

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

SALUD COMUNITARIA

Dr. Julio César Medina Verástegui
Dr. Pedro Alcántara Valdivia
Dr. Víctor Raúl Aramburu Ostos
Dr. José Miguel Arca Gonzales del Valle
Dr. Miguel Benito Masías
Dr. Gustavo Franco Paredes
Dra. Rosario Jiménez Alva
Dra. Elsy Haydeé Miní Díaz
Dr. Héctor Pereyra Zaldívar
Dr. Marco Sánchez Ramírez
Lic. Carlos Bendezú Watanabe
Dr. Giovanni Escalante Guzmán
Dr. Oswaldo Lazo Gonzales
Dra. Isabel Amemiya

PRESENTACIÓN

El presente *Manual de Salud Comunitaria* responde al esfuerzo conjunto de los docentes del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y de los discentes del curso Salud Comunitaria de la Facultad de Medicina.

Recoge los principales conceptos desarrollados durante las clases teóricas, sembrando las bases para el aporte sistemático del cuerpo docente del curso en la preparación del libro *Salud Comunitaria*, dedicado al usuario directo de la Universidad: el discente de medicina humana. Este Manual es complementado con la *Guía de Práctica de Salud Comunitaria*.

A partir del conocimiento sistemático y subjetivo de las necesidades poblacionales, especialmente de la demanda potencial, el estudiante de medicina en un trabajo en equipo y acompañado del estímulo de la sana competencia y la excelencia académica y combinando el interés institucional con su propio interés, elabora un Plan Operativo Institucional del establecimiento de salud del primer nivel de complejidad.

Es un aporte al objetivo de enunciar, desarrollar y discutir conceptos básicos de las principales propuestas sanitarias para la organización de las prestaciones de salud pública y atención médica básica en los espacios locales.

Expreso mi reconocimiento al aporte de los docentes responsables y colaboradores del curso y de los estudiantes de medicina organizados, quienes a través de sus 22 delegados y de los dos delegados generales del curso, posibilitaron la degrabación de las clases teóricas.

Dr. Julio César Medina Verástegui
Coordinador del Curso Salud Comunitaria

El presente Manual ha sido elaborado por la Coordinación del curso Salud Comunitaria del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad nacional Mayor de San Marcos.

Participaron en la elaboración:

Responsables: Dr. Julio Medina Verástegui
Dra. Elsy Mini Díaz
Dr. Gustavo Franco Paredes

Colaboradores: Dr. Oswaldo Lazo*
Dr. Héctor Pereyra
Dr. Eduardo Aguirre*
Dr. Raúl Aramburú
Dra. Isabel Amemiya Hoshi
Dr. Miguel Benito
Dr. Pedro Alcántara
Dr. Marco Sánchez
Dra. Rosario Jiménez
Dr. Giovanni Escalante*
Dr. José Arca
Lic. Carlos Bendezú*

* Docente invitado

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Dr. Manuel Paredes Manrique
Presidente
Comisión de Reorganización de la UNMSM

Facultad de Medicina

Dr. Agustín Iza Stoll
Decano

Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública

Dr. Jorge Alarcón Villaverde
Coordinador

Curso Salud Comunitaria

Dr. Julio Medina Verástegui
Coordinador

Revisión: Dr. Julio Medina Verástegui
Dra. Elsy Mini Díaz
Dr. Gustavo Franco Paredes
Dra. Isabel Amemiya Hoshi
Dra. Rosario Jimenez Alva

Marzo 2000

Copyright © 2000. Facultad de Medicina de San Fernando, UNMSM
Av. Grau N° 755 Lima 1, Perú

ÍNDICE

| Clase | | Pág. |
|--------------|---|-------------|
| 01 | Estrategias de Intervención Sanitaria | 7 |
| 02 | La Organización del Espacio Local para las Intervenciones de Salud Pública y Atención Médica Básica | 16 |
| 03 | Factores Determinantes de la Salud | |
| 23 | | |
| 04 | Proceso Salud - Enfermedad | 27 |
| 05 | Metodología de Trabajo de Comunidad | 34 |
| 06 | Análisis de la Situación de Salud | 39 |
| 07 | Desarrollo de la Inteligencia Sanitaria para las Intervenciones de Salud en los Ámbitos Locales | 43 |
| 08 | Educación en Salud | |
| 46 | | |
| 09 | La Demanda por Servicios de Atención Médica | |
| 50 | | |
| 10 | La Demanda por Servicios de Salud Colectiva | 55 |
| 11 | Sistema Nacional de Servicios de Salud | |
| 60 | | |
| 12 | El Sistema de Atención de Salud del Menor de 5 Años y del Escolar | |
| 71 | | |
| 13 | La Mujer, Salud Materna y del Adolescente | 80 |
| 14 | El Desarrollo del Potencial Humano | 92 |
| 15 | La Planificación y Programación en Salud | |
| 97 | | |
| 16 | La Administración Compartida de los Establecimientos del Nivel Básico de Atención. | 112 |
| 17 | La Participación Social en las Intervenciones de Salud | |

| | | |
|-----|--|-----|
| | Publica y Atención Médica Básica | |
| 118 | | |
| 18 | Sistemas de Salud | 124 |
| 19 | Misión y Visión del Sector Salud. Roles Sectoriales | 131 |
| 20 | Políticas de Salud, Reforma Sectorial y Modernización | |
| 134 | | |
| 21 | Estrategias y Perspectivas del trabajo con agentes comunitarios de salud | |
| 142 | | |

“ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN SANITARIA”

Dr. Oswaldo Lazo Gonzales

I. INTRODUCCIÓN

Casi la gran mayoría en alguna oportunidad ha visitado un establecimiento de salud, ya sea por algún problema personal o familiar y ha tenido una cercana relación con lo que supuestamente va a ser su marco de realización profesional en los próximos años.

Creo que esa experiencia progresiva, cada vez más intensa, va a ir tomándonos un capítulo muy importante: el QUEHACER SANITARIO, que tienen que ver con la aprehensión de los problemas. Esta experiencia debe ya configurar una forma de actuar en el quehacer sanitario, sobre todo como un tipo de experiencia de la atención directa de las personas, como una persona que está enferma o una persona que no estando enferma requiere por alguna razón una atención de salud, sea para controlar un estado fisiológico normal, como puede ser el control de un niño o la gestación de una madre que evidentemente no son problemas de salud, pero que por razones de desarrollo fisiológico se han convertido en necesidades sanitarias.

Históricamente también se desarrolla un campo igualmente complejo y que tiene que ver con la atención de los problemas que se establecen de las relaciones que las personas entablan entre sí, sus vinculaciones, los problemas con el medio ambiente, con la cultura de las personas y otros factores que van a exigir directa o indirectamente la atención de salud.

Esos campos complejos que tienen patrones muy definidos de desarrollo, tienen misiones operativas muy precisas. Hablamos de salud individual para referirnos a la salud o la atención sanitaria que tiene que ver con los individuos en concreto; entonces ya no se trata de un servicio, como quien va a un médico y busca la atención de un médico, u otros colaboradores de la salud.

Se ha tratado de distinguir este campo de otro campo, el campo que supuestamente tiene que ver con un conjunto de intervenciones que no tienen referentes individuales, sino grupos poblacionales, es decir, conjuntos sociales que nacen de las relaciones que se establecen entre los hombres.

No es igual una atención médica que supone una relación individualizada entre una persona y el proveedor de la atención, que puede ser un médico o cualquier otro; y una atención no individualizada que puede ser una charla sobre educación sanitaria o un spot televisivo sobre un problema de diarrea o IRA, que no tienen un referente específico individualizado, sino que está dirigida a la población o a la comunidad, igualmente como cuando uno instala una red de agua o desagüe, no está dirigida a la atención de una persona, es una población la que se va a beneficiar de esta nueva condición.

Estas relaciones han sido conflictivamente trabajadas a lo largo de la historia y tienen muchas diferencias. Insisto en ella muy puntualmente, porque su propiedad de algún modo está marcando la escena sanitaria, es una suerte de separación entre lo que es la SALUD INDIVIDUAL Y LA SALUD PÚBLICA. Esto es motivo de múltiples análisis.

Hay otra forma de entrada al quehacer sanitario y es el ver a la salud pública como una respuesta social a la salud de los grupos, es la RED pública lo que no queda en el quehacer de lo privado.

Visto desde esta lógica la relación no es entre lo individual y lo colectivo, sino entre lo que va de lo social, porque pueden haber muchas cosas que son individuales, pero que a la vez son sociales, entonces son socialmente adquiridas compensadas.

Un problema de Salud Individual; la TBC, ejemplo paradigmático siempre que queremos hablar de una enfermedad con determinantes sociales claros. Es un problema individual hablar de enfermedad con determinantes sociales claros. Es un problema individual, es una cosa privada, pero lo ponen en el campo social.

II. SALUD PÚBLICA

Es como un espacio de respuesta social, lo que le es pertinente en lo social a la persona.

La salud pública no puede dirimirse entre lo público y lo individual, sino fundamentalmente como intervenciones que tienen que ver con la salud. En lo público cualquiera puede ser el carácter de intervención. Cuando ustedes dan una charla de educación sanitaria, ustedes están brindando una atención pública. Se puede hacer en forma privada, desde sus consultorios, desde sus prácticas profesionales privadas o en una razón de dependencia como trabajadores de una área de salud social.

Cuando ustedes están haciendo una vacunación, están dando una atención individual, porque están colocando una vacuna a una persona, no lo hacen por televisión. ¿Ésta es una condición privada o social? Fundamentalmente a nuestro modo de ver es una respuesta social a la salud, un hecho público, y ¿qué es el hecho público?, es todo lo que no queda en el ámbito de lo individual, es decir de lo privado.

La salud pública tiene que ver fundamentalmente con la salud de los pacientes, es una respuesta a la salud de lo público, ¿qué es lo público en salud?, es lo que no queda en el terreno de lo privado, lo que es social. Ahora qué cosa puede quedar en el terreno de lo privado? Nada.

Bajo esa connotación la intervención de salud pública puede ser vista como la intervención privada en el acto sanitario. Es decir, toda la acción sanitaria se convierte en Salud Pública. **La acción sanitaria tiene un hecho social, da una respuesta a un quehacer no privado.**

Por más que esto nos lleve a un cambio no hay que perder los límites del accionar sanitario. Intentamos una aproximación diferente que tiene que ver fundamentalmente con el carácter primario e intrínsecamente social, por lo tanto, desde esa condición cualquier acto sanitario puede ser visto como un acto de salud pública.

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD PÚBLICA

Hablamos de Salud Pública como **respuesta social**. Hemos intentado explicar el carácter de la respuesta social que marca la Salud Pública y lo hemos unido con la visión individual colectiva para ver más bien los legados sociales y por eso hablamos de respuesta social. No estamos hablando de respuesta colectiva, estamos hablando de respuesta social. La cosa pública es salud.

¿Qué es público? Finalmente todo.

¿Cualquier respuesta social es Salud Pública? Definitivamente no. No cualquier pequeña acción que se haga contingente, esporádica, temporalmente puede ser denominada salud pública, hay algunas **condiciones básicas que le dan sentido a la Salud Pública.**

1. Su carácter social

Lo que es intrínseca a su definición, no es cualquier respuesta, es una respuesta social, dado el campo de las connotaciones que tiene la salud y enfermedad; desde el punto de vista social decíamos que con eso podríamos ser tan extensivos que todo tipo de respuesta puede ser vista como una respuesta de la salud pública.

2. Es una respuesta institucionalizada

Hay muchas respuestas de la salud pública que son contingentes, que pueden tener una vigencia

temporal (se hace en un momento y luego no tiene ninguna presencia) y son ensayos que muchas veces pueden terminar en frustraciones (no todo ensayo tiene que ser exitoso). Estas respuestas pueden ser en cortos espacios o ser un conjunto de pequeñas respuestas pero que no logran institucionalizarse.

¿Cómo se instituye una respuesta?

Son 3 características básicas:

a. La legitimización social

Es la más importante, la persona o grupo social que recibe la respuesta lo considera válida o legítima y convincente a sus necesidades o sea que es lo que supuestamente requiere para salvar la necesidad, considera la respuesta adecuada en una respuesta convincente.

La legitimización no se logra de la noche a la mañana. Ejemplo: a finales de la década de los 70 se trató de implantar una estrategia operativa de atención, tratar las enfermedades diarreicas agudas a través de sales de rehidratación oral. La implantación de esta estrategia duró muchísimo, el descubrimiento de esta forma y su aplicación nacional e internacional generó tensiones, discusiones, inaceptaciones iniciales, etc. Pasaron muchos años para que en forma lenta y progresiva esta estrategia operativa de atención pudiera lograr legitimidad. Ahora es obvio que si un niño tiene un problema diarreico, acudiremos a esta estrategia (producto de la legitimidad, producto de muchos años) para solucionarlo.

b. Permanencia en el tiempo

Es el segundo elemento que da institucionalización. La permanencia va muy de la mano con la legitimidad social. Si la intervención no logra legitimidad va a entrar en desuso. Ejemplo: Inglaterra es un país altamente institucionalizado, tiene instituciones que son historia y que hasta pueden ser anacrónicos, obsoletos desde una perspectiva moderna, en cambio en nuestro país, la institucionalización se va perdiendo.

c. Formalización democrática

Muchas estrategias o intervenciones en el mundo se han construido pero no todas se han tomado, entonces quedan como intentos, remedos de intervención porque no logramos la institucionalización que se requiere en el campo de la salud pública.

3. Es multidisciplinaria e interdisciplinaria

Es una tercera característica de la Salud Pública; busca dar respuesta al problema de los públicos, al problema de la vida cotidiana de las personas, y dado su complejidad, es obvio que los problemas de salud no pueden ser tratados de manera global por una sola disciplina, sino que requiere de varias (es multidisciplinaria), y además requiere de la conjunción de ideas de estas disciplinas, requiere del traspase de ideas de una variedad de disciplinas (es interdisciplinaria).

Por ejemplo el SIDA es una pandemia que afecta al mundo actualmente, pero ¿podemos decir a nivel de Salud Pública, que esta pandemia es exclusivamente un problema médico, un problema sociológico, etc.? Claro que no... analizando, los médicos podemos aportar medidas de tratamiento, los educadores pueden difundir la idea de la enfermedad concientizando que más vale prevenir que lamentar (necesitan culturizar a la población), etc..

Entonces, como ven, el problema a nivel de Salud Pública requiere de la conjunción de varias disciplinas, porque, por más que nos parezca una situación exclusiva del campo médico, el análisis nos demuestra que se necesita de un conjunto de disciplinas para obtener una respuesta pertinente y eficaz.

Resumiendo la Salud Pública como una respuesta de tipo social (visto en la lógica SOCIAL DIFERENTE DE LO PRIVADO, y no en la lógica INDIVIDUAL DIFERENTE DE COLECTIVO), porque en salud nada deja de ser social, por eso EL CAMPO DE LA ATENCIÓN SANITARIA ES EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA.

Entonces la *Salud Pública* tiene 3 características:

- Es una respuesta social.
- Es una respuesta institucionalizada
- Es una respuesta multi e interdisciplinaria.

2.2. ACOTACIONES DE LA SALUD PÚBLICA

Son fundamentalmente dos:

a. Casi todo campo del conocimiento es un campo históricamente determinado, que significa esto: el saber, el conocimiento, van de la respuesta de esta intervención que mencionamos, que es la intervención en salud pública; que viene con la historia, se modifica con la historia, vive del intervenir de la historia; para hablar con mayor propiedad, el intervenir de la historia, es el devenir de las fuerzas de cambios en las fuerzas del conocimiento, en el desarrollo de la ciencia y de la tecnología.

Lo que hoy día conocemos como salud pública, no es como hace 100 ó 300 años, como vamos a ver más adelante, nuevos conocimientos se han ahondado muchísimo, hoy día tenemos un conjunto de intervenciones, que supuestamente responden más eficaz y eficientemente a esa necesidad de salud del hecho público, de las poblaciones en salud. Si hoy día, a la luz de los conocimientos que tenemos, vemos las intervenciones en Salud Pública que se hacían hace 100 a 200 años, la veríamos con unas expresiones como «Qué bárbaro» o cosas parecidas.

Hay propiedades en salud pública, como en cualquier área del conocimiento. Obviamente hay una determinación histórica, hay un desarrollo científico y tecnológico que va a dar cuenta del conjunto de cambios que se van a operar en este tipo de investigación.

b. La segunda acotación, igualmente importante, es que la Salud Pública, teniendo un rango de saber global, un marco o una base de conocimiento, su base de intervención varía de acuerdo a qué o de acuerdo a las condiciones de desarrollo social y económico de cada realidad. En otras palabras en este mismo momento de la historia, a este nivel de desarrollo tecnológico, no podemos decir que la salud pública que se hace en Canadá es similar a la salud pública que se da en el Perú. ¿Por qué? Porque los problemas que hay y, las condiciones de su desarrollo histórico-social son diferentes.

Los problemas de salud requieren respuestas pertinentes a esas necesidades, estrategias de desarrollo y respuestas apropiadas a esas necesidades; y no sólo a esas necesidades sino a los patrones de desarrollo históricos, cultural, político y social de esa población. A eso lo llamaría más globalmente estructura económico-social de ese pueblo.

Entonces, si es así, podemos hacer un rápido análisis de cómo se ha constituido el campo de la salud pública; lo fundamental es saber un poco qué es salud pública.

III. LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN SANITARIA

Decíamos que la salud pública insta de su desarrollo histórico social, puede ser vista como un adjunto de momentos, un conjunto que podríamos llamar fases, que expresan a su vez esas determinantes históricas y sociales de las que hemos hablado. A ese conjunto de momentos o fases que constituyen o han ido constituyendo históricamente el espacio o campo de la salud pública, usualmente lo denominamos *estrategias de intervención sanitaria*.

Entonces, la Salud Pública puede ser vista como un proceso en construcción, y una construcción social a punto de partida de un conjunto de estrategias sanitarias, que apunta específicamente a lo que la salud pública fue para cada momento de la historia.

La salud pública de hoy no es la Salud Pública de ayer. Cuando queremos ver longitudinalmente el campo de la Salud Pública, cómo va construyéndose este campo, tenemos que apelar a que cada momento tuvo su propia peculiaridad y es posible utilizar ciertas categorías para analizar cómo fue este campo, cómo fue construyéndose.

La Salud Comunitaria es una forma de atender, es una estrategia de intervención sanitaria. Entonces insisto, la salud pública puede ser vista como el conjunto de estrategias sanitarias que le van dando identidad y la están construyendo en el espacio. La Salud Pública no es algo estático, se puede formar a partir de un conjunto de determinantes históricos y sociales.

Hay múltiples estrategias de intervención en salud Pública y se tiene que trabajar cada una de ellas.

Pero, en general, podemos ver hoy día que la Salud Pública no es la transacción y olvido de estrategias, sino es una cuenta de proceso acumulativo, donde supuestamente los reportes de las experiencias históricas se han ido congregando o articulando.

Entonces, es una suerte como de emplastos; cuando uno hace un corte de árbol, puede ver la cantidad de capas que tiene el tronco. Lo que se ve es que el árbol esta constituido por diferentes estratos, que son como capas geológicas. ¿Qué hacen los geólogos?, estudian las capas geológicas de un corte en la tierra y pueden decir a qué edad de la tierra correspondía cada una. Pero todas están congregadas formando esa montaña, ese monte, todas forman parte de esa unidad.

Lo que hoy día normalmente vemos, cuando nos acercamos a un establecimiento de salud, es una unidad, una suerte de suma, de acumulación de varios estratos geológicos, en este caso serían diferentes estrategias de intervención desarrolladas en el tiempo.

