimulado y capacitado.

6.- Autocuidado. Autoayuda. Salud al interior de la comunidad. Prevención

Los servicios de salud están orientados a reparar un daño producido. Su acción se desencadena cuando existe una enfermedad ya declarada.

Sin embargo es adecuado luchar por la conservación de la Salud para disminuir la enfermedad.

Al respecto, distintos países reorientan sus servicios de salud.

Es necesario desarrollar programas y actividades que prevengan la enfermedad y promuevan la salud:

- Un primer elemento es: intensificar las actividades en terreno.
- Es necesario incorporar al sistema educativo formal, conceptos y contenidos que favorecerán un cambio en el cuidado del niño, adolescente, joven y adulto. Es necesario estimular la autoayuda.
Conviene incorporar al autocuidado el manejo de patologías sencillas, resfrío común, afecciones de la piel, parasitosis dérmicas y capilares, etc. Conviene diseñar programas de manejo para: lesiones menores, heridas superficiales, signos o síntomas sin trascendencia, etc.
- Intensificar las actividades preventivas, con programas especiales. Utilizar un enfoque integrado sobre factores de riesgo asociados con enfermedades crónicas.
- Es adecuado generar grupos de trabajo comunitario en salud como la expresión propia de sus potencialidades.
- El fomento de estilos de vida saludable no debe quedar en el enunciado. Es necesario generar programas específicos.
- La ciudad saludable es una meta. Para alcanzarla, el sistema de servicios debe recibir el respaldo de la comunidad en un trabajo intersectorial eficaz.

Los últimos años se tiende a destacar los aspectos curativos, de recuperación de la salud. Sin embargo, es acertado prevenir la enfermedad y promocionar la salud. Deben intensificarse ambos tipos de programas. No obstante, deben desarrollarse fuertemente las actividades de Prevención y Promoción recibiendo recursos extra y desarrollando nuevos programas.

En esta forma podremos confiar en que efectivamente estamos trabajando para legar a las generaciones futuras, condicionantes de salud propicias para un desarrollo individual, social y ambiental saludable.