Entonces, veremos cómo, por ejemplo, las acciones de intervención tipo vacunación nacieron 2 siglos antes de las transacciones de atención médica que hoy día vivimos. Que las acciones de salidas extramurales de servicio a la comunidad, son acciones de hace 40-50 años.

Decíamos que este campo de la Salud Pública moderna se construye y podría ser visto como el conjunto de estrategias de intervención sanitaria que le han dado sentido y han ido construyendo a la salud pública.

3.1. EL MODELO DE ATENCIÓN SALUBRISTA TRADICIONAL

Hay algunas estrategias que se han constituido hace más o menos 200 años. Estamos hablando más o menos de 1770 a esta década, donde se constituye la primera corriente moderna que luego se organizará como una estrategia global de la atención sanitaria, una estrategia de salud pública, una estrategia de intervención sanitaria.

Este es el período que está marcado por algunos elementos que le dan contexto, que le dan la determinación histórica de la que hemos hablado. Estamos hablando de un período en el cual hay un momento bastante heterogéneo, bastante complejo, diferencial.

De un lado tenemos, en primera instancia, la situación hace unos 200, 220 años atrás. Lo que hoy día conocemos como Alemania, antes el Imperio Germano, no era tal, lo que teníamos era un conjunto de principados, el imperio tal cual no existía, lo que había era la imagen, la representación formal del emperador, pero los que realmente gobernaban eran los príncipes electores, que eran los príncipes electores del emperador, no había una condición imperial: por clase, vitalicia, hereditaria como supuestamente se caracterizaban los reinados de esa época.

Con su fraccionamiento, el gran reto de ese período es la contribución de la nación alemana. Como les decía, partir de una fragmentación, en este proceso de constitución alemana, se va creando una necesidad, la necesidad de desarrollar un conjunto de acciones de política de estado, estimadas fundamentalmente, primero en el fortalecimiento de las condiciones de la nación alemana y en la concentración del poder en el imperio, en el emperador, a fin de garantizar la constitución de esta nacionalidad.

Esta necesidad llevó a desarrollar un conjunto de medidas, de políticas, que promovían justamente este fortalecimiento. Por ejemplo, una medida de política, que simplemente hoy día puede causar hilaridad, porque va contra todo lo que hoy día va sucediendo, es que una persona que no daba hijos a la nación alemana no era un buen alemán. Además de esto, de confrontar los problemas internos de fraccionamiento, un conjunto de problemas externos, de conflicto bélico con casi todos los países limítrofes se hacía evidente. Y así por el estilo podríamos hablar de un conjunto de pautas, de medidas de política, que orientaban esta idea. Y en el campo de la salud también funciona un tipo de política, un tipo de conducta que tiene como característica fundamental el que no está centrada fundamentalmente en el interés por el individuo, por la persona; sino que está **centrado fundamentalmente en el interés por el estado**.

Entonces, es necesario fortalecer al estado, hacer del estado un estado fuerte, capaz de enfrentar el

fraccionamiento intenso, capaz de enfrentar los conflictos externos.

La lógica es la siguiente, que es expresada muy claramente por su creador: «Un estado saludable es producto de su gente saludable», es decir, lo que necesitamos es gente saludable para tener un estado saludable. Y por eso se instalan un conjunto de medidas destinadas a mejorar las condiciones de salud de la población, medidas que tenían como características fundamentales:

- Intervención si es necesario.
- Las medidas de intervención destinadas fundamentalmente a garantizar el desarrollo del estado, la constitución de ese criterio como garantía de la conformación de la nación alemana.

Son Intervenciones que fundamentalmente van a las condiciones de salud, salubridad, por lo tanto, son intervenciones en lo mucho y en lo fundamental no médicas, son intervenciones sanitarias no médicas. Ejemplo: mejoras de las condiciones higiénicas, medidas de control de puestos de lugares de expendio con implantación de hábitos de higiene.

- Otra característica fundamental es que son medidas coactivas, no lo que yo decido, sino seguir el curso correcto de maduración de nuestras condiciones e individualidades. Entonces las medidas coactivas son las se tienen que cumplir necesariamente.

Las Medidas creadas en el marco de un Estado tienen muchas condiciones de conflicto interno y externo, donde por lo tanto las estructuras fundamentales de la sociedad son las estructuras militares o bélicas; por lo tanto, la condición cultural de este momento del desarrollo animal, está marcada por la condición de estructuras culturales bélicas y por lo tanto estrategias militares de acción. Gran parte de estas estrategias de intervención sanitaria son modelos que copian los modelos de acción militar al campo sanitario. Y son cosas que han quedado, lo que vivimos hoy cuando hablamos de Campañas, Ataque, Brigadas, estamos aduciendo a modos de estrategias militares de intervención trasladados desde esas épocas a estas estrategias de salud.

Este conjunto de intervenciones se desarrolla hace unos 200-230 años atrás en Alemania y fundamentalmente estuvieron coordinadas o dirigidas conceptualmente por un famoso salubrista fundador de la Salud Pública Moderna, Johan Peter Frank, a través de un tratado cuyo nombre es bastante grande, acerca de las condiciones para mejorar el estado de salud de las poblaciones a través de una forma de **Policía Médica**.

De allí que queda con el nombre de la estrategia de la Policía; y eminentemente responde esa lógica de Policía, no es una lógica de intervención centrada en la necesidad del individuo sino del Estado; no es una lógica de respuesta a la autonomía, la libertad de acción y decisión del usuario; tiene el sentido policiaco trasladado al campo sanitario, el término usado por el mismo autor será pertinente.

A la par que Alemania vivía ese momento, en otro lugar hay un segundo momento muy importante: en Francia, es un momento en el cual se va consolidando toda una experiencia, el fin del Feudalismo europeo, del medioevo europeo, y el traslado masivo de la población de la plebe rural al burgo (ciudad); la constitución por lo tanto de las principales y más grandes ciudades cambió. Esto supuso un conjunto de cambios globales; vivir en ciudad no es igual que vivir en el campo, la localidad tiene condiciones de vida propia, la ciudad tienen exigencias complejas de vida, en cívicas, de ahí viene el término civilización.

Ser civilizado es tener capacidad de vivir en ciudad, porque el campo te da dispersión, espacios, en la ciudad vives asociado con un engranaje de relaciones, de muros, que si no articulas con precisión caotizan y terminas creando complejos problemas de la vida cotidiana. El organizar la vida en una ciudad supone una serie de necesidades desde el punto de vista sanitario y cultural.

Había que disponer, articular, hacer una ingeniería que dispusiera apropiadamente las condiciones de vida de los pobladores y sus recursos necesarios para que el caos no se presentase. Había que disponer de alimentos, de residuos, enfermos, muertos (los cementerios son creación de la vida en ciudad), ese conjunto de exigencias de creación son asumidos desde la perspectiva de crear ciudad (perspectiva urbana) de la urbanística. Es la segunda estrategia básica en este campo de acción la constitución de la salud.

La primera, decíamos, nacía de la necesidad de construcción del Imperio (Alemania) y a eso se le ha dado el nombre de ESTATAL; el autor de estas concesiones es un filósofo francés, que habla de la

vertiente de la Medicina alemana con la Medicina Bélica o la medicina estatal, porque era la razón del estado predominante.

A esta segunda que nace de la experiencia de migración de ciudades, que se da en Francia, se le conoce como LA VERTIENTE DE LA MEDICINA URBANA, que está dada fundamentalmente por el proceso de ingenierilización de las ciudades desde el punto de vista sanitario.

La tercera experiencia se lleva en Inglaterra, se inicia con la Gran Revolución Industrial, grandes estudios de diferentes índole, estudios filosóficos como de Engels o Charl Dickens, escritor de novelas de la realidad inglesa. Se está conceptuando un proceso que se conocerá como la acumulación originaria de capital; y el tránsito de la producción artesana a la producción capitalista.

Este proceso es complejo porque es un proceso de altos niveles de explotación, gente trabajadora en condiciones de vida muy deficitarias. Cientos de personas que vivían en galpones en las grandes ciudades inglesas de Manchester o Liverpool.

Procesos de altos niveles de producción y gente trabajando en condiciones de vida muy deficitarias; eran cientos de personas que vivían en galpones, gente que para buscar mejores condiciones de vida abandona el campo y se va a las ciudades. Las condiciones de vida eran duras, las jornadas de trabajo no respetaban las horas laborales y éstas eran de 16 a 17 horas al día, sin descanso alguno ni condiciones de vida apropiadas, sin respeto al trabajo de niños y mujeres, etc.

Estas condiciones pintan de cuerpo entero el proceso de explotación masivo que significó la acumulación originaria para ese tránsito de lo que era una sociedad artesanal a una sociedad de producción industrial.

El gran riesgo es que este tipo de desarrollo, si no está complementado con acciones que de algún modo vigilen, modulen la actitud de las aristas más duras de esta situación, es que se puede quebrar en sí mismo, porque la mortandad de la fuerza laboral era tan grande que seguramente se iban a quedar sin gente en las fábricas; no era el amor al obrero o a la mujer que se saca el alma, sino que vieron que se ponía en riesgo la continuidad misma del sistema que se estaba empleando.

Entonces el parlamento inglés le encarga buscar la solución a un conjunto de teóricos, encabezado por un famoso legislador inglés, un noble tradicional, importante, muy conservador pero también reformador, cosa que ha sido parte de la historia inglesa, ya que las principales reformas fueron dadas precisamente por los sectores conservadores (sucedió también al terminar la II Guerra Mundial). Este noble fue Edwin Chadwin y se le encargó la elaboración de una propuesta a través de un estudio que complementa lo que se conocía en ese momento y que dé cuenta de esa situación.

Él hace esa propuesta y apela a una vieja ley dada hace 100 años que era la «ley de los pobres» o ley de Fowns y que fue dada por él. Al reformar esta ley planteó las condiciones de vida mínimas para atenuar lo más agreste de la situación laboral de ese momento.

Entonces ahí también hay cuidados una vez más de intervención de estado, de ciertos niveles de exigencia del cumplimiento. Eran medidas, al igual que los anteriores casos, de carácter no sanitarias-no médicas.

Como ven, hay características globales que pueden ser extraídas de las tres experiencias: de la medicina de estado, más tradicional o belicista que actuó fundamentalmente en Alemania; de la medicina urbana que se generó en Francia y de la medicina industrial, porque surgió durante el proceso de industrialización que se dio en Inglaterra.

En general les podemos reconocer elementos básicos de caracterización que se les pueden también trabajar como MACROMODELO DE ATENCIÓN, es decir, los grandes modelos de atención. Este sería de algún modo lo que yo quiero llamar como el MODELO DE ATENCIÓN SALUBRISTA TRADICIONAL, que también hoy día se aplica. Por ejemplo: en una zona donde hay chirimachas, cuando una persona no está en su casa se fumiga como una acción coactiva, por intervención directa y vertical, por seguridad de estado y seguridad pública. Esto se emplea en casi todo el mundo por algunas estrategias.

Entonces, a la par que hay una serie de cosas modernas complejas, atiborradas de tecnología y

nuevas, también hay cosas viejas de hace 20 años que hoy día también subsisten y son lo que se conocen como programas verticales de salud. Esa coacción, por ejemplo, que se tiene en el campo de la Planificación Familiar y que por todos era conocido, incluido el Gobierno, tiene un marco cultural para darse; no es casual, tiene marco cultural de la procedencia de esa ley, de donde nace esa ley actualmente.

Entonces hay una razón de estado así como en Alemania, donde al alemán que no tenía hijos no se le consideraba buen alemán. Entonces, esta etapa sería la etapa básica. Esta etapa tiene una vigencia que duraría hasta mediados del siglo anterior (s. XIX) donde se da una revolución brutal. Es un avance que marca un hito muy importante en el desarrollo de la atención sanitaria.

3.2. EL MODELO MÉDICO HOSPITALARIO

Hacia 1850 se inicia la era de Pasteur, y hasta antes de ella la atención médica no sólo no era relevante en sus intervenciones, sino que tampoco tenía la pertinencia a ser relevante porque la capacidad de intervención se da por amor propio. Hoy día, con el saber científico y con el avance tecnológico es tan poco lo que se puede hacer en el campo de la atención médica, imagínense lo que sería hasta antes de esa época.

Actualmente, se resuelven enfermedades de origen infeccioso, que tienen una historia natural conocida más o menos, o hace cronicidad, o se recupera; pero en todo caso, en esos días las intervenciones que se hacían en ese campo eran muy pocas, dado que en la práctica no habían intervenciones médicas por enfermedades infecciosas.

El perfil epidemiológico de esas sociedades nos mostraba que las principales causas de mortalidad eran las enfermedades infecciosas. ¿Ustedes suponen la revolución que significó el conocer cuáles eran las causas de la mortandad del 70-80% de la población?

Se armó una revolución porque significó el conocer que se podía alterar el curso natural de gran parte de las enfermedades vigentes en ese momento, las cuales eran infecto-contagiosas.

Evidentemente había un pequeño grupo que de acuerdo a la severidad del daño y que a partir de un conjunto de intervenciones podía salvaguardar a varios grupos de personas. Entonces esa Era se inició con los descubrimientos de Pasteur, los postulados de Koch, las técnicas antisépticas de Lister.

La medicina pasó de ser una disciplina más discursiva a interventiva, redefiniéndose a la capacidad de intervención global de la medicina (pasa a tener una potencia de intervención).

Fueron Pasteur, Koch, Lister y el conjunto de nuevos conocimientos que permitieron conocer el mundo de lo microbiológico y que se tome campo de intervención. Por ejemplo, se podía hacer una intervención de apéndice, del famoso «cólico miserere» y no morir. Antes, sufrir una apendicitis aguda era la muerte segura.

En 1850, Pasteur marca el rito del cambio en la historia de la atención sanitaria, y se establece un nuevo patrón de la intervención sanitaria y un patrón ya marcado en la atención médica, porque los grandes problemas hasta entonces insolubles hoy son resueltos por la atención médica y se va configurando en ese proceso una pérdida de valoración de todas las intervenciones no médicas y una progresiva ganancia de la intervención de la medicina mediante la activación y legitimación de la intervención de la medicina, porque realmente solucionaba problemas.

En ese proceso también se va dando otro elemento, se va configurando el espacio de la delimitación de los agentes del accionar médico, antes era un ámbito muy difuso, entonces la medicina era ejercida por malas historias médicas. Este proceso obliga a una jerarquización y a una estructuración profesional de las carreras. Entonces tenemos que en la cima de la jerarquía de los agentes de la medicina está el médico.

Entonces tenemos un modelo que descansa fundamentalmente en la atención médica. Es un MODELO MÉDICO que es un modelo que privilegia a un agente como el agente interventor fundamental de la atención médica que es el médico.

Entonces se da una tercera característica que es la generación de un hospital moderno. Hospitales

hay desde el tiempo de Escleto, supuestamente. El hospital del tiempo de Escleto es el famoso Esculapio, ya que no era otra cosa que el templo dedicado a Escleto: la Escletiada. El lugar donde la gente iba a recibir el oráculo de Escleto y a recibir el cuidado de los sacerdotes y donde algunos se salvaban. En general el hospital, hasta el siglo pasado e inicio de este siglo, era el espacio del buen morir. El buen morir era recibir las atenciones, sobre todo morales y espirituales y algunas atenciones secundarias higiénicas básicas.

El médico y el hospital no eran una unidad como lo son ahora, el médico visitaba esporádicamente el hospital, narran las crónicas que el médico asistía dos horas semanales al hospital y daba o intentaba dar, en ese tiempo, respuestas a algunos de los problemas que supuestamente eran más graves o que escapaban al conocimiento del conjunto de cuidadores comunes de la salud, lo que hoy es el sistema cuidador de la atención médica (sistema de enfermería).

En tanto la medicina comienza a desarrollar esa capacidad interventiva, se articula la medicina al hospital y el hospital se convierte en el espacio de intervención médica. Pero esto no ha sido así siempre, esto es un negocio de estos tiempos, es una creación de este siglo. Esto se hace cada vez más importante y más relevante en tanto la intervención médica no sólo refleja un espacio de intervención sino un espacio de acumulación del dolor.

Entonces, no sólo es el espacio ocupado por el médico, sino ocupado por la tecnología necesaria para que el médico y en general la medicina y sus agentes puedan intervenir con eficacia sobre el ámbito sanitario.

Entonces tenemos *tres características básicas*:

1. La primacía de la Medicina
2. La primacía de uno de sus agentes
3. La primacía de uno de sus espacios

Aquí hablamos de la medicina como intervención fundamental de la intervención sanitaria. Luego del médico como el agente fundamental y del hospital como el espacio.

Todo este proceso tiene dos operadores claves o articuladores de este proceso.

Por un lado el modelo de desarrollo seguido por el sistema de salud inglés. De un modo paradigmático para muchos lugares del mundo, se inicia después de la Primera Guerra Mundial con un estudio sobre Organización de Servicios, muy importante, que no es puesto en marcha sino hasta fines de la II Guerra Mundial, donde otro importante noble conservador inglés pone en marcha las propuestas que por lo menos 40 a 50 años antes habían sido trabajadas, y organiza el sistema de salud y crea esta estructura que hoy conocemos; de establecimientos diferenciados, de escalones de complejidad, de jerarquía, de estructura, puestos, centros, hospitales; cada uno de los cuales han sido diferenciados por sus niveles de complejidad y sus capacidades de acción.

Esta es una vertiente de la estructuración, es la variante ideológica conceptual

En EE.UU. surge una nueva vertiente muy importante: LA IDEOLOGÍA CONCEPTUAL, es decir aquella que crea los cimientos de lo que es ser médico y lo que es la medicina como tal.

Para ello la Carnell Foundation encarga este trabajo a un investigador muy renombrado, el doctor Abraham Flexner, el cual analiza las universidades de Canadá y EE.UU., y a partir de esto hace una crítica global de la formación médica (sobre todo a las bases o cimientos de lo que es ser médico). La validez y el sentido de la Medicina, la investigación en Medicina, las ciencias básicas, de lo que es el ejercicio médico, el desarrollo tecnológico, etc.

En base a estas dos vertientes: la inglesa (óptica organizacional), y la norteamericana (óptica político cultural) se articula el denominado MODELO MÉDICO HOSPITALARIO.

El modelo médico hospitalario, consiste en la intervención sanitaria vigente de algún modo todavía. Este modelo por sí mismo entra en una crisis interna (crisis de expansión), dado que el hospital, como

espacio, es un espacio restringido, que no puede dar cuenta de la multiplicidad, complejidad y variedad de las nuevas funciones que surgen.

Esto propone la creación de POLÍTICAS SUBSIDIARIAS (no alternativas), subsidiarias en el sentido de que complementan (no contraponen), entre las más importantes tenemos:

- * La Medicina Preventiva (década del 40), que trabajan en dar sentido a un nuevo enfoque de la atención sanitaria. No todo se enfoca en lo interventivo, sino se da importancia al riesgo de adquirirlo o contraerlo (riesgo primario), y esto se puede prevenir, detectándolo y atenuándolo.
- * La expansión hospitalaria (década del 50) reconoce lo reducido de la atención hospitalaria y ve la necesidad de expandirla mediante la creación de centros y postas de salud, pero teniendo al hospital como un eje (óptica centro periférica).
Alrededor de todo esto en el campo académico se esboza la MEDICINA COMUNITARIA.

3.3. MODELO MEDICINA SOCIAL

LA MEDICINA SOCIAL surge en Europa (deviene después de Peter Frank en movimientos de Reforma Sanitaria; en Alemania con Virchow, y en Francia con Calmet Guerin), ya no como una política subsidiaria, sino como UNA POLÍTICA ALTERNATIVA, como una percepción teórica analítica. Esta idea no florece en Norteamérica, pero prospera en América del Sur con la influencia de corrientes políticas e ideológicas de tipo materialista aplicados al campo propio de la salud.

3.4. MODELO SALUD DESARROLLO

Hacia mediados de la década del 70 surge un nuevo esquema NO MÉDICO, un esquema que busca ser una estrategia alternativa (no subsidiaria), y se establece bajo una lógica basada en la SALUD DESARROLLO y no basada en la lógica SALUD:ATENCIÓN. Esto en el marco de la atención primaria de la salud (salud para todos en el año 2000), pero que en la actualidad parece no haber tenido resultados, debido a que ha sido muy agredida y distorsionada, dado que remueve intereses políticos de fondo en el quehacer sanitario (porque promovía principios de equidad e igualdad).

3.5. MODELO TECNOECONÓMICO

En la actualidad parece surgir un nuevo modelo que parece recoger las experiencias o estrategias pasadas, pero que pretende ser una cosa diferente, promovida por dos lógicas paralelas (a veces contradictorias); lo económico y lo tecnológico (paradigma TECNOECONÓMICO). Y es en torno a esto que los EE.UU. y países en vías de desarrollo (asesorados por diversos entes como el Banco Mundial) están promoviendo políticas tecnoeconómicas, basadas en acciones de toque gerencial generalmente.

Es importante saber que LA SALUD COMUNITARIA devino de una política subsidiaria en el transcurso histórico de la formulación de diversas políticas de SALUD PÚBLICA.

LA ORGANIZACIÓN DEL ESPACIO LOCAL PARA LAS INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN MÉDICA BÁSICA

Dr. Julio Medina Verástegui

I. INTRODUCCIÓN

La organización del espacio local tiende a responder con lo que pasa en el Sistema Nacional de Salud. Son formas como se organizan, en determinados espacios de población, los servicios de salud para atender las necesidades sociales en salud de la población. Sus requisitos son: ser accesibles, satisfacer la demanda y dar respuesta a las necesidades detectadas, calidad y oportunidad, acciones adecuadas, eficacia, eficiencia, respetar los derechos de los pacientes, trabajo interdisciplinario. Así las bases para la organización del espacio local son dos:

- a. El modelo integrado de asistencia, docencia e investigación.
- b. El modelo de gestión para apoyar lo anterior.

Es necesario recordar qué es Salud Pública.

II. LA SALUD PÚBLICA

La salud pública es un nivel específico de análisis poblacional. La salud pública tiene dos aplicaciones:

1. **En el campo del conocimiento:** Nos ayuda en la formación, que reproduce los conocimientos y la investigación fundamentalmente (que produce más conocimiento).
2. **La atención del Servicio de Salud:** Corresponde al ámbito de la acción.

Las bases científicas de la Salud Pública son las ciencias biológicas, las ciencias sociales y las ciencias de la conducta. Sus áreas de aplicación son a las poblaciones, a los problemas y a los programas como:

1. Salud materno infantil, que es fundamental para nuestro país, por su composición poblacional y su perfil epidemiológico, donde las mujeres y niños son los más afectados.
2. También para nuestro país es importante la Gerontología, que estudia los problemas de los ancianos.
3. La salud mental.
4. La salud bucal.
5. Salud ocupacional y ambiental.
6. Salud internacional: importante ya que estamos en un mundo globalizado, lo que pasa en un país pone en alerta a los demás países para evitar la extensión de un determinado problema.

La salud pública tiene que ver con el individuo y la sociedad, es decir abarca acciones de atención médica básica (por eso se dice la salud del individuo) y abarca la atención social por sí misma pero con alto impacto en la salud, (por ejemplo la potabilización del agua) el medio ambiente –su contaminación– la turgurización, acciones de saneamiento ambiental, la construcción de letrinas o sistemas de alcantarillado o desagüe.

Las acciones de la salud individual las podemos dividir en:

- Acciones que tienen gran interés social o de alta externalidad, porque siendo su acción individual, van a proteger a otras personas (por ejemplo, para la TBC, se hace control de los contactos, para evitar el sarampión se vacuna, lo que a su vez evita la enfermedad a otras personas).
- Acciones que tienen interés individual (por ejemplo cuando se presenta una apendicitis en un niño, esto no es de interés social sino básicamente individual)

El objetivo de la salud pública es el de mejorar la salud humana, mejorar la calidad de vida y esto último se logra con la participación de las personas.

El aporte fundamental de la salud pública es el concepto de **salud como responsabilidad de todos**, donde ya no sólo intervienen el médico, el enfermero o el personal de salud, sino el conjunto de la sociedad. Los diferentes sectores de la sociedad son responsables de la salud, el sector agrícola, el sector vivienda - construcción, el sector educación. Los profesores tienen que asumir un rol protagónico dentro de una cultura sanitaria en nuestra sociedad. Cada uno tiene una participación activa; se busca la participación de las personas con sus deberes y responsabilidades compartidas en la búsqueda del desarrollo, incluso la de la propia población beneficiaria de los programas o acciones de salud.

Otro concepto es que **la salud tiene que ver con el desarrollo**, no podemos hacer acciones aisladas de lo que pasa en donde estamos viviendo o trabajando, tiene que haber responsabilidades compartidas en la búsqueda del desarrollo integral y colectivo. Es decir, ahora se reconoce más que en ninguna otra época que la salud y el desarrollo están estrechamente vinculados. Cualquier acción de salud forma parte del desarrollo en la medida de que busca preservar las capacidades de los individuos, y acciones sociales aumentan el bienestar de la gente y acrecienta su salud.

Estas son las ideas cuando hablamos de las intervenciones en salud pública y la atención médica básica

III. LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES

La organización del espacio local tiene que partir de las necesidades de la población. La base para la organización del espacio local es que nuestro modelo de atención integral tiene que partir de las necesidades de la población.

A la población últimamente se le está llamando como el cliente externo de los servicios de salud; el cliente interno vendría a ser el trabajador del servicio. Otro sinónimo es el usuario: paciente = usuario externo = cliente externo.

3.1. NECESIDADES DE LOS CLIENTES

1. ACCESIBILIDAD

Accesibilidad geográfica: nuestro país tiene una geografía muy diversa. En el interior del país las distancias entre poblaciones son muy grandes y un factor muy importante son los caminos. Se considera nula cuando más del 30% de una población total de una jurisdicción demora en llegar al establecimiento de salud más cercano en más de dos horas.

Accesibilidad cultural: los problemas culturales son de gran importancia. Muchas poblaciones no acuden a los servicios de salud por creencias mágico religiosas, las cuales al ser controversiales con las prácticas occidentales de atención, generan desconfianza en las mismas. Estas son actitudes culturales que devienen en necesidades y que como profesionales se tienen que ir conociendo, esencialmente para evitar que se cree una barrera para el acceso a la cultura de estas poblaciones. Se considera nula cuando más del 30% de la población acude habitualmente a un proveedor tradicional del servicio de salud, como parteras tradicionales, curanderos y otros.

Accesibilidad administrativa: tiene que ver con los horarios de atención y el tiempo efectivo de atención al público. Será una accesibilidad significativa cuando los representantes de la población fijan el horario de atención considerando la realidad y la necesidad de la comunidad. No hay rechazo de usuarios. Se considera nula cuando los horarios de atención son fijados por las Direcciones Departamentales de Salud y no está de acuerdo a las necesidades de la población. Cuando el trabajo administrativo interfiere con la atención, disminuye el tiempo efectivo de atención a público ocasionando rechazo de los usuarios. Los tiempos de espera para la atención forman parte de este tipo de accesibilidad.

Accesibilidad económica: esto provoca que una parte importante de personas no accedan a donde ellas quisieran ir. Se considera nula cuando más del 30 % de la población total no puede sufragar ningún tipo de costo de atención en salud.

Se dice que en el Perú, dentro de este conjunto de las accesibilidades, el 20% de la población peruana no accede a servicios de salud; en la actualidad se considera que es alta la inaccesibilidad por alguna de los tipos de accesibilidad mencionadas.

2. Aceptación

Esta necesidad es mutua, tanto del personal de salud que atiende a una población como de parte de la misma persona que acude al personal de salud y acepta la recomendación que éste le da. Hay muchas personas que acuden a los servicios de salud y se guardan la receta que el médico les dio; esto es porque no hay un buen nivel de aceptación en esta relación médico paciente. Aquí un punto importante es la horizontalidad en el trato, la empatía entre el proveedor y el usuario, la calidez en el trato, el respeto y la información que debe recibir el paciente.

3. Asesoramiento

El motivo de consultas tanto de diferentes poblaciones como de individuos es la opinión técnica, es decir la aplicación de conocimientos técnicos por parte de los profesionales, para solucionar el mal del paciente. Hay una distancia cultural evidente entre el profesional y los pobladores, la población

es consciente de esa distancia y por eso asigna al personal de salud un nivel de asesoría, están convencidos de que el personal de salud está en la capacidad de resolver sus necesidades.

4. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

La población no sólo pide ser escuchada, ser examinado, etc., también pide otro tipo de servicios, por ejemplo: los exámenes auxiliares tanto de laboratorio como de otros tipos. Estos servicios ayudarían a que el poblador no regrese 2 ó 3 veces seguidas.

Estas necesidades debemos tenerlas presentes en toda organización. A medida que cubramos las necesidades de los pobladores, tendremos clientes satisfechos, y crearemos en ellos expectativas en cultivar su salud, no sólo expectativas en curarse –porque medicina no sólo es curar sino también prevenir– si la población tiene más expectativas, participará más, generándose en ella niveles de autocuidado.

3.2. NECESIDADES DE LOS OTROS AGENTES DE SALUD

También es importante tener la idea de que el personal de salud (médicos, enfermeros) debe tener un nivel de satisfacción de sus necesidades para que brinden un mejor trato a los clientes. Sólo así puede darse una interacción entre los pacientes y los trabajadores del primer nivel de atención.

La Institución de Salud es un grupo de personas más recursos cuyo objetivo es satisfacer las necesidades no sólo de los usuarios y trabajadores sino de 5 actores involucrados en total:

1. **Propietario:** el dueño tiene que ver con la satisfacción de que hace algo bueno, pero también que recibe ganancias.
2. **Usuario:** mencionado líneas arriba.
3. **Proveedores:** se les ve en los niveles de atención en general, por ejemplo los que proveen de medicinas al Centro de Salud, o el personal que atiende por ejemplo en la puerta.
4. **Trabajadores:** clientes internos.
5. **La sociedad:** La sociedad tiene que sentir que el establecimiento de salud satisface sus necesidades.

IV. DEMANDA DE SALUD

4.1. CONCEPTOS DE DEMANDA Y OFERTA

Demanda: Es un proceso de comportamiento poblacional dinámico en el cual se combinan los recursos, conocimientos y patrones de comportamiento con la tecnología los servicios y la información disponible con la finalidad de restaurar, mantener y promover la salud.

La demanda vendría a ser en última instancia la conducta del consumidor (cliente) que llega a un establecimiento de salud. La demanda es la conducta de la población buscando un servicio, por ejemplo: el control de «niño sano».

Oferta: Es la conducta del proveedor del establecimiento de salud, por ejemplo: decimos que vamos a hacer una campaña de vacunación, entonces se estará ofertando este servicio casa por casa.

4.2. LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE DEMANDA Y SERVICIOS DE SALUD (ENDESA)

A partir de este momento, compartiremos resultados de una encuesta hecha por el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, Lima, Perú, realizada entre el 15.11.95 y el 07.01.96 a 6 360 personas, muestra representativa a nivel nacional.

La población acude a los establecimientos de salud en un porcentaje relativamente bajo, revelan que un 33% realiza la consulta en casa, es decir a familiares y/o amigos; un 26% no se atendió, ni siquiera refieren haber consultado con alguien; sólo un 10 % se atiende en postas de salud, mientras que un 9% lo hace en los Hospitales del IPSS; 6,8% en Hospitales del MINSA.

Por otra parte un 48% de los que acuden a establecimientos del MINSA refirió que lo hace por la accesibilidad geográfica (lugares más cercanos). Los que acuden a los locales del IPSS o de las FF. AA. es porque están asegurados o tienen algún tipo de filiación. De los que acuden a las clínicas el 66%

manifestó que lo hace por que existe un mejor trato a los pacientes. De los que permanecen en casa, refieren que no acuden a ninguno de estos establecimientos por no contar con recursos económicos.

Un segundo criterio en demanda es saber cuál es el grado de instrucción de la madre, se determinó que de los fallecidos de una familia cuya madre es analfabeta, el 60% no se atendió por profesionales de la salud, es decir el nivel educativo de la madre es un factor importante en la medición de la demanda.

En cuanto a los que se encuentran en situación de pobreza extrema, cuando padecen de algún tipo de enfermedad el 70% no se atiende por profesionales de la salud.

La pregunta sería: ¿Qué usan entonces los que no acuden a un profesional de la salud? En la sierra se dice que el 72% usa medicina tradicional y en la selva lo hace el 48%, mientras que en la costa la utiliza un 30% de la población.

Nosotros en nuestra formación debemos tener en cuenta a la medicina tradicional. En la inscripción materna hay varios datos, fundamentalmente el 64% de los usuarios de los hospitales o de los centros de salud del MINSA fueron pobres, el 3% de los que acuden al IPSS también lo son, así como el 40% de los que acuden a clínicas o consultorios particulares, esto es porque estas personas creen que en estos últimos lugares se van a curar de verdad, y esto se demuestra ya que la encuesta arrojó información sobre los pobres que, al ser preguntados si en cualquiera de los centros habían sido curado, el 48% manifestó que no.

En cuanto a la medicina preventiva, sólo el 16% de la población acude a consulta preventiva, y en la mayoría de los casos se trata del control de una gestante, el programa de control de niño sano, o el control de vacunación. En este sentido influye mucho el nivel educativo de la madre, se sigue insistiendo en ese punto: a mayor pobreza se le da menor importancia a la medicina preventiva, o a mayor conocimiento, es decir las personas con mayor grado de instrucción hacen consultas en medicina preventiva cuando no están enfermas.

Para el año 1995, el 16% de quienes se atendían en centros de salud no pagaron, esto se debe a la exoneración y más o menos las 2/3 se compromete a pagar S/. 40 a diciembre de 1995, esto incluye la consulta, las medicinas, los exámenes auxiliares y en las clínicas pagan un promedio de S/. 60 por motivo de una enfermedad. La salud en nuestro país no es gratis; la gente pone de su bolsillo tanto en hospitales como en clínicas.

Los enfermos más pobres son los que esperan más atención del servicio de salud, siendo éste otro factor de alejamiento, el tiempo que se demoran en ser atendidos. Sólo un 27% de los más extremos adquirió las medicinas recetadas (la medicina indicada fue comprada sólo por la cuarta parte de los pacientes). Estos son datos llamados de demandas; todo servicio de salud en su organización tiene que tener en cuenta la opinión de nuestros usuarios; por lo tanto la disponibilidad en el ingreso es un factor importante.

Existe un grupo de factores que son los peores calificados por la población. Uno de ellos es el tiempo de espera que resulta muy prolongado y la disponibilidad muy reducida de medicinas recetadas. En el IPSS se añadió que hay una irregular disposición del personal auxiliar, la población se siente maltratada por el personal del IPSS.

El 67% de los usuarios que acuden al MINSA estaban dispuestos a pagar más; a pesar de que las 2/3 partes de los pobres van al MINSA, ellos mismos están dispuestos a pagar más si se les da una mejor atención; estos son criterios que todo servicio de salud tiene que tener en cuenta.

4.3. ENCUESTA A LOS CLIENTES DE CUATRO CLÍNICAS DEL IPSS-LIMA ENERO 1998

La encuesta del IPSS 1998 arroja en los resultados que hay una atención inadecuada del servicio de Farmacia. En la Clínica Santa Rosa de Comas, el 40% se queja del servicio de farmacia. En la Clínica de Canto Grande del Seguro, el 56%; en los Próceres el 41%; en Villa María del Triunfo, el 35%.

En cuanto al personal de enfermería, el 52% opina que es inadecuado el trato del personal de enfermería.

Un tercer problema de importancia viene a ser el soporte físico de la atención; hay disconformidad en la sala de espera, inclusive opinan que es desagradable, el 59% está disconforme con los ambientes en los establecimientos de salud, infraestructuras mal ventiladas, mal iluminadas, en zonas andinas, con mucho frío, sucias etc.

Respecto a la atención que reciben de los servicios, el personal de contacto y el soporte físico, son calificados de una manera importante por el usuario. Si no se prepara el Instituto Peruano de Seguridad Social en atender bien al paciente, entonces cuando se dé libertad al usuario, la tendencia sería a abandonar la institución. Este es un concepto que se tiene que tener muy en cuenta pues en las últimas épocas se le está dando mucha importancia a la opinión de los usuarios.

V. LA ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

La organización de un establecimiento de salud tiene que atender las necesidades de la población. Un servicio de salud tiene que tener un determinado espacio en la población en donde pueda atender las necesidades de ésta.

En la atención de este modelo de asistencia es necesario tener algunos principios:

- **La universalidad:** el servicio de salud se prepara para recibir a cualquiera esté o no en emergencia. Para ésta, existe una ley que dice que en caso de emergencia o que peligre la vida, todo establecimiento de salud, llámese clínica, de las FF.AA. o policiales, del IPSS, etc., debe atender a un paciente cuando peligre su vida y luego ser transferido. Este principio no es sólo para las emergencias.
- **La continuidad:** en el sentido que tiene que haber una relación permanente con este usuario, los establecimientos de salud de preferencia deben darle al médico la posibilidad de atender al mismo paciente.
- **La integralidad:** actividades dirigidas al medio natural y social, que no se limitan a satisfacer la demanda espontánea o atender necesidades técnicas o de mercado, sino que se organizan para dar respuesta a las necesidades sociales en salud. Igualmente, debemos destacar que la atención no es fragmentada, acción que fue útil, cuando apremiaba priorizar: ejemplo EDA, PAI, Planificación Familiar. Ahora debe abordarse desde la promoción, prevención, atención biopsicosocial y rehabilitación en la atención del niño, o de la mujer, etc., lo que se llama la atención integral.

VI. LA RED DE SERVICIOS

En las instituciones públicas más importantes, MINSA e IPSS, existen puestos de salud, centros de salud sin internamiento, centros de salud con internamiento, hospitales locales y hospitales de referencia o regionales.

Se está en proceso de integración en red de servicios de salud. Existen seis características importantes de los servicios de una Red de Salud:

1. Que sea proporcional a las necesidades de la población
2. Que estén coordinadas
3. Se organicen con funciones definidas
4. Que cuenten con asignación de espacio poblacional
5. Que exista interrelación de los centros del primer nivel (puestos y centros) con el hospital.
6. Que existan interrelaciones con otros actores sociales, públicos o privados.

Debemos estudiar cómo se determina esta red, la red más importante es la Red Vial que no sólo implica caminos sino también rutas aéreas o terrestres disponibles, que pueden ser muy útiles en caso de emergencia en una zona que no cuente con la tecnología necesaria para resolverla, en este punto también resulta importante las vías de comunicación (por radio p.e). Esto es lo que tiene que ver con el ámbito socio espacial.

El área teórica de influencia tiene que estar bien definida, esas son las características más importantes

de una red de salud, fundamentalmente la distribución de estas redes que tienen que ver con los caminos y vías aéreas disponibles. Esta red no se basa en la distribución política territorial, una provincia no tiene que ser necesariamente una red, puede darse el caso que provincias de un departamento estén más relacionadas al departamento vecino que al suyo propio (caso Chiclayo Cajamarca). La distribución de la red resulta ser más funcional que relacionado a política territorial, relacionado también a los caminos por donde circula la gente, a lo que se denomina el "corredor social".

Estos modelos de salud están integrados por un modelo de gestión, un modelo de asistencia y un modelo de docencia e investigación. En este sentido los establecimientos de salud tienen que abarcar desde los estudiantes de enfermería, de medicina, personal de salud hasta los clientes externos. Por otro lado las instituciones docentes también tienen que tener responsabilidades en cuanto a compromiso en salud (universidades, institutos). El propósito es que la persona sea un agente de transformación social.

Por otro lado, la investigación resulta importante en la medida en que sus resultados den propuestas en el mejoramiento a la satisfacción de necesidades de la población, por esto la investigación tiene que ser operativa, que se dirija a la solución de un determinado problema.

VII. CONCEPCIÓN AMPLIA DE LA DIMENSIÓN PÚBLICA Y EL PAPEL DEL ESTADO

El concepto de público es normalmente asociado a la prioridad gubernamental. Esta visión es negativista, en la medida de que el gerente público está limitado de actuar para el bien público pues es considerado vulnerable a los caprichos políticos y dependiente de los propietarios, es decir de los políticos.

Es necesario asociar el concepto de público a los intereses sociales, a la clientela y al ciudadano: o sea por el papel que desempeña para el bien común.

Es preciso trabajar los cambios organizacionales con valores objetivos, actores, procesos, funciones, creencias, hábitos, coaliciones y concentrar la atención en los procesos de producción. Hay que recordar que el poder organizacional está distribuido desigualmente, existen recursos de poder en la autoridad del cargo, pero –sobre todo– en la capacidad humana, en el dominio tecnológico, en las formas democráticas de gestión, en la información actualizada, etc.

Debemos siempre recordar que hay que privilegiar el consenso y el punto de vista del usuario en el trabajo organizativo (opinión de la demanda).

Política neoliberal: En un régimen neoliberal, la oferta y la demanda significa que hay un libre mercado con redes paralelas en servicios privados y públicos. Sin embargo el usuario sale de esta red, llevándonos a una medicina de segunda clase para los que no tienen recursos y de primera clase para los que sí presentan estos recursos. Si esto ocurre, muchos pobres van directo a las clínicas, lo que significa que se endeudarán por préstamos, créditos, etc. Pero aún hoy en general, el rol del Estado es garantizar que estas personas reciban una adecuada atención de calidad.

El MINSA viene a ser la autoridad rectora nacional con sus funciones de gobierno que vendrían a ser de tipo normativas, reguladoras, asignadoras, supervisor de planteamientos estratégicos sectoriales, además de las direcciones de salud por departamentos. La propuesta es que exista una administración financiera separada de la función de gobierno. Esta administración financiera tendría una función compradora a través de una administración nacional de seguros y servicios de salud.

Por último tendría una función de producción de servicios o también demanda de prestación de servicios en donde se ubicaría a los hospitales y las redes de establecimientos de servicios de salud. Se dice que en el Perú habrían entre 120 a 150 redes en total.

El Estado daría el financiamiento para que se atienda a las personas más necesitadas de la población a cambio de una atención de calidad. Se sabe que estos establecimientos no atienden bien porque no se les dan los recursos necesarios, esto implica capacitación del personal, ya que los pacientes no sólo acuden para que se les resuelva su problema, sino esperando que exista también calidez en el trato entre las personas (relación médico - paciente).

Existen planteamientos de entidades internacionales como el Banco Mundial que mencionan que la salida a estos problemas es poner todo en función a la oferta y la demanda, pero para esto existen profesionales muy capacitados que pueden proponer reformas de acuerdo a nuestra realidad nacional que favorezcan a la mayoría de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. FRENK, Julio. «La nueva salud pública». En *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Ediciones OPS. Publicación científica N° 540, 1992.
2. MEDINA, J; MONTOYA, H y PONCE DE LEÓN, J. Servucción en el IPPS. 1998. Tesis PADE SALUD.
3. MEDINA, J; MINI, E y MORAN, A. Gestión en salud. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina-UNMSM Lima, 1997.
4. MINSA-CIUP. «Análisis de la demanda por servicios de salud». Rafael Cortez investigador principal. Lima, abril 1997.

5. MOTTA, Paulo Roberto. *Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de la salud*. OPS-OMS-KELLOGG 1996.
6. PAGANINI, J. *Atención integral materno infantil*. OMS-OPS 1996.

FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

Dr. Héctor Pereyra Zaldívar

I. SUPUESTOS BÁSICOS

Salud es diferente a Atención de Salud. Ahora nos referiremos al concepto de Salud, a las percepciones que existen alrededor de la salud y los factores relacionados a la Salud y Enfermedad de los individuos y las poblaciones. La organización del sistema de atención de la salud es algo muy diferente, se comprende como las instituciones que dan respuesta a las demandas individuales o colectivas para la prevención, recuperación o rehabilitación de la salud. como por ejemplo: MINSA, IPSS, Establecimientos de las FF.AA. y FF.PP., el sector privado, etc. Sólo nos vamos a referir muy tangencialmente a estos servicios. El objetivo de este tema es enfocar las concepciones, enfoques o modelos que están alrededor del concepto de salud y enfermedad..

Es posible conocer a los factores relacionados a la salud-enfermedad, porque hay una base científica para poder hacerlo. En este sentido, suponemos que la salud no debe ser entendida como fruto del azar, que muchas veces mencionamos cuando no podemos entender ni explicar algo. Tampoco se habla de fuerzas sobrenaturales que puedan actuar en la salud de las poblaciones. Nos vamos a detener en aquellos factores que es posible conocer, medir y que están relacionados a la salud enfermedad de la población.

II. CONCEPCIONES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Todos tenemos un punto de vista acerca de salud-enfermedad (suponemos que estas no son concepciones empíricas o existenciales) y cada punto de vista es un enfoque. Cuando un grupo importante de personas concuerda y tiene aspectos coincidentes respecto a un un tema relevante, a esto se le llama enfoque, un modelo, un punto de vista común o un paradigma, y es para nosotros lo que explica el por que de las cosas. Por eso cuando hablamos de salud, está actuando implícitamente en nuestros pensamientos y en nuestras acciones un enfoque, que tal vez compartamos con otras personas. Históricamente, dos son los grandes modelos o paradigmas para conceptuar la salud y los factores relacionados.

2.1. MODELO TRADICIONAL

Este modelo trata de entender el problema salud-enfermedad de las personas desde hace siglos. El énfasis que tiene este modelo es la “curación”. Es importante conocer la salud-enfermedad porque hay que curar, porque las enfermedades hacen daño o matan a las personas. Este enfoque es principalmente curativo, recuperativo y este enfoque es el que muchas veces, incluso en la actualidad, venimos recibiendo en la formación médica. El modelo puede ser resumido en el siguiente esquema:

Causa simple à Efecto simple

El enfoque es que “una causa tiene un efecto”, sin darle mayor importancia a los demás factores que podrían estar relacionados, pero que según este enfoque no tienen la importancia del denominado factor causal.

VARIANTES

Una primera variante es la “ambientalista”, en el entendido de que el ambiente es la causa de las enfermedades. Hipócrates es la primera persona que da este concepto y luego otras personas lo desarrollaron. El clima frío produce problemas respiratorios, el clima cálido produce problemas digestivos, los malos olores o miasmas causan otros problemas. Son los factores del ambiente los que causan

enfermedad, recordemos que Malaria viene de “mal aire” como si el mal aire fuera el que causara la enfermedad.

Hay una segunda variante, la “**Causal**” que surge con el descubrimiento de los agentes infecciosos con Pasteur, Koch, etc. en el que se descubre que los agentes infecciosos causan prácticamente la mayoría de enfermedades. Entonces el agente es el causante de la mayoría de las enfermedades.

Ahora, según la triada ecológica, los problemas de salud de las personas y las poblaciones están determinadas por tres factores:

- | | | |
|-----------------|--------|----------|
| a. El agente. | | |
| b. El huésped. | AGENTE | HUÉSPED |
| c. El ambiente. | | AMBIENTE |

Pero esta triada es engañosa, porque a fin de cuentas se basa en el modelo de causa simple-efecto simple. Así, prácticamente la flecha va de agente a huésped (agente -> huésped), donde el huésped es una víctima que tiene mayor o menor susceptibilidad al agente; y el ambiente figura allí como puente de una balanza, porque afecta la exposición del huésped al agente. Por tanto, los roles de ambiente y huésped son pasivos, lo que nos indica que el modelo básico de esta triada es CAUSA SIMPLE - EFECTO SIMPLE.

No debe ser olvidado que cuando un paciente entra a un consultorio, y el médico, después de evaluarlo y de diagnosticarlo, en el momento del tratamiento le indica un antibiótico, única y exclusivamente está actuando en base a este esquema y no se considera la posibilidad, por ejemplo, de que el paciente pueda sólo requerir de su sistema inmunitario para controlar la infección. Y es que en este modelo se le da una categoría demasiado importante al agente.

Robert Koch enunció una serie de postulados (los llamados “postulados de Koch”), donde para definir el estado de una enfermedad infecciosa era prácticamente imprescindible el aislamiento del agente infeccioso.

Posteriormente se intentó ampliar el concepto mencionando otros tales como los agentes químicos o físicos, o la dieta, etc; pero lamentablemente este enfoque no explica otros problemas de salud donde no es fácil determinar cuál es la causa: el cáncer puede ser dado como ejemplo, al igual que el asma o la diabetes, en las cuales han sido descubiertas características genéticas.

2.2. MODELO DEL “CAMPO DE LA SALUD”

En este modelo se considera una red compleja de factores, cuya presencia está relacionada con la presencia de salud o enfermedad. En este modelo no se habla entonces de “causa” sino de riesgo, como probabilidad de enfermar, la cual depende de los factores asociados a ella.

Estos factores pueden ser presentados en 4 grupos:

- **Biología humana:** incluye a los factores genéticos, herencia, maduración y envejecimiento.
- **El medio ambiente:** en sus distintas acepciones: ambiente físico, el psicológico, el ambiente fetal y el ambiente socio-cultural, porque para este modelo también son importantes los factores culturales. De este modo, constituyen factores importantes por ejemplo, el estrés frente a un examen, ya que si una persona está muy estresada tiene mayor probabilidad o riesgo de enfermar. Tiene que ver con el cariño paterno y materno en la casa, tiene que ver con la violencia doméstica. Es decir hay muchos factores tanto familiares, sociales, psicológicos, físicos que influyen en la salud de las personas.
- **Estilos de vida:** últimamente se le está dando mayor importancia. Son riesgos autogenerados, cada uno determina su propio riesgo ya que depende de cada uno. Si yo tengo un estilo de vida en el cual duermo mis 8 horas, tomo desayuno, tengo un adecuado ambiente familiar, el estilo de vida es adecuado para la salud. Pero, por el contrario, si se ingiere demasiado alcohol o se fuma, existe violencia en la casa, o se come demasiado y a deshoras, se está exponiendo a que unos años

después tenga un problema cardiovascular.

Esos riesgos, estos estilos de vida, son personales. Es cierto que la sociedad de alguna manera señala hasta cierto punto el camino, porque con la propaganda se induce a consumir, por ejemplo, alimentos tipo "chatarra", pero el riesgo es principalmente individual.

En los estilos de vida están comprendidos los riesgos ocupacionales, entendidos de esta manera porque cada tarea, cada ocupación, cada profesión tiene determinados riesgos. Así, es fácil comprender que el cirujano o el laboratorista tienen mucho más riesgo de infectarse de VIH porque su trabajo tiene que ver con sangre. Quien está en una fábrica o en una mina tiene mucho más riesgo por la inhalación de los factores contaminantes a los pulmones, dando como resultado que los mineros vivan poco tiempo, pues se enferman de Neumoconiosis o TBC.

También están considerados los riesgos de las actividades recreativas.

- **El sistema de atención de salud.** Está considerado como un grupo importante, este modelo enfatiza la manera como la sociedad se organiza para brindar atención de salud, es decir, si la sociedad se organiza a través de la institución salud pública para brindar bienestar a la población y a los individuos.

Qué pasaría si no hubiesen establecimientos de salud, cómo quedaría realmente la atención de salud, habría de esperar probablemente a los curanderos o a los chamanes. Entonces la organización de la atención de salud también es importante porque tiene un papel de cumplir en la prevención, curación y rehabilitación de los problemas de salud.

Estos son los 4 grupos de factores que forman parte del campo de salud, y el problema depende principalmente de cómo se organicen estos factores de salud, qué importancia tienen para tal o cual problema con la finalidad de prevenir.

Sería muy importante que se hiciera un estudio en el Perú para ver cuál es el peso que el Estado o la sociedad le brinda a cada uno de estos factores. Contamos con datos de EE.UU., que podrían reflejar en grado diverso lo que sucede en países occidentalizados. Se aprecia como pesaría cada uno de los factores para la salud-enfermedad: la biología humana estaría como 27%, el entorno ambiental, físico, social, psicológico tendría un 19% para la determinación de la salud-enfermedad, 43% de los problemas de salud que estarían determinados por los estilos de vida de una sociedad moderna, y el 11% deficiencias o problemas en el sistema de atención de salud.

Los recursos que se le asignan: mientras la biología humana tendría un 27% de peso para la determinación de los problemas de salud, los recursos que se le asignan no superan el 8%; al entorno ambiental, que tiene un peso importante de 19% se le asigna 1,6% de los recursos del Estado; los estilos de vida que tienen un peso de 43%, se le asigna 1,5% de los presupuestos o gastos, nada más.

Es decir, no hay una concordancia entre el peso que tienen estos factores para producir salud-enfermedad y los recursos que están asignados por la propia sociedad.

IV. LA PREVENCIÓN

Prevención es un término amplio, prevención quiere decir evitar algo o sea se previene evitando algún problema de salud. Es continuo porque hablamos de prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria, según el momento en que un problema de salud está desarrollándose y el momento en que podemos intervenir como equipo de salud.

Prevención es un término amplio que quiere decir evitar algo; se previene evitando algún problema en salud. La prevención es la base principal del enfoque moderno en el campo de la salud.

La prevención primaria se refiere a la promoción de la salud, la calidad de vida y evitar la enfermedad. Por ejemplo si hablamos de TBC la prevención primaria consistiría en:

- a) La administración de vacuna BCG.
- b) La alimentación.
- c) Tratar a los enfermos para que no diseminen la enfermedad.

La prevención secundaria significa evitar la progresión de la enfermedad, si no se pudo evitar con la prevención primaria, con la prevención secundaria estamos obligados a evitar que la enfermedad progrese y se complique. Si no podemos hacer nada para que una persona se proteja y no se enferme de diarrea, por ejemplo, porque no hemos podido actuar sobre la higiene personal, higiene de sus alimentos, porque esa persona no tiene letrinas o tal vez no tiene adecuados conocimientos en relación a cómo cuidar su salud. Si no hemos podido actuar ahí, y ya le dio diarrea, la prevención secundaria significa evitar que se complique la diarrea, evitar que progrese la enfermedad y se deshidrate la persona.

La prevención terciaria significa evitar las secuelas y evitar la muerte en el ejemplo de la diarrea y TBC. Si no hemos podido evitar que aparezca la enfermedad, con la prevención primaria y con la prevención secundaria no hemos actuado a tiempo o no ha venido a tiempo a la atención la persona enferma y ya se complicó; entonces lo único a hacer es evitar que se muera y/o evitar que queden secuelas. En la TBC será por ejemplo brindarle medidas de apoyo adecuadas, oxígeno, etc.; internarlo. Evitar la muerte y hacer que se rehabilite y que tenga las mejores potencialidades para seguir viviendo. Es decir no dejar que se muera lograr y que se rehabilite de la mejor manera y que sea útil a la sociedad.

Esto es entonces la progresión de la enfermedad y en qué momento actuar. Antes de que aparezca la enfermedad, la prevención primaria; cuando apareció, la prevención secundaria y cuando se está complicando y deja secuelas, incluso puede sobrevenir la muerte, prevención terciaria. TODO ESTO ES PREVENCIÓN.

V. RIESGO

RIESGO: Enfoque nuevo en el campo de la salud.

Es la probabilidad de adquirir un daño a la salud.

La probabilidad de enfermar. Implica la existencia de factores.

El riesgo se puede cuantificar. En base al cálculo de las probabilidades que tenga una persona o un grupo de personas para enfermar, podemos decir que estos son de alto riesgo, mediano o bajo riesgo, según los cálculos realizados de los factores para condicionar una enfermedad.

Factor de riesgo

Es una característica personal, familiar o ambiental cuya presencia incrementa la probabilidad de enfermar. En el ejemplo de la diarrea, si uno no tiene en cuenta el lavado de las manos antes de ingerir los alimentos, esto es un factor de riesgo; el no tener higiene personal es un factor para enfermar por diarrea. Esto no quiere decir que el que no se lava las manos de todas maneras va a tener diarrea, pero el que no se lava tiene más riesgo de tener diarrea.

En la TBC por ejemplo: un niño no vacunado tiene mayor riesgo a tener por ejemplo una meningitis tuberculosa.

El enfoque de riesgo es una manera de ver las cosas en salud pública. Si un grupo de personas tiene mayor riesgo de enfermedad que otras, se debe tener el criterio de EQUIDAD, o sea, orientar los recursos a la población de alto riesgo a enfermar o morir.

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Dr. Oswaldo Lazo Gonzales

Existen muchos enfoques para abordar el proceso salud-enfermedad; dos de estos elementos permiten hacer un abordaje con propiedad. Esto es, debido a que se corre el riesgo de caer en problemas epistemológicos. Se puede hablar por ejemplo sobre la definición dada por la OMS u otro organismo, o sobre la definición dada por algún investigador que defina salud de alguna forma especial.

Epistemológicamente es más complejo; cuando una realidad, cuando un objeto de conocimientos presenta un conjunto de complejidades, su abordaje no es fácil, se torna complejo. Podemos presentar la siguiente analogía: Si yo quisiese definir qué tengo en la mano (por ejemplo, un lapicero), describo sus características morfológicas, físicas y hasta fisicoquímicas; y de repente puedo dar con suficiente holgura cuenta de lo que estoy describiendo de manera simple. Pero cuando los problemas a abordar o los objetos abordados no tienen esta simplicidad, sino que son mucho más complejos, entonces las definiciones no son lo suficientemente sólidas para dar cuenta de este objeto. Entonces, tenemos que recurrir a un conjunto de otros instrumentos que de un modo u otro, intenten dar bases de interpretación a lo que tenemos. Si yo quisiese tomar un puñado de sal o si ya no quisiese un puñado sino una cucharada, tengo que tener una medida, la cuchara.

Si yo quiero tomar ya no una cuchara, sino unas partículas de azúcar, entonces ya la cuchara y la mano no me van a servir, voy a tener que recurrir a una pinza. Esta es una analogía un poco burda; pero uno va avanzando en complejidad, entonces mi objeto de estudios también ha tenido que avanzar en instrumentos que le permitan dar cuenta de esa complejidad en la analogía; en un caso primario, que me permita dar cuenta de esta complejidad, tomar un puñado; en el segundo usar la cuchara; y en el tercero, por la complejidad que requería tomar una partícula se tuvo que tomar un instrumento de mucho mayor precisión.

Entonces hay diferentes escuelas: una de ellas es “**La escuela de los modelos interpretativos**”. Un modelo básicamente es una representación mental. A estos modelos se los puede transferir a la realidad como esquemas, como maquetas, como diseños, pero siempre son representaciones mentales. Estas, primariamente buscan interpretar o crear, en base a algunas relaciones internas entre las diferentes condiciones que uno plantea a través del objeto, elementos suficientes para interpretar o intervenir en alguna medida. Generalmente, los modelos se dicen que son interpretativo-interventivos.

Es así, que no podemos dar una definición simplista de un problema tan complejo como es el proceso salud-enfermedad. Esto es porque partimos del supuesto de que el problema salud y enfermedad es un problema complejo. Pero no sólo es un problema complejo, sino que es un problema no estructurado.

Por ejemplo, lanzar un cohete de aquí a la luna es un problema bastante complejo, pero no es no estructurado. Aunque hay una gran cantidad de variables que influyan, todas se conocen, o de lo contrario no se podría lanzar el cohete. Esto puede ser muy complejo, pero se sabe exactamente qué hacer, son suficientemente claras las relaciones que existen entre unas y otras variables como para permitir que nuestra intención de mandar un cohete a la luna se realice.

Entonces, complejidad tiene que ver fundamentalmente con el conocimiento que se tiene del conjunto de variables intervinientes en un proceso. Y la estructuración tiene que ver con el conocimiento que se tiene de las relaciones que se desarrollan o interactúan entre estas variables.

En el caso de la salud la cosa es tanto compleja como no estructurada, porque no se sabe exactamente cuáles son las variables finalmente intervinientes en las condiciones de salud de la población. Hipotéticamente se conocen muchas y con una cierta base clínica se puede decir que algunas de ellas seguramente tienen bastante asidero. Pero seguramente también (y con el tiempo nos damos cuenta de esto) no conocemos el conjunto muy grande de otras tantas variables que sí intervienen en el proceso; y lo más grave aún, que además de ser complejo es totalmente no estructurado porque ni siquiera sabemos cómo se interrelacionan estas variables biológicas, psicológicas, ambientales, sociales, culturales, económicas, para dar un producto que se llame condición de salud.

Esta es la situación. Una forma de abordarla es mediante modelos. Paralelamente a ésta hay otra forma de abordaje que es complementaria no disyuntiva. Es el **“abordaje histórico del proceso”**.

Voy hacer un paréntesis, el primer abordaje, el abordaje de modelos se va a expresar en modelos interpretativos, y estos a su vez en categorías interpretativas, es decir, en función de qué categorías voy a interpretar la salud-enfermedad.

Pero hay otra forma de abordar el asunto y es el ver que se desarrolle el proceso con la historia, por lo tanto, son las formas, las aproximaciones conceptuales y también epistemológicas pero históricas de donde sería el ejemplo en cada marco de referencia histórica; en otras palabras, los modelos de interpretación no son modelos no históricos, son modelos que se construyen en la historia y que provienen de una forma de pensamiento que los hombres tienen en un periodo de la historia, una forma de preguntar por los grandes problemas de la ciencia, una forma de intuir sobre las grandes dificultades existentes, una forma de entender el conocimiento, una forma de responder las preguntas relevantes al ser, ese conjunto de elementos forma lo que los teóricos llamaban “la teoría de la historia de la ciencia”; y uno de ellos, creo que es el más importante de los últimos años.

Nos referimos a Thomas Kuhn, quien describe para este tipo de enfoque una categoría, que es la categoría del paradigma. Un Paradigma es un espacio de pensamientos de largo alcance, que se expresa en las formas como los hombres, se interrogan sobre ellos, o sea sobre sí mismos, y sobre sus relaciones con la naturaleza, pero no sólo es cómo se interroga sino cómo articulan métodos y organizan sus respuestas, hasta que llega un momento dado en que las formas de interrogación y los métodos para hallar las respuestas se hacen insuficientes para seguir dando respuestas más pertinentes de nuestra realidad, en ese caso, en ese momento el paradigma vigente, se destruye, se rompe y progresivamente, a partir del paradigma roto, se va construyendo uno nuevo. Entonces a la historia del conocimiento de los hombres uno podría delimitarla en grandes momentos.

Dos conceptos claves: de un lado básicamente epistemológico y de otro como un proceso que se ha ido construyendo en la historia, y para permitirnos esa visión vamos a atribuirles el concepto de paradigma, entendido como este horizonte cultural, donde hay uno que es la concepción del conocimiento normal y la ciencia normal. Por ejemplo el paradigma de la física, el paradigma tolemaico, donde la tierra era el centro del universo; ese paradigma entra en crisis cuando no es cierto. Y así podemos ver cómo se construye, cómo las respuestas y las preguntas son válidas para una trayectoria y ya no lo son para la siguiente.

PARADIGMA MAGICO-RELIGIOSO:

Descansa básicamente en una concepción Mágica - religiosa en el que las relaciones fundamentales que se dan entre los hombres y la naturaleza, son relaciones mediadas por fuerzas sobrehumanas. La

estructuración histórica de la mágico pasará a tener un contenido religioso, por eso es que hablamos indistintamente de paradigma mágico - religioso, o sea la significación que tiene la vida y la existencia de los hombres, tiene sentido y tiene como finalidad ultimar esta relación, o sea la existencia de fuerzas sobrehumanas.

Tiene ciertas características: primero, que el sentido básico del proceso salud-enfermedad se expresa como la relación entre hombres y fuerzas sobrehumanas (dioses u otras cosas), una segunda característica es la oncogenia, en el que la enfermedad es un ente en sí misma y existe fuera de los dogmas; la salud-enfermedad es adquirida fuera de los hombres, es justamente esa relación la que estuviese entre otras fuerzas (Por ejemplo Dios), entonces el hombre gana o pierde salud.

Es un paradigma que entiende a la salud como un proceso relacional, entre los hombres y Dios y no entre los hombres; generalmente estamos hablando de un paradigma de carácter social, en el que la salud y la enfermedad son entendidas como procesos sociales, generalmente es un pueblo que sufre las consecuencias de la enfermedad, de la ruptura de esa relación entre Dios y el hombre, y el castigo del pecado (la ruptura de relación con Dios) es castigo de condena a ti y a todas tus generaciones. Por ejemplo, en Edipo Rey, todo el pueblo sufre su pecado.

La salud es vista como un proceso vital porque forma parte de esa relación que existe con las fuerzas sobrenaturales. La salud es parte de una cosmovisión, de una forma de ver el mundo. Quien hace salud entonces es el sacerdote porque es el que está más cercano a esta relación (Dios-Hombre), es el mediador. Esta percepción lamentablemente aún persiste en nosotros, de diferentes formas, sobre todo en nuestra vida religiosa.

Entonces hay un conjunto de elementos de presencia, aspectos de representación de este paradigma, hoy día subsistentes, vivientes en nuestras formas culturales, en nuestros marcos conceptuales, al margen de que los expresemos teóricamente o no.

PARADIGMA HIPOCRÁTICO

Un paradigma que avanza sobre el primero, es el que se conoce en el mundo occidental como el paradigma HIPOCRÁTICO y obviamente como ustedes entenderan hace referencia a HIPÓCRATES. La existencia de HIPÓCRATES ha sido muy discutida: ¿Quién fue realmente? ¿fue una persona? ¿existió?

Se le atribuye un periodo de existencia que va más o menos, para algunos, hasta el siglo X, para otros hasta el V. Se le atribuye un lugar de nacimiento, lugar que queda al norte de Grecia llamado COS. Se sabe que hay toda una corriente de pensamiento que ilumina una práctica social de salud de esa época, pero por la cantidad de escritos, por la densidad y complejidad de los mismos, se presume que son más de una persona y que realmente fue de algún modo el maestro, el organizador de una escuela, entonces más que hablar de HIPÓCRATES vale hablar de los HIPOCRÁTICOS como una escuela que surgió en el contexto histórico básico de la Grecia clásica.

Bajo este mundo Griego la salud era percibida por el hombre como la expresión de la perfección, de armonía, de equilibrio. Era el siglo de la visión de armonía, en el que lo armónico es lo bello. La palabra "hermosa" no fue creada para la mujer, la palabra hermosa fue creada para lo que era armónico y lo que era armónico no era la mujer sino el hombre, es el reflejo de lo hermoso porque supuestamente es perfecto. La mujer expresa lo contrario: lo no armónico, lo imperfecto.

Entonces la enfermedad es la expresión de lo no armónico, la expresión del desequilibrio, de la imperfección. El que cae enfermo es imperfecto. La imperfección puede llegar hasta un grado tal en el que puede ser sancionada con la muerte, sabemos muy bien que para cierta cultura había un monte, el famoso monte Taijeto, desde el cual, a todos los que tenían algún tipo de discapacidad relevante los inmolaban. Entonces sólo con esa concepción de equilibrio y armonía es que se puede entender uno de los aspectos básicos de este nuevo paradigma.

Pero, ¿CUÁLES SON SUS CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES?

El mensaje clásico y fuerte, está entre las obras de HIPÓCRATES.

No debemos de seguir intentando explicar la salud y enfermedad de los hombres con los dioses. La

salud y la enfermedad de los hombres se debe a los hombres, de sus relaciones entre ellos y con la naturaleza. Es una concepción MINOTAURISTA lo que explica la PHYSIS. “Dejemos que los dioses expliquen los fenómenos que corresponden a los dioses, pero el proceso de salud y enfermedad de los hombres, es problema de los hombres”.

Como ven, esto es una revolución, es romper con el viejo paradigma y asumir que la relación básica es necesariamente terrenal. Entonces bajo esa concepción naturista hay que encontrar en la constitución de los polos, los problemas de salud o enfermedad.

Otro elemento fundamental que aporta la visión HIPOCRÁTICA es la visión de unidad de organismo, la unidad orgánica.

El hombre es un todo, es una integridad. Si tiene algún problema en alguna parte de su organismo, va seguramente a repercutir o va a ser expresión, causa o consecuencia de algún problema que puede estar en otro lado. Es una concepción SISTÉMICO RELACIONAL TEMPRANA.

Un elemento central es que desde temprano HIPÓCRATES descubre las relaciones que hay entre el organismo y su ambiente y es el primero en descubrir las relaciones en una serie de enfermedades por ejemplo ligadas entre hombres y el ambiente, enfermedades por carencias alimentarias, enfermedades por intoxicaciones, enfermedades ligadas a conductas, algunas al comportamiento, a profesiones, a artes.

Por primera vez se plantea la conceptualización de la categoría, es decir ya comienza a instalarse el nivel de la relación categorial de análisis, ya no sólo la concepción empírica de la relación HOMBRE-DIOSES, sino comienza a traducirse algunas categorías básicas que expresan una suerte de la epistemología básica y hay una expresión sensorial primaria que es la concepción HIPOCRÁTICA de la cual uno puede inductivamente colegir unas ciertas teorías.

Es decir, se sienta la base epistemológica de la inducción moderna con todas las limitaciones del caso, un discurso científico y como les mencionaba hace un momento, la expresión clara de esta concepción de perfección ligada a la armonía del equilibrio. ¿CUÁL SERÁ EL AGENTE BÁSICO DE ESTA CONCEPCIÓN? El agente es el médico artesano.

¿Ustedes saben cómo era el ejercicio médico en la Grecia? Eran grupos de artesanos. Los médicos de la vieja Grecia eran pequeños grupos, pequeñas escuelas, que iban de pueblo en pueblo ofreciendo sus productos. Habían muchas escuelas, la escuela hipocrática era una de las tantas escuelas, pero que luego hegemoniza y domina el pensamiento.

Un elemento que sí se centra fundamental y tempranamente en este paradigma, es lo que se conoce como la NOXA, que en la escuela HIPOCRÁTICA, en todo el CORPUS HIPOCRÁTICO, tiene un sentido, el conjunto de imágenes que todavía nos queda y lo van a escuchar a sus profesores de clínica como el conjunto de normas éticas en el comportamiento profesional y normal de los individuos.

Cerca de 5 ó 6 siglos después surge la gran imagen de GALENO que fue un griego nacido en PERGAMO, pero en plena influencia y dominio del Imperio Romano. Galeno se traslada a Roma y logra prestigio muy importante, es un médico de la corte.

Tiene la capacidad de poner en práctica muchos de los postulados HIPOCRÁTICOS y desarrollando un pensamiento normático, organiza toda una serie de normas y transforma en reglas y formas el pensamiento hipocrático. Gran parte del CORPUS GALÉNICO son formas de vida que buscan estandarizar el comportamiento de los hombres y conservándose normas que tienen que ver con los hábitos de alimentación, de vida cotidiana, de aseo y limpieza, de vida sexual. Evidentemente también Galeno avanza en un elemento que por entonces recién comenzaba a incursionar, era la investigación anatómica.

Él hace algunas investigaciones muy escasas en cuerpos humanos, pero fundamentalmente en animales, por las cuales la gran parte de sus concepciones anatómicas son profundamente erradas, porque responden a una anatomía que no es la nuestra, pero en todo caso fue un primer intento, importante de reconocer.

Fueron causantes de la estructuración, del anquilosamiento, del adormecimiento del pensamiento a

partir de lo trabajado por Hipócrates, ya todo estaba dicho, ya todo el conocimiento estaba realizado, lo único que había que hacer era ponerlo en marcha y lamentablemente, para bien o para mal, éste es el pensamiento que primaría durante la historia del próximo milenio, por eso es que se habla del famoso milenio GALÉNICO.

¿QUÉ ES LO QUE HACE? Patentiza lo que sería la nueva base del desarrollo sobre el proceso de enfermedad, organiza las bases del nuevo cambio.

El nuevo PARADIGMA descansa sobre dos elementos fundamentales:

- El Corpus Galeno: traducción galénica del pensamiento hipocrático.
- La visión teocéntrica impuesta con el dominio del cristianismo en el mundo occidental.

Buscar ser la articulación entre el pensamiento grecolatino o lo más rico del pensamiento periodístico basado en la investigación, en la base empírica, que luego sufre un adormecimiento transitorio de esa sobreestructuración que cayera más sobre el pensamiento, para luego intentar armonizar con la visión TEOCÉNTRICA que fue impuesta por el desarrollo cristiano del mundo OCCIDENTAL.

El contexto estructurado es la visión teocéntrica que está en el mundo europeo cuyas características son: Es una posición religiosa, es casi como volver, como algo que es nuevamente tan reaccionalmente negado por el dios de los cristianos.

¿QUÉ CARACTERIZA A LA ESCOLÁSTICA? que es una posición especulativa del pensamiento, no es un pensamiento basado en el conocimiento investigativo y la pregunta que surge en la problemática de la verdad no es el pensamiento que surge como respuesta a la construcción como un hecho problematizador de la verdad, no es un pensamiento que nace de la estructuración del pensar en sí mismo, es un pensamiento que responde al decir sobre ¿QUÉ ES ESTRUCTURACIÓN?

Las bases de su estructuración son conocimientos ya adquiridos, según el cual ya no hay nada más que descubrir, ya no hay nada más que analizar, lo único que cabe es interpretar.

Vimos ya hace un momento que el corpus de Galeno es la base normática, es un conjunto rígido de normas que buscan de algún modo atribuir, intrincar, hibridizar el pensamiento religioso; esa concepción TEOCRÁTICA con lo adquirido como producto del desarrollo galénico y a su vez el pensamiento HIPOCRÁTICO. Es básicamente un pensamiento deductivo.

Mientras que el periodo HIPOCRÁTICO fue fundamentalmente inductivista, el pensamiento que se instala con la ESCOLÁSTICA es un pensamiento deductivo, ya que no hay ninguna cosa más por conocer de la realidad, lo único que tenemos que hacer es interpretar el conocimiento. Obviamente la base es el Corpus Galénico, el agente por excelencia son los religiosos de las ordenes eclesiásticas y los monasterios vienen a ser los conductos de conocimiento clásico.

PARADIGMA MODERNO:

En el sentido filosófico de modernidad. Este paradigma fue lento en su proceso de construcción, fue un paradigma que tuvo que romper contra el poder, no sólo político sino también conceptual de cierto rigor de odio EPISTEMOLÓGICO, que traía el pensamiento escolástico; fue un proceso largo de construcción, además el poder político era muy fuerte, a quienes salían contra este paradigma (escolástico) les costaba la muerte.

Hay una obra francesa, "MADRE ORGULLOSA", que no es otra cosa que el nacimiento de la medicina desde la alquimia, luego comienza a surgir una nueva magia que ya no es falsa, que se basa en cosas de naturaleza que responde cosas cotidianas no era una magia esotérica inicial, era una magia abierta al conocimiento, a la investigación, a la crítica a la pregunta.

Un elemento definitorio para muchos en la fundación de este paradigma moderno es el surgimiento de la gnosis pura de la realidad. Saberno es una ciudad costera de Italia septentrional, lo que busca empezar el nacimiento de la escuela de Saberno es un poco la influencia de las escuelas de pensamiento vigentes, de algún modo la escuela de Saberno pasa a ser la confluencia del viejo pensamiento aristotélico.

En salud básicamente hipocrática, en el mundo árabe hay cosas que la historia de la medicina no

explica; mientras que el Corpus galénico y el pensamiento hipocrático sufrían el oscurantismo medieval en Europa Occidental, en la cultura árabe el ISLAMISMO emergente toma gran parte del conocimiento del mundo galénico-hipocrático y no solo no lo oscureció sino que lo potenció y los más grandes médicos y pensadores de la salud surgieron en ese momento del mundo árabe; la escuela de Saberno lo que busca es expresar, llega un sabio que viene de las entrañas de Europa, y llega otro sabio que viene del mundo árabe y los 3 confluyen y fundan esta escuela es el primer ciclo de la superación de la concepción normática, para de algún modo comenzar a instalarse una concepción que es fundamentalmente para el

pensamiento moderno que es la concepción.

El pensamiento crítico es para muchos equivalente a decir pensamiento moderno.

LA ILUSTRACIÓN: El pensamiento ilustrado es la base de pensamiento filosófico científico sobre la cual se sienta la Revolución Francesa y la reforma.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA RACIONALIDAD CIENTÍFICA

Es a partir de Descartes que se instala la racionalidad mecánica, la concepción de Racionalidad es uno de los estímulos de la concepción de modernidad. Entonces ya las explicaciones buscan tener una rigurosidad sistemática en construcción de lo que sería ya el pensamiento científico y decíamos, es un pensamiento crítico porque cuestiona todo lo anterior en el punto fundamental de ruptura con el paradigma anterior, es un pensamiento que te pone en capacidad de romper con lo ya establecido, con la verdad que era sagrada, que lo único que había que hacer era interpretarlo.

Es un pensamiento que progresivamente va teniendo esa concepción positivista de victoria y evolucionista, el conocimiento avanza con la investigación, es base del avance del conocimiento y a su vez el conocimiento basado en la investigación es la base de la mejora en las condiciones de vida.

Es sumamente individualista, recuerda que uno de los fenómenos ligados entre lo individual y colectivo de este proceso, habíamos visto que había visión colectiva en una concepción mágico religiosa, también en mucho, una visión individual colectiva mixta en el mundo hipocrático. En la escolástica lo que prima fundamentalmente es una visión individual que se refuerza grandemente a través de este nuevo paradigma, la concepción individualista viene de la relación a su vez individual y única entre el hombre y Dios.

Es un paradigma que descansa fundamentalmente en una concepción biologista ¿POR QUÉ EL PARADIGMA SE VUELVE BIOLOGISTA? ¿POR QUÉ LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD SE INICIA EN LA CONDICIÓN ANATÓMICA DEL CUERPO?

Como respuesta al cansancio del pensamiento especulativo deductivo, surge el otro extremo que era la posición objetivista (objetivo positivo).

CATEGORÍAS DE INTERPRETACIÓN

Entonces si yo quiero tomar una partícula de azúcar, como decíamos en el ejemplo, voy a recurrir a una pinza, yo sé que también hay otro elemento igualmente muy valioso que es el microscopio, pero no me va a permitir agarrar, me va a permitir observar mejor yo no voy a usar cualquier instrumento, sino que voy a construir un instrumento de acuerdo a las categorías que me va a permitir manipular el objeto como quiero, en este caso quiero agarrarlo. Quizás cuando yo construyo un modelo interpretativo y de intervención tengo que definir qué categorías me van a permitir manipular el objeto en el sentido que yo quiero para poderlo interpretar. A estas hemos llamado categorías de interpretación y son básicamente 3 grandes categorías.

- Una categoría de interpretación del proceso de la causalidad: las causas son una de las grandes preguntas que se hace el hombre frente a la salud-enfermedad y sobre tal se ha escrito muchísimo a través de la historia y se sigue escribiendo, es una de las grandes preocupaciones por el mundo de la epidemia moderna, hay inscripciones teóricas y empíricas desde las simplemente exquisitas hasta aquellas que ya comienzan a tener explicaciones teóricas analíticas.

Un cambio mas o menos marcado de las concepciones respecto de las causas que están a la base del proceso de salud y enfermedad desde una visión causalista autogénica, los cuales están por fuera de los hombres y en la que era cierta causa o cierto elemento el que determinaba que el hombre enfermase o sanase, hasta lo que es hoy día las teorías de los complejos causales que tienen múltiples elementos de por medio.

- Otro eje de interpretación respecto de la salud y enfermedad es que se da como un fenómeno individual o colectivo, y también a lo largo de la historia las características de interpretación han ido variando desde una acción colectivista, social, racional, hasta visiones individualistas iniciales mas

concretas y más claras con expresiones más completas en los últimos paradigmas.

- Otro eje de interpretación si hablamos de salud-enfermedad es lo que es normal y anormal o patológico.

Estos tres ejes fundamentales permiten hacer una interpretación de las diferentes concepciones sobre salud y enfermedad, no hay una, sino múltiples, no hay un concepto que por sí dé cuenta de la complejidad de este proceso, lo que hay son marcos interpretativos, modelos diferentes y múltiples que intentan dar con instrumentos más o menos afinados a esa realidad, dar cuenta de este proceso que se llama salud enfermedad.

Si se quiere ver la causa, básicamente monocausa como un problema individual de corte biológico aceptado en una condición sustancial biológica del individuo donde la anormalidad o normalidad están definidas como estándares previamente establecidos hasta quienes tienen estándares totalmente diferentes. De ese conjunto de interpretación se da una polémica final del mundo que es la salud como fenómeno biológico o como fenómeno social que ha sido y seguirá siendo por mucho tiempo una discusión importante. Hay quienes afirman que la salud es un fenómeno exclusivamente biológico y que en muchos casos encuentran cada vez más asideros en el conocimiento científico moderno.

Por ejemplo hoy se habla mucho de la biopsiquiatría supuestamente en conjunto de elementos de lo que eran las dimensiones psicológicas del hombre, hoy día encuentro explicaciones más biológicas y psicológicas o mejor dicho las expresiones psicológicas tendrían fundamentos basándose en hechos fisiológicos y en una serie de mediadores químicos, etc.

Por otro lado, hay una tendencia muy fuerte desarrollada sobre todo en algunos lugares de Europa y en los países de América Latina a ver lo biológico como una estadística básica, desdeñar lo biológico; pero los fenómenos fundamentales y que determinaban los fenómenos de salud y enfermedad no eran los biológicos sino los sociales, entonces la concepción estaba impregnada de una visión materialista dialéctica, lo social como superación idealista de lo biológico.

La salud es un producto social, lo biológico no es sino una expresión al interior, lo que cuenta son las determinantes históricas y sociales de los procesos de salud y enfermedad, lo biológico se consume, es parte integrante pero subordinado del proceso complejo. Hay una tercera escuela que preliminarmente trabaja lo que las interacciones de lo biológico y social que parte de reconocer ciertos niveles de autonomía de lo biológico y autonomía de lo social pero que en muchos casos podría ser desconocido y algunas pruebas e investigaciones que se vienen haciendo en este campo con resultados significativos.

Si uno de los miembros de una pareja muere, el otro muere de amor; se nota una caída brusca de su sistema inmunológico; muere de mil cosas que no se explica. El fenómeno social o psicosocial se expresa en lo biológico, entonces las interrelaciones no se conocen todavía; como ven, las complejidades en los procesos de salud y enfermedad en que estamos metidos son bastantes.

METODOLOGÍA DE TRABAJO DE COMUNIDAD

Dra. Elsy Haydeé Miní Díaz

I. DIAGNÓSTICO

Este es un tema muy importante, y a la vez creo fascinante y actual en la medida en que todos aquellos que intentamos trabajar con gerencia moderna tenemos que trabajar no solamente, haciendo síntesis entre lo que es tradicional y lo moderno, no sólo en lo que se refiere a uso de una serie de metodologías de avance, sino también integrar una serie de elementos que nos sirven para analizar, comprender y estudiar conjuntamente las poblaciones, lo que realmente es.

En este sentido nosotros vamos a ver que para trabajar con comunidad nosotros necesitamos hacer un diagnóstico adecuado de las poblaciones. En segundo lugar hay que elaborar las necesidades de las poblaciones tal como nosotros queremos trabajar, y aquí tenemos que estudiar no solamente las necesidades que nosotros como técnicos, como profesionales, como estudiantes vemos y observamos sino lo que siente la población, es decir lo que percibe, sus creencias, sus mitos, todo es sumamente importante.

DIAGNÓSTICO EN COMUNIDAD

Vamos a ver una serie de aspectos:

En primer lugar tenemos a los **aspectos demográficos**. Cuando nosotros queremos revisar un tema en un proceso de investigación o en otros usos, necesitamos conocer la realidad del tema, conocer la realidad de la población, y para ello entonces necesitamos aspectos como se dice macro y esto significa entonces estudios sociales, los cuales nos puedan brindar una serie de indicadores, no solamente positivos y negativos, como se decía antes, sino indicadores de desarrollo.

Esto por ejemplo tiene que ver con tasas de mortalidad infantil, materna o con tasas de fecundidad, tiene que ver con aspectos de natalidad; todos aquellos indicadores demográficos que nos ayuden a trabajar en una comunidad, en una realidad de un país en general o de una población en concreto. Cuando nosotros tenemos que trabajar, tenemos que ver qué población hay en esa comunidad: ¿cuántos niños hay? ¿cuántas mujeres gestantes hay? ¿cuántos adultos hay?

De igual manera tenemos que ver los **aspectos culturales**, ya que a veces olvidamos que la población que está en la zona urbana es población que ha migrado de provincia, y tiene características especiales, nutricionales, respectivos mitos, costumbres, creencias que deben ser conocidas y respetadas.

Es sumamente importante conocer los **aspectos religiosos**, ya que hay ciertas religiones que no aceptan las transfusiones sanguíneas. De igual manera es importante conocer sus costumbres.

La iglesia tiene un rol importante en el tema de la vasectomía o ligadura de trompas, la iglesia no acepta los anticonceptivos modernos y con la iglesia un porcentaje de la población, con el conocimiento de esto se llegará a una mejor capacitación educativa en la comunidad.

De igual manera nos interesa el **aspecto social**, no será igual trabajar con una comunidad de un pueblo joven que con una zona residencial. Esto también tiene que ver con niveles educativos, será diferente si una mujer gestantesin instrucción tiene control prenatal, que una mujer con nivel de instrucción secundaria o superior, una mujer de escasos recursos tiene más posibilidades de enfermar y morir debido a su desnutrición.

Dentro de lo social se incluye la violencia familiar, este es un punto muy importante, se relaciona con las pandillas juveniles, la prostitución y la delincuencia.

Toda población, toda comunidad, todo país tiene niveles organizativos ya sea formales o informales, nosotros tenemos que ver como una determinada comunidad está organizada. Probablemente si hay una organización puede haber una junta directiva con su respectivo dirigente, presidente, secretario, depende de la organización propia de cada comunidad, puede haber vaso de leche, comedores populares, organizaciones juveniles, club de madres, clubes deportivos, pero muchas veces estas organizaciones no tienen el apoyo de toda la comunidad, nosotros tenemos que conocer estos aspectos de la comunidad para poder trabajar y coordinar mejor.

Los **aspectos ecológicos**, muy en boga, es importante tenerlos en cuenta, a veces se hacen campañas de reforestación, contra la tala.

II. ELABORACIÓN DE NECESIDADES SENTIDAS Y OBSERVADAS

Creo que en los aspectos de salud nosotros nos cerramos. Somos médicos, entonces solamente vemos aspectos de salud. Por ejemplo vemos si la comunidad sufre de parasitosis, tuberculosis o ETS y al dirigirnos a la comunidad a tratar dichos problemas nos damos cuenta de que sus problemas son otros, por ejemplo la falta de agua, desagüe o luz. Nosotros tenemos otra percepción de sus problemas, tenemos que establecer una interrelación dinámica con la población para saber sus verdaderas dificultades.

Es muy importante tener en cuenta a las autoridades, ya sea de un distrito, caserío o una provincia, debido a que con estas personas sería más fácil llegar a la población y poder tener una mayor coordinación en un plan de trabajo. De igual manera trabajar con la ONG y el MINSA y a través de una serie de intervenciones vamos a poder cambiar, ya sea a corto o largo plazo, pero siempre buscando las formas más viables.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Puede ser:

- Durante todo el proceso
- Sólo en la ejecución
- Participación en la evaluación final

La participación social es el proceso clave, es decir, la incorporación del personal de salud con las autoridades de la comunidad. En segundo lugar hay casos en los cuales solamente se da la participación en el momento de ejecución, es decir, los técnicos, los profesionales, realizan el proyecto, los programas y solamente conversan con la población en el momento de la ejecución, esto los hace sentir como mano de obra barata, utilizan a la gente para llenar formularios, como por ejemplo cuando hay campañas de letrización, simplemente para que construyan letrinas, no han visto si realmente las necesitan o no.

La idea entonces es que la participación se dé durante todo el proceso, desde el diagnóstico, identificación de necesidades, la planificación y la ejecución, después viene la opinión de la comunidad, denominados gente activa.

De igual manera desde el punto de vista de salud en los perfiles epidemiológicos predominan básicamente las enfermedades infectocontagiosas; sin embargo estos perfiles han cambiado, entonces tenemos superposición de diferentes enfermedades, tenemos enfermedades que eran de los países desarrollados, como son las enfermedades cardiovasculares.

Además de determinar las necesidades de la población, es sumamente importante identificar los diferentes factores sociales, su dimensionalidad y su fuerza, es decir, los recursos que controlan. Entonces se debe saber que estos diferentes factores sociales van a ejercer un tipo de poder, formal o informal (que muchas veces es el poder más utilizado), pero este último poder puede ser utilizado para bien o ser utilizado para manipular a la población, ya sea por lo que los dirigentes quieren y no lo que las masas necesitan. Los dirigentes muchas veces pueden no responder a las necesidades concretas de su población. Es importante que nosotros percibamos las necesidades de la población y no cerrarnos simplemente con un grupo, nosotros tenemos que detectar todos estos aspectos de los diferentes factores sociales.

Uno de los mecanismos que tenemos para ver la participación social, es a través de la formación de individuos complejos, por ejemplo la formación de promotores de salud una estrategia de mucho uso en lo que es la atención primaria de salud. Después vino la atención primaria relativa, lo que en muchos lugares hacemos debido a que la gente tenía mucha mística y no hubo un proceso de continuidad. De igual manera a través de organizaciones grupales o a través de planificaciones como son los comités de salud o los botiquines comunales y en algunas otras persisten efectivamente promotores de salud. De igual manera pueden ser también a nivel temporal, es decir cuando la participación es más permanente a otra participación en cuanto se refiere a campañas.

FACTORES QUE FACILITAN O DIFICULTAN LA PARTICIPACION

- Vivencias de necesidades sentidas. Cuando en una población se tiene en cuenta lo que ella quiere, lo que realmente quiere, entonces la comunidad crecerá.
- La desconfianza mutua.
- Desconocimiento de la realidad, falta de comunicación e información, a veces hablamos en difícil, hablamos mucho lenguaje técnico que la gente no entiende, nos gusta hablar palabras biomédicas y entonces cuando la gente menos nos entiende, más contentos nos sentimos. Luego el nivel económico, la gente a veces no tiene ni qué comer y menos van a tener tiempo para escucharnos.
- La topografía del medio, es decir, hay zonas que son sumamente difíciles en lo que se refiere a vías geográficas o aquellas zonas de intensa lluvia. Por ejemplo vemos como el fenómeno «El Niño» influye negativamente en lo que se refiere a salud.

En base a la existencia de necesidades prioritarias se hacen programas para los cuales es necesario ver su factibilidad.

- De igual manera, la falta de motivación, ya que si a alguien no le gusta trabajar, no lo hará por más

que tenga tiempo. Paulo Freyre escribió *Pedagogía del optimismo*, en el que nos habla de 2 tipos de pedagogía, una que es la pedagogía bancaria en la cual el estudiante o el poblador actúa de una manera pasiva, sumisa, y otra en la que se propone más bien la educación con un enfoque problematizador y es lo que uno tiene que hacer cuando trabaja en comunidad, cuando quiere interceptar nuevos conceptos.

PEDAGOGÍA DE LA PROBLEMATIZACIÓN

Cuando hablamos de la pedagogía de la problematización, Paulo Freyre establece momentos:

En primer lugar observación de la realidad en expresión de sus propias percepciones.

En segundo lugar que la propia población priorice sus problemas y busque sus causas. El por qué de los problemas permite una mejor comprensión, no solamente se detecta el problema, sino también preguntar el por qué del problema. Esto nos va a dar la posibilidad de conocer las causas y el árbol del problema. Esto nos va a permitir entonces una riqueza y crecimiento mental a partir de esta nueva forma de priorización.

Otro momento a partir de la pedagogía de la problematización será la formulación de hipótesis y así esto va a permitir la originalidad y creatividad. Cuando uno trabaja hipótesis de investigación sabe algo así como el hilo conductor, de igual manera al trabajar en comunidad hay que saber la hipótesis y también generar ésta en las personas, que ellos también piensen cómo sería, cuáles serían las posibilidades de encontrar. Después ruptura con mitos y creencias, de igual manera esto influye en la información, informar adecuadamente entonces habrá intercambio no solamente de conocimientos, si no de actitudes o de comportamiento.

De igual manera el grupo va a tener la posibilidad de confrontar lo ideal con lo real y aprender de la realidad. Al aprender de la realidad uno podrá contribuir con un aporte personal y colectivo para la formación, que es lo más importante. En la práctica la determinación de las soluciones tienen que ser viables y aplicadas. Una vez que se hace todo este ejercicio de problematización recién podríamos hacer una generalización de lo aprendido y esto requiere destreza, dominio y competencia en la solución de problemas.

Haciendo una síntesis, entonces nosotros decíamos conocer las características de la problemática, establecer indicadores; además, cómo establecemos fuentes indicadoras de información, fuentes estadísticas geográficas testimoniales, etc. Una cosa importante es que la identificación del problema tiene que estar en relación con el punto de vista del problema.

III. PLANIFICACIÓN

Planificar es pensar antes de actuar, si nosotros tuviéramos en nuestro diario cotidiano planificar las cosas creo que el mundo sería diferente. La planificación precede y preside a la acción. La planificación es parte de la administración estratégica donde la primera parte tiene que ver con sistemas de información diagnóstico de recursos, con la identificación del problema, factores sociales y todo eso viene a ser problemático y análisis de situación. Y luego la segunda parte de la planificación que viene a ser establecimiento de prioridades y objetivos. Luego viene el proceso de programación que se sustenta generalmente en el plan operativo, que es una matriz donde se establecen las prioridades que uno ha de determinar y luego el proceso de gerencia que tiene que ver entonces con supervisión monitoreada y evaluación.

Nosotros estamos trabajando todos estos aspectos que son salud comunitaria, donde nos interesa la salud local, de la interrelación de los diferentes factores sociales surge el bienestar comunitario a través de la participación social de las organizaciones comunales de base. Y de igual manera hay que relacionarlo con las políticas, acciones sociales y la fundamental será la nueva forma de relación entre el estado y la sociedad civil. Todo esto es parte de la reforma, lo que ahora se necesita es que haya organización que se administre de diferentes maneras y a la vez constituya un proceso integral y educativo.

IV. EJECUCIÓN

La ejecución es la realización de lo planificado, lo cual puede realizarse con la participación de la

población, de sus grupos organizados o compartiendo con los técnicos y asesores. Como decíamos desde el inicio muchas veces simplemente se utiliza a la población en este proceso, puede haber entonces un rechazo de la población por sentirse utilizada.

V. EVALUACIÓN

Proceso dinámico y permanente, debe realizarse antes, durante y después de la ejecución. Antes el criterio que se tenía de evaluación era hacerla al final. De igual manera nos interesa establecer indicadores de estructura, de proceso, de resultados y de impacto. Sirve para hacer los correctivos necesarios durante el desarrollo de trabajo y durante este proceso se pueden presentar nuevos problemas y se debe estar capacitado para poder resolverlos. El objetivo de la evaluación es prácticamente asegurar la calidad del producto o del servicio, entonces en ese sentido calidad es la medida en la cual ésta satisface las exigencias del cliente, el grado de respuesta del proyecto a la satisfacción del cliente, la conformidad de la realización con el proyecto.

La evaluación es sumamente importante porque tenemos que tener en cuenta que es un proceso en el cual se tiene que ver cómo un instrumento operacional hace posible ajustes sobre la marcha de los componentes necesarios y va a permitir planificar nuevas acciones en base a información, datos relevantes y en su análisis crítico. No se trata entonces de un ejercicio académico, sino de un instrumento, una fuerte sistemática de información tanto cuantitativa como cualitativa. Además es un mecanismo en el cual se cambian estrategias, procedimientos e instrumentos que se utilizan para tomar decisiones oportunas, pertinentes y relevantes, y que generan un valor agregado en materia del conocimiento del área de la capacitación.

NIVELES DE EVALUACIÓN

Vamos a ver que hay cuatro niveles de evaluación:

- 1) El nivel de reacción en el cual hay una pregunta clave: si los participantes están o no satisfechos, que creo que es un aspecto fundamental en la medida en que se hacen programas, proyectos y al final no se evalúan, no sabemos si realmente se cumplieron o no los objetivos, si hubieron o no resultados, o qué problemas se tuvieron. Es importante conocer la opinión de los participantes
- 2) El nivel de aprendizaje ¿cuánto has aprendido?, es decir el aprendizaje supone que todo proceso sea de capacitación o de investigación donde se trabaja con la comunidad, tiene que pasarse de un antes a un después. Ejemplo: un pre-test antes de iniciar el curso y un post-test al final del curso, se supone que han aprendido habilidades, destrezas o cambios de actitudes y comportamientos
- 3) El nivel de aplicación, es decir, utilizar lo que aprendieron, que es un nivel más alto, no solamente tener conocimientos sino saber ponerlos en práctica.
- 4) Niveles de los resultados ¿se obtuvieron o no resultados?, siempre hay resultados sean positivos o negativos.

TIPOS DE EVALUACIÓN

Existen tres tipos:

- 1) La **evaluación diagnóstica** que nos va a permitir ver la determinación de un proyecto, de un programa de igual manera obtener los insumos para definirlo. Se aplica antes de la formulación de un programa
- 2) La **formativa o de monitoreo** en la cual se utiliza información para nosotros poder mejorar el progreso.
- 3) La **evaluación sumativa o de impacto** que nos va a permitir mediar los resultados de la capacitación, de los cambios que hemos logrado en el desempeño de un trabajo determinado o de una capacitación, de una labor educacional en población y de igual manera evaluar la relación entre las inversiones (costo) y beneficio, esta evaluación se hace después de finalizar un programa.

En cada uno de estos procesos se hacen interacciones determinadas y luego durante la implementación del programa, se toman decisiones intermedias y después, la decisión final o

replanteamiento de decisiones al término de la evaluación programa. Después sigue el circuito como una especie de feed-back o de retroalimentación permanente para los procesos de evaluación.

¿Cuáles son los pasos para procesar datos?

Es parte de la evaluación tener en cuenta los aspectos de la información como son:

- Establecer un sistema de codificación de indicadores tanto cualitativos como cuantitativos.
- Preparar una matriz de intensificadores.
- Obtener un análisis descriptivo de cada indicador, es decir hay que detectar combinaciones.
- Determinar la significancia de los efectos, de los datos.
- Estimar la magnitud del impacto en los diferentes indicadores.

En lo que se refiere a la recolección de información destaca:

- Identificar las estrategias o situaciones en las que se recogerá la información de instrumentos confiables.
- Seleccionar las fuentes de información y a los responsables e implicados.
- Prever los sesgos potenciales que pueden surgir.
- Establecer el tiempo de la implementación de la evaluación.

Algunas implicancias como:

- Preparar el mapa de estrategias relacionándolo con los instrumentos seleccionados y la fuente de información de igual manera, previa a la utilización de los instrumentos, es recomendable comunicar su aplicación a los implicados y obtener su aceptación, es decir, tenemos que hacer una prueba piloto.
- Definir obstáculos, limitaciones y riesgos que puedan ocurrir y programar un cronograma de actividades de recolección de datos.

¿Qué fuentes posibles de información tenemos si queremos evaluar, por ejemplo, los deseos y necesidades de los clientes?

Podríamos tener una información sobre quejas de los clientes, retrasos de garantías, comentario de los empleados, encuestas o entrevistas con los clientes que pueden ser grupos locales o comités de asesores, necesidad del cliente, observación y estrategias.

INGERENCIAS PARA INTERPRETAR DATOS

Revisando las interrogantes que guiaron el criterio en la recolección de la información, tenemos que a través del análisis de datos cualitativos, hacer una descripción breve de la significancia en base al análisis del contenido y de los datos cuantitativos, análisis de frecuencias, media, modo y luego establecer primeras interpretaciones, con las hipótesis y verificar si los resultados responden a los objetivos y a la hipótesis.

Cuando uno trabaja con evaluación tiene que establecer indicadores y decir que tales indicadores son variables que van a facilitar la determinación de las modificaciones y a la vez, es un patrón de lo que queremos medir con instrumentos de evaluación que permiten medir los procesos, los avances, los logros de una institución y a la vez el establecimiento de acciones correctas.

Los estándares vienen a ser valores que adquiere el licitador y que actúan como límite entre lo aceptable y lo inaceptable, cuando uno trabaja con todos estos procesos tiene que pensar como Bill Gates, quien dice ¿Qué significa utilización estratégica? y se refiere a los sistemas de información.

Los sistemas de información sirven para la toma de decisiones gerenciales y estos sistemas tienen que tener una utilización estratégica de los sistemas de información porque dice Bill Gates que en el futuro sólo habrán dos tipos de empresas: aquellas que utilizarán estratégicamente la tecnología de la información y aquellas que estarán fuera de ella. De ahí la importancia de que nosotros trabajemos sobre los aspectos de la información y que todo tiene que redundar en calidad de vida y en calidad de salud.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Dr. Julio Medina V.

Vamos a ver ciertas técnicas cuantitativas más comunes que son:

La programación nos lleva a tener en cuenta el diseño de un plan operativo.

En resumen, debemos tener un plan operativo.

Entonces cada actividad va a tener un responsable, o sea hay que hacer una asignación de responsables por cada actividad del plan operativo.

La Programación. Sería un resumen, el diseñar las estrategias y hacer la programación de las actividades, esto serían los objetivos de lo que es programación.

El curso abarca programación y planificación en Salud Comunitaria, más adelante Uds. llevarán un curso en el cual desarrollarán el tercer componente, que le llamamos Gerencia. Dentro de este tercer componente se vería lo relacionado a Ejecución del Plan de Trabajo (ejecución, control, evaluación). Este componente serviría más para solucionar problemas que para fiscalizar, que es como se piensa (control).

La otra parte importante es la evaluación y el ajuste del plan. Es decir ya no sólo hay monitoreo sino una evaluación a mitad del año (habrá una evaluación del impacto profesional).

MOMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La Planificación Estratégica tiene solamente 6 momentos. Según la distancia al objeto que vamos a observar, tenemos una mayor globalidad o tenemos una mayor especificidad. Entonces nosotros en la planificación vamos a tener en cuenta como si viniéramos en un avión y de lejos viéramos la ciudad de Lima (esto es la globalidad), vemos que es lo que está pasando, cómo está el clima, si es que hay sol, etc.

Esto sería a una distancia del objeto, pero cuando el avión baja, yo puedo estar mirando lo específico (por ejm. esto que parecía un grupo de casas bien presentables, cuando lo veo más cerca observo que está malogrado en algunas partes, hay problemas de infraestructura o el caño de agua no funciona, etc.).

Entonces hay dos momentos, lo global y lo específico, según la distancia a que estemos del objeto y para ello nosotros tenemos que el primer momento de la planificación es el **análisis de la situación** (esto es lo que ocurre, lo que hay, por eso muchos le dicen el SER). El análisis de la situación es un momento de la planificación. Cuando uno quiere seguir profundizando este SER o este VER de la REALIDAD, hace la llamada **investigación del problema**, ése es el segundo momento.

Si nosotros decimos esto ocurre, pero decimos ¿cómo debe ser? pasamos entonces al tercer momento. Entonces sí nosotros decimos cuál es la visión del Ministerio de Salud (**Identificación de la visión**). La visión es lo que dijera alguien: ¿qué es lo que quiero que ocurra dentro de 5 años con los servicios de salud?, veo a lo largo cómo van los servicios de salud, no pueden seguir así, tienen que cambiar y como estos cambios no se dan muy rápido uno tiene que tener un horizonte más largo (el así debe ser).

El cuarto momento ya es más específico que lo global. Lo global entonces es la visión y la ambición. Y después cuando yo hago mayor especificidad hago mi **DISEÑO DE PROYECTO**. Entonces luego del debe ser, yo digo ASÍ DEBE SER, de esta manera ya no sólo es mi horizonte sino es algo más concreto.

Luego nosotros tenemos que ver si esto que queremos cambiar es posible de realizar y entonces entramos al quinto momento, que entra en lo que ¿podría ser? y este se resume en lo que se llama **CONDUCCIÓN DE VIABILIDAD**, o sea es viable o no es viable nuestro proyecto. Y para esto hay varias preguntas:

- ¿Existe la viabilidad o factibilidad?
- ¿Hay apoyo político?
- ¿Hay posibilidades oportunas o no hay amenazas en el entorno?

Esto lo ve la planificación.

Y el sexto momento es el **PROBLEMA OPERACIONAL**. Entonces aquí de manera concreta, luego de hacer este análisis de viabilidad, digo recién ESTO VOY A HACER.

Pero la identificación de los problemas se da sobre el recojo de LA OPINIÓN DE LA DEMANDA, no va a ser desde mi punto de vista, desde el punto de la oferta de servicios de salud; es decir, si a cada población que tengo lo que le falta son vacunas, entonces voy y los vacuno, YO CREO que lo que le falta a la población son acciones de atención de la neumonía, entonces voy y toco las puertas de las casas para educar en neumonía, etc., siempre pensando desde la oferta.

Pero cuando uno quiere identificar los problemas nos interesa recoger el punto de vista definido de la población afectada y hay muchas maneras de tener en cuenta las opiniones, ya sea por encuestas individuales o ya sea porque nosotros masivamente vamos a una urbanización, una escuela, una fábrica, un centro de vecindad, puede ser una residencia, vamos por ejemplo al edificio "X" y preguntamos qué problema de salud tienen para ver si podemos nosotros solucionarlo.

Para esto en salud nosotros nos ayudamos con los llamados INDICADORES de la INFORMACIÓN.

Ejemplo de indicador es la esperanza de vida al nacer, es un indicador positivo. Pero también hay indicadores negativos, por ejemplo la tasa de mortalidad infantil, tasas de morbilidad, etc.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Entonces hay que ubicar las características de esta problemática con estos indicadores o con la información. Para la información tenemos una serie de fuentes para ubicar las características de la problemática, pueden ser FUENTES ESTADÍSTICAS, por ejemplo vamos donde una población y vemos todas sus estadísticas de todo el año 1997, vemos sus indicadores de salud y tienen que las esperanzas de vida al nacer en su área es de 70 años por ejemplo.

Pero también puede ser que donde vayamos a trabajar resulta que ya fueron otras promociones de San Marcos, otras universidades; entonces hay un informe en el Servicio de Salud, que llamamos FUENTE BIBLIOGRÁFICA, entonces este informe que nos ha precedido nosotros lo podemos leer y nos enteramos así de las características de la problemática de dicha población o comunidad.

¿Cómo ubicamos también la problemática?, a través de TESTIMONIOS, entonces conversamos, ¿quién nos puede dar información valiosa acá de nuestros pacientes, de nuestros usuarios del servicio de salud?, Ah!! Esta persona es un dirigente del Servicio de Salud, entonces lo buscamos y le pedimos su testimonio. Se le entrevista y recogemos esa opinión. Es la manera como debemos de abordar el análisis de la problemática, con una serie de fuentes estadísticas, bibliográficas, testimoniales o también a través de recursos humanos especializados como cuando nos interesan datos demográficos, entonces vamos al Instituto nacional de Estadística que tiene sus estadistas, personas que a nivel del país se han especializado en estadística y demografía y nos ayudan dándonos información.

Recogemos la problemática también a través de ENTREVISTAS para la población y de ENCUESTAS, una encuesta muy importante de opinión de la población es la Encuesta Nacional de Demografía en Salud Familiar llamado ENDES.

El recojo de información es muy importante y para recoger la información nosotros debemos utilizar instrumentos, y el instrumento más frecuente es la Encuesta en nuestro país y la manera como realizamos

las preguntas en las encuestas debe de ser de tal manera que se dé la posibilidad de que la persona se exprese libremente, que no la encasilemos, entonces decimos por ejemplo: para Ud. ¿cuál es el problema de salud más frecuente?, todo depende de cómo elaboramos las preguntas.

Algunas encuestas se elaboran de manera dirigida, hay entrevistas que son opinadas, entonces si son opinadas tienen la posibilidad de que su instrumento sea una encuesta semiabierta porque hay preguntas que son para marcar y se dejan unos renglones para que uno escriba las opiniones del entrevistado, entonces no son totalmente cerradas.

Pero nosotros para recoger información, la opinión de la población, debemos utilizar más bien encuestas abiertas y eso es más difícil de realizar porque cada persona puede dar una serie de variables, por eso hay que tener una serie de técnicas para el recojo de información.

Incluso en la población, fijémonos no más en lo que es POBLACIÓN OBJETIVO, en la población objetivo tenemos que tener en cuenta el llamado PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, esto es importante, entonces nos preguntamos ¿de qué sufre más la población? esto es un dato técnico: que el equipo de salud enterado de que las infecciones respiratorias agudas por ahora son motivo de consulta importante, información obtenida gracias a un semanario de recopilación de testimonios de médicos, por entrevista al Director del Seguro Social, el Dr. Acavedo, y él nos menciona que se sospecha que a partir del próximo mes se van a triplicar los casos de infección respiratoria aguda, está previniendo que esto puede ocurrir y entonces el Seguro comienza a tomar las determinaciones de hacer actividades como campañas para poder difundir y hacer que la población conozca la enfermedad y mejorar la relación médico paciente y poder atender a cada uno de los pacientes, entonces está previniendo eso, por eso se toma en cuenta el perfil epidemiológico.

La demanda de atención también es otro dato importante, algunos cuando eligen entrevistar y recoger la opinión de población, entrevistan a los que han sido testigos en los establecimientos de salud, pero allí se está dejando de lado a los que no llegan; si nosotros queremos tomar en cuenta la opinión de la demanda deberíamos de ir a las casas y de allí recoger la opinión porque allí encontraremos gente que sí va a los servicios de salud y gente que no va y allí reconoceremos cuáles son las razones por las cuales no van y cuáles son los problemas de salud más frecuentes en la población.

Entonces no hay que quedarnos con lo que sólo nos demandan, sino recoger la demanda de atención que tendría que ser de toda la población, del universo que nosotros quisiéramos.

En esta población objetivo también es importante LA PARTICIPACIÓN, en la participación estratégica se le da importancia a la participación de los usuarios, y LA PARTICIPACIÓN ESTÁ ENTENDIDA EN TODA LA PARTE DE LA PLANIFICACIÓN, incluso desde sus inicios, desde que yo elaboro los objetivos de mi plan, al inicio de la planificación tiene que estar involucrada la participación, este es un dato muy importante, por eso acá pongo “La Participación debe de estar desde el inicio de la planificación”.

Eso involucra privilegiar los ejes del consenso. En un país como el nuestro en donde hay que reconocer que el eje del consenso no es el que predomina, es el eje autoritario el que está predominando ¿no? Uds. ven en el seno de la sociedad que hablan de que el Servicio de Inteligencia (SIN) va a entrar también a ver casos de delincuencia, entonces es una manera más de llevar adelante una sociedad autoritaria, pero debe de haber en realidad en nuestra sociedad un consenso, entonces en la planificación, para la participación, hay que privilegiar el consenso, hay que ponerse de acuerdo.

Por ejemplo, el equipo de salud de un servicio de salud va a la población organizada, a las instituciones, toman contacto con los grupos parroquiales y les dicen qué servicios de salud ya tienen, yo tengo que ver qué tienen para poder dar servicios de salud más eficientes y para poder hacerlo tiene que haber cierto consenso, no puedo decirles: nosotros les vamos a hacer esto y punto, porque no sería participación, sería imposición, coerción. Entonces ése es un punto importante que quería precisarles en lo que es participación.

Y en la población objetivo, otro punto importante que hay que ver son los llamados precios, el problema de los precios es que se han estado alejando de nuestros servicios de salud, y las perspectivas son al parecer desalentadoras, siguiendo esto un modelo como el actual en donde el que tiene dinero es

el que tiene acceso; en realidad la mayoría de los servicios de salud de Lima son así, Uds. van a un servicio de salud y si uno no tiene para pagar la consulta no es atendido, ya casi no hay nada gratis en el Servicio de Salud. Hay gente que puede pagar su consulta y el precio de la consulta es por decir 8 soles, pero hay gente que no tiene eso.

Entonces los precios es lo que hay que tener en cuenta en la población objetivo. Porque es la parte más sensible, como la nueva tarifa de los diferentes servicios que presta un Servicio de Salud.

Lo segundo que decíamos es que nosotros queremos no sólo Identificar y Definir al problema, no sólo era eso, sino que luego del análisis de la situación, lo que esperamos obtener es la PRIORIZACIÓN de nuestro problema; es decir, análisis y parto a decir “este es lo más importante”, “este es la prioridad número uno”, etc. ¿por qué?, porque con los recursos que contamos, nosotros tenemos que tener siempre una actitud de priorización en nuestra vida, nosotros quisiéramos hacer muchas cosas a la vez, pero tenemos que decir esto es primero, esto después.

Eso se llama priorización, para ello Uds. van a tener un instrumento de priorización de problemas que se les ha puesto en sus guías de prácticas, es importante que tengamos en cuenta que esto es parte del análisis de la situación: **HECHA LA IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE LOS PROBLEMAS NOSOTROS PRIORIZAMOS.**

Dentro de la priorización de los problemas, nosotros queremos encuestas y sobre todo en algunas acciones van a haber oportunidades, ese problema priorizado es para nosotros la oportunidad de actuar, imagínense que Uds. identifican el problema de que la población tiene necesidad de usar algún método de control de la Salud Reproductiva, entonces Uds. recogen información, interrogan si las personas están vacunadas, si están usando un método de planificación familiar y todas las personas les dicen: NO.

Para nosotros ese es un problema y queremos que el Servicio de Salud nos ayude a solucionar este problema, entonces, ¿cuál sería la oportunidad, si en este momento tenemos un actitud masiva de los medios de comunicación que están en contra de la Planificación Familiar?, el Ministerio de Salud dirá: ¿esto es una amenaza o es una oportunidad para desarrollar lo que pide la población?, entonces, la población y en general la sociedad está sensible al mal trato, a la contaminación de los Servicios de Planificación Familiar a lo que concierne a intervenciones quirúrgicas, está sensible ya que cuando la población es intervenida, pide que todo sea de buena calidad, claro, realmente tiene todo el derecho la población de tener las garantías del Servicio de Salud, hay que dar a la población sus garantías, todo eso es lo que tiene que averiguar una persona.

En segundo lugar, hay que conocer nuestras fortalezas y debilidades, qué es lo que yo tengo en mi Servicio de Salud como fortaleza y cuáles son mis debilidades y en tercer lugar cuáles son mis aliados y cuáles son mis oponentes. También esto es importante en Análisis de la Situación.

El ACTOR SOCIAL también es otro punto importante, aquí hay que identificar los actores sociales, sobre todo porque hay dos características de los actores sociales: Cuáles son las intenciones del actor social, cuál es la INTENCIONALIDAD del actor social; todo actor social, todo grupo social tiene una dirección, una intención. Por ejemplo, un actor social que Uds. van a encontrar en la medida que avancen son los Clubes de Madres, actor social importante. ¿Cuál es la intención de los clubes de madres?, eso lo tienen que conversar Uds., lo tienen que determinar.

Y cuál es la FUERZA del actor social; es decir, dos puntos importantes en lo que es actor social: La Finalidad del actor social y los Recursos (la Fuerza) que controla. Eso es lo que también hay que tomar en cuenta en Análisis de la Situación. Incluso en Análisis de la Situación hay dos preguntas que es importante que nos hagamos: ¿Cómo es que la situación llegó hasta aquí? (¿a qué se debió?). Porque en Análisis de la situación no solamente uno dice “estas son las características” sino fundamentalmente “por qué ocurre”, y la segunda pregunta es: ¿Cuáles son las condiciones que cambiaron o podrían cambiar las correlaciones de fuerza?

Estas preguntas son importantes en Análisis de la Situación. Y resolviendo estas dos preguntas, nosotros podemos determinar los objetivos de este Análisis de la Situación. Entonces repito: cómo es que la situación llegó hasta aquí y cuáles son las condiciones que cambiaron o podrían cambiar las correlaciones de fuerzas.

Por último, hay que tener en cuenta en Análisis de la Situación cuál es la Visión y la Misión, estos puntos son importantes sobre todo porque a partir del año pasado a los establecimientos de Salud se les pone la Misión de tener una actitud de privilegiar a los sectores más desprotegidos de la sociedad, hay que realizar la cobertura de salud, no solamente es aumentar: antes, en los hospitales, en los establecimientos de salud los médicos jefes decían: yo tengo dos consultas médicas por hora, esa es la producción que están teniendo mis profesionales, yo quiero ahora aumentar a tres consultas por hora en el próximo año; pero están pensando en sí mismos, no se trata de eso.

Ahora de lo que se trata es de tener esa misión de procurar captar a esa población que no acude a normalmente a los Servicios de Salud, él tendrá que hacer lo imposible para que esas personas más necesitadas acudan a su establecimiento de salud. Y también en algunos momentos se les está dando la oportunidad de que hagan convenios con algunas instituciones para previo pago atenderlos, atender también a los grandes sectores de la sociedad, entonces hay que trabajar bien con la población y analizar asimismo cuál sería la misión en Análisis de la Situación.

DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA SANITARIA PARA LAS INTERVENCIONES DE SALUD EN LOS ÁMBITOS LOCALES

Dr. Eduardo Aguirre

SITUACIÓN ACTUAL

Una encuesta de peso y talla realizada por el Ministerio de Salud y la UNICEF en 1993 en niños de 6 a 9 años de una muestra representativa de los colegios del país, demostró que la prevalencia de desnutrición escolar en los niños del primer grado fue de 49% con desnutrición crónica. La desnutrición crónica considerada como una enfermedad irreversible y que predispone al niño a mayores riesgos de morir por neumonía o por enfermedad diarreica, etc. que la población normal.

El promedio nacional de desnutrición crónica, como su nombre lo define, es una cifra global y que compensa los valores extremos, por lo que no es un buen reflejo de la gran desigualdad del país; Huancavelica como Departamento, es un buen ejemplo, puesto que el 70% de sus niños están crónicamente desnutridos. Así también sucede con otros Departamentos como Apurímac con un 71%, Loreto con un 63% y Ucayali con un 63% de sus niños que están crónicamente desnutridos.

Del mismo modo, si consideramos como el promedio de desnutrición crónica de Apurímac el 71%, no estamos reflejando claramente lo que sucede al interior de sus 7 provincias, donde hay provincias donde el 50% de sus niños están crónicamente desnutridos y en otros donde casi el 80% lo está. Si esta diferencia lo hacemos por distritos, vamos a encontrar distritos donde inclusive el 90% está crónicamente desnutrido.

Para medir la pobreza se deben visitar los hogares para observar las condiciones en que viven: los que no tienen agua ni desagüe, los que tienen niños mayores de 12 años que no asisten a la escuela, los que tienen familiares analfabetos o que no trabajan, los que tienen hacinamiento etc. En base a esos indicadores, el promedio de hogares pobres en el país es de 54%; sin embargo no refleja lo que ocurre en el interior del país, por ejemplo en Huancavelica más del 90% de la gente es pobre, lo mismo que ocurre en Apurímac, Ayacucho, así como en algunas zonas del Callao, Ica o Lambayeque que están por debajo del promedio nacional.

Uno de los indicadores más llamativos es la tasa de mortalidad infantil, por ejemplo en Callao es de 20 por mil, comparada con la de Huancavelica que es mayor del 100 por mil, sin embargo al interior de Huancavelica, a nivel provincial vemos que de cada 1000 recién nacidos vivos casi 300 mueren antes de cumplir un año de vida, lo cual demuestra un grave problema de salud de la población.

El análisis nacional de los principales problemas de la población varía cuando lo hacemos a nivel Departamental o Provincial o Distrital, sin embargo muchas veces no se cuenta con un análisis a este nivel tan desagregado (Distrital) por lo que nos resignamos en muchas comunidades a hacer el análisis a nivel más macro: Provincial o Departamental. Por tanto en nuestro país la unidad de avance que nosotros deberíamos de recomendar debería ser nivel Distrital.

Lo que existe al interior del país son desigualdades, conocidas como brechas. Estas se pueden expresar por:

- 1º Esperanza de vida (cuántos años se espera vivir), vivir más o menos va a depender del estilo de vida y de la zona de donde se viene. En el país se dice que el promedio de esperanza de vida es de 65 años. Las mujeres siempre han vivido más que los varones; una explicación es que los varones siempre han tenido que salir fuera del hogar, por lo tanto se han expuesto a mayores riesgos. Al hacer una estimación de lo que ocurrirá hacia el año 2020, se considera que los hombres y mujeres van a tener igual riesgo de mortalidad y después del año 2020 se invertirán los papeles y los varones van a ser los que quedarán en casa.
- 2º Análisis de situación de salud a nivel nacional, regional y subregional debido a la heterogeneidad del país.
- 3º Inaccesibilidad a los servicios de salud y regiones autónomas generada por nuestra geografía.

Para tener información, existe una forma organizada conocida como círculo de gestión vital. Usualmente en todo sistema de información se recombina datos, numéricos o no, los cuales son transformados en información; en este proceso de alta información se ha utilizado básicamente la tecnología moderna de la informática. Esa información tiene que ser transformada en conocimientos, lo cual significa que las tenemos que ubicar en un contexto histórico y social, este conocimiento puesto al servicio del poder o de los niveles de decisión, individual o de nivel político, permitirá que se ejecuten una serie de intervenciones individuales o sociales que producen impacto, que será nuevamente analizado para generar nuevos datos y así sucesivamente el círculo se cierra. Esto es un círculo virtuoso de la gestión de datos a la cual todo sistema de información debería de llegar

En la mayoría de ministerios como en el Ministerio de Salud, por ejemplo, no existe el círculo virtuoso, sino un círculo vicioso de la gestión de datos:

- Estadísticas vitales con subregistros de información, que pueden alcanzar hasta un 50% o más, es decir que no se registra toda la información que uno necesitaría para conocer la realidad sanitaria del país.
- Pobre calidad o información no es muy confiable.
- No oportunidad de información, cuando no es posible tener información del momento y se tiene que utilizar la de años atrás.
- No disponibilidad de información, cuando ésta existe pero no está al alcance o, si lo está, se encuentra en papeles y se tiene que empezar a digitar para procesarla.

Todo esto ha causado una disminución en la demanda de utilización de información y por tanto ha habido una escasa utilización en la formulación de políticas y en la evaluación de intervenciones, lo cual produce una no asignación o un recorte presupuestal que agrava el subregistro de información.

La información a nivel del Ministerio de Salud se halla básicamente a 4 niveles:

- Nivel de los puestos de salud.
- Nivel de los centros de salud.

- Nivel de los hospitales, subregiones.
- Nivel central, en Lima.

Hay puestos de Salud que envían información semanal, otros mensualmente, otros ni siquiera envían hacia el nivel siguiente que son los centros de salud. De estos, algunos archivan y envían con copias al siguiente nivel, otros no envían o lo hacen parcialmente y así hasta la región y de ella hacia el nivel central. Hay algunos que se salvan y mandan directamente del nivel inferior a niveles superiores, esto crea una serie de procesos administrativos y corre el riesgo de ser penalizado; precisamente la copia de información a nivel del ministerio es una cuestión muy rígida, administrativa, donde uno tiene que enviar al nivel siguiente.

El modelo que permite más o menos explicar la salud-enfermedad de un individuo o de una comunidad es el modelo contemporáneo, en el que la salud está condicionada por determinantes individuales o grupales, biológicas o no biológicas.

- El factor biológico como determinante está dado por el aspecto hereditario, por los sistemas fisiológicos que se dan al interior de cada uno de nosotros y por procesos de madurez y envejecimiento.
- El otro determinante que viene a ser el ambiente, no sólo es el social sino también el psicológico y físico.
- El otro determinante son los estilos de vida inadecuados que son riesgos potenciales como los patrones de consumo, de ocio y los riesgos que asumimos al tomar una determinada decisión por ejemplo los médicos, los laboratoristas, los aviadores, etc., tienen una serie de riesgos ocupacionales.
- Otra determinante es la adquisición de servicios o la forma como el sistema de prestación de salud está organizado y cómo llega a su población, allí hablamos de cómo serán los servicios preventivos de 1°, 2°, 3° grado, curativos y de rehabilitación.

Con este esquema del paradigma contemporáneo de cómo explicar el proceso de salud-enfermedad es que vamos a ver lo que sucede con la realidad del Perú.

La tasa bruta de mortalidad divide el total muertos en un año entre la población de ese año y se multiplica por mil. La tasa bruta de mortalidad para cada provincia del país comparado a estadísticas mundiales de 1995; por ejemplo demuestra que la tasa bruta de mortalidad de los países desarrollados como Francia, Alemania, EE.UU. no pasa de 9, es decir que morían 9 personas por cada mil habitantes en un año. El país que tuvo la tasa bruta más baja en el año 92 fue Costa Rica con 4 muertos por cada mil habitantes en el Perú encontramos zonas donde la tasa bruta de mortalidad es mayor de 4 y zonas en donde es menor de 4 por cada mil habitantes y aún más hay provincias que el año 92 no emitieron ninguna muerte, aparentemente nadie se murió, ¿hasta qué punto esto es creíble? En realidad existe un gran subregistro, esta es la calidad de información que se maneja en el país. Por ejemplo en INEI estima que cada año deben morir 200 000 personas sin embargo llegamos a registrar solamente 100 000 muertos.

A pesar de ello, si tenemos 10 000 muertos algo tenemos que hacer, tenemos que averiguar de qué mueren en el Perú. Actualmente la principal causa de muerte son las enfermedades transmisibles; hay aproximadamente 30% de muertes debidas a enfermedades transmisibles. También hay otro grupo de enfermedades como las neoplásicas y las del aparato circulatorio que empiezan a tener importancia como causa de muerte, aproximadamente 25% y existen otras como son las infecciones perinatales que también son causa importante de muerte. Entre las causas externas tenemos entre las principales a los accidentes de tránsito y la violencia.

En el análisis de las causas de muertes de acuerdo al grupo etéreo, vemos que las enfermedades transmisibles tienen mucho más peso en los menores de 15 años. En cambio los mayores de 45 años mueren principalmente por enfermedades tumorales y cardiovasculares que son consideradas enfermedades crónico degenerativas. En edades centrales entre 15 y 45 años la mayor causa de muerte de la población económicamente activa son los accidentes de tránsito, las acciones del terrorismo, violencia y de cuestiones sociales. Por tanto la forma como debemos hacer prevención y promoción de la salud debe ser diferenciado por grupos de edad.

Otros tipos de análisis miran las causas de muerte de las personas en la provincias del Perú y los diagnósticos mal definidos, como paro respiratorio, paro cardíaco, fiebre alta, etc.

Otra propuesta creó la necesidad de construir un mecanismo de priorización y educación donde se puedan identificar las poblaciones que requieren más recursos que otras. En base a este criterio el país se dividió en cinco extractos que pueden ser construidos en base al tamaño de poblaciones, pues está relacionado a una serie de variables (económicas, culturales, etc.). Los estratos definidos son los siguientes:

1. El estrato uno conformado por las provincias que tienen menos de treinta mil habitantes (allí hay 53 provincias).
2. El estrato dos, con provincias que tienen de 30 mil a 100 mil habitantes.
3. El estrato tres, con provincias que tienen de 100 mil a 300 mil habitantes.
4. El estrato cuatro, contiene provincias que tienen de 300 a 700 mil habitantes.
5. Y en el estrato cinco, tenemos 2 provincias, Lima y Callao, que tienen más de 700 mil habitantes.

Encontramos así que en 9 provincias, en los estratos 4 y 5, se encuentra concentrada el 50% de la población y en las otras 180 provincias se encuentra dispersa el otro 50% de la población peruana. Vemos el fenómeno de concentración y dispersión, 50% muy concentrado y 50% muy disperso.

Estos estratos pueden correlacionarse con la distribución de la mortalidad y de la pobreza del país. De esta forma podemos observar por ejemplo que el estrato 4, que tiene 7 provincias y básicamente está formado por las principales ciudades como Trujillo, Chimbote, Arequipa; Huancayo e Iquitos, son ciudades que tienen más de 300 mil habitantes y también tienen mayores posibilidades para el desarrollo de los servicios de salud, los sanitarios, etc., teniendo por ello mejores condiciones sanitarias y sociales.

En Lima hay provincias que pertenecen al estrato 1, al 2 y también al 3, así como hay otras que se encuentran en iguales condiciones que algunas provincias de Huancavelica. También podemos observar relación entre la causa básica de muerte con los diferentes estratos, así en el estrato 5 la causa más frecuente de muerte son las enfermedades crónico degenerativas.

Esta heterogeneidad hace que el enfoque y los recursos deban ser gerenciados en diferentes proporciones.

EDUCACIÓN EN SALUD

Dr. Raúl Arámbulo

INTRODUCCIÓN

Inicialmente el mismo ser humano se ha reunido entre las tribus y la transmisión de los conocimientos estaba a cargo de los líderes de las tribus. Posteriormente esto se plasmó en los diferentes códigos morales de diferentes culturas y etnias y así han ido variando las formas de brindar educación para la salud. En el siglo XIX con la expansión comercial de los países europeos se fijaron los “puertos” como centro de operaciones y esto trajo como consecuencia algunos problemas de tipo sanitario como fueron las epidemias; en ese entonces la educación para la salud estuvo orientada a tratar de contrarrestar los efectos de esas epidemias. Más adelante, en el presente siglo, en la fusión de economía, la globalización, las guerras mundiales, los modelos de desarrollo que han existido en América Latina también ha ido orientando nuevas formas para hacer educación para la salud. El triunfo de la revolución cubana, por ejemplo, puso de manifiesto cómo los problemas y desigualdades sociales pueden tener una consecuencia política, ello ha llevado a que la educación para la salud se pueda orientar un poco a atenuar y disminuir estas tensiones, indudablemente porque los modelos están orientados por los gobiernos del momento y en base a las orientaciones político-ideológicas quieren las teorías, los modelos que van a desarrollar, por ello es lo de los conflictos sociales de la década de los ‘80, en Centroamérica y también en el Perú, cuyas consecuencias pueden durar más tiempo. Entonces Educación para la Salud va a estar orientado dependiendo quién lo idea, hacia dónde puede estar dirigida. Puede esta dirigida a atenuar estos problemas o estar dirigida a transformar la realidad.

ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA SALUD

En base a todos los problemas de salud en que han visto envuelto los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, se desarrolló en 1978 una conferencia de los países integrantes de la OMS, en Alma Ata, con el propósito de alcanzar una salud para todos en el año 2000, se acordó plantearse una

| CARACTERÍSTICAS | MÉTODO TRADICIONAL | MÉTODO PARTICIPATIVO |
|---|--|---|
| Énfasis | En contenidos y resultados | En el proceso de enseñanza-aprendizaje |
| Concepción | Bancaria (depósito de conocimientos) y manipuladora | Transformadora (busca la transformación social) |
| Pedagogía | Exógena al sujeto | Endógena |
| Educando | Objeto | Sujeto |
| Eje | Texto, profesor, examen | Sujeto educativo y grupo |
| Relación educador-educando | Autoritaria y paternalista | Autogestión (el sujeto también tiene decisión) |
| Objetivo evaluado | Entrenar-demostrar-repetir | Pensar y transformar (Ej: pesar y tallar y analizar los resultados) |
| Función educativa | Transmitir conocimientos y modificar conductas (influencia de Pavlov) | Reflexión: "aprender haciendo" |
| Características | Transmitir, informar, persuadir. Relación vertical: de educador a educando | Diálogo permanente. Relación horizontal |
| Docente | Instructor | Facilitador, animador |
| Participación | Mínima | Máxima |
| Crítica (a los problemas, planteamientos, plan) | Bloqueada, evitada | Estimulada |
| Error | Falla | Se asume |
| Recursos de apoyo | Se basa en tecnología y medios | Se usa como generadoras, motivadores |
| Valor | Obediencia, competencia, lucro y utilitarismo | Solidaridad, cooperación |
| Objetivo | Acatamiento, adaptación | Transformación |
| Filosofía | Reproducción social (tendencia a mantener la situación social que existe) | Cuestionar el por qué y el para qué |

nueva forma de ver salud, una nueva filosofía, una estrategia de abordar los problemas de salud fundamentalmente en los países en vías de desarrollo o países subdesarrollados del tercer mundo. Esta estrategia, en resumen, plantea cuatro componentes:

1. Participación comunitaria, para que haya un alcance efectivo.
2. Uso de tecnología apropiada y apropiable, dado que no existe la posibilidad de que el recurso humano profesional se distribuya homogéneamente, una forma es que la misma población, la persona, la misma madre de familia pueda tener acceso a una tecnología según sus capacidades y pueda interpretarlas y utilizarlos, uno de ellos es por ejm: Las cartillas de vacunación, este simple documento es una tecnología apropiada para evaluar una serie de enfermedades comunes en el Tercer Mundo porque da abundante información, no solo sobre vacunaciones sino sobre crecimiento, desarrollo, lactancia, planificación familiar y apropiable porque no va a depender de un personal técnico- profesional sino uno mismo también puede utilizar, interpretar la curva y ver así como va su niño.
3. Transformación de los servicios de salud, el personal que trabaja en los servicios de salud es el que da el perfil de atención de salud y al tener una formación medicalizada cotidiana. Creen que sentándose en su consultorio y esperando a que vengan los pacientes se resolverá el problema, no es así, se debe transformar no sólo el recurso material sino también el recurso humano, que no se piense que los problemas se van a resolver en el establecimiento de salud, sino fundamentalmente en su relación con la comunidad en donde está insertado dicho establecimiento, es decir crear la demanda, no esperar una demanda pasiva, sino buscarla porque a veces sólo acuden los adyacentes a los establecimiento de salud mas no los que están en las zonas más alejadas, las periferias, entonces debe haber una transformación desde la misma concepción de los trabajadores hasta su misma relación, diferentes estrategias que permitan incorporar a la población.
4. La concertación o la acción intersectorial, porque el problema de salud individual o colectiva depende de varios factores: sociales, económicos, educativos y culturales; entonces el afrontar esos problemas no es exclusivo patrimonio ni responsabilidad del sector salud sino tiene que lograrse la concertación y coordinación a través de planes locales de los otros sectores que existen en la comunidad (municipios, iglesia, ONGs, organizaciones sociales de base).

Entonces son cuatro los componentes básicos para esta estrategia de atención primaria para la salud y que también tiene que utilizar la educación para la salud y estar dentro de los elementos esenciales de toda esta estrategia y esta filosofía, aparte de lo que es medicamentos genéricos, alimentación complementaria: complementación de hierro, micronutrientes.

Esta introducción es para ver cómo se entiende la educación para la salud, su orientación ha variado dependiendo de los problemas, de los objetivos, tiene que ver también con la orientación y podemos hablar de la medicina ocupacional o salud que surgen de la manipulación que surge en el trabajo en sí, pero fundamentalmente para aumentar la productividad, busca que el trabajador tenga las condiciones adecuadas pero orientadas a que tenga por ejemplo menos tiempo enfermo, que no tenga problemas de discapacidad, ausencias, para que tenga mayores horas de trabajo y alcanzar mayor productividad.

En la medicina privada también la educación para la salud está orientado a mantener esa dependencia del paciente con el profesional, sino se pierde y es el aspecto económico lo que más interesa, en cambio en la práctica de salud pública es transmitir o lograr que puedan hacer uso de diferentes conocimientos, instrumentos para prevenir, mientras menos pacientes lleguen será mejor, mientras menos casos de patologías previsibles (como diarrea) que se presentan en los establecimientos de salud, significa que este establecimiento está haciendo un programa preventivo de educación para la salud adecuado.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Existen 3 niveles:

- Ø Prevención primaria.- Tiene que ver con los aspectos de promoción de la salud (dentro del cual la educación para la salud) y el otro aspecto tiene que ver con la protección (como por ejm: vacunas)
- Ø Prevención secundaria.- Tiene que ver más con un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno para evitar las discapacidades.
- Ø Prevención terciaria.- Tiene que ver con la rehabilitación.

Entonces esta parte introductoria es para ubicar nuestro tema, como es importante la educación para la salud y más en los países como el nuestro donde hay predominancia de determinado tipo de

enfermedades y hablamos de perfiles epidemiológicos que tienen que ver con la forma de educación que se debe brindar, el Perú cuenta con una mixtura de perfiles epidemiológicos y tiene que ver con el grado de desarrollo del país, existen tres tipos clásicos de perfiles.

- Ø Primer perfil: con predominancia de enfermedades infectocontagiosas transmisibles, propio de países subdesarrollados como el nuestro, la forma de abordarlos es con aspectos preventivos promocionales y educación para la salud.
- Ø Segundo perfil: son de países fundamentalmente agrícolas, semiindustrializados, con patologías categorizadas como enfermedades ocupacionales que tienen que abordarse con otro tipo de educación para la salud.
- Ø Tercer perfil: de países desarrollados, con predominancia de enfermedades crónico-degenerativas, la expectativa de vida es mayor y los estilos de vida influyen bastante.

En resumen se busca fomentar prácticas saludables, conseguir una mejora en la salud y bienestar para todos, mediante la producción de un estilo de vida sano, acciones comunitarias a favor de la salud y condiciones que posibiliten una vida sana, busca la movilización de las comunidades y la comunicación para la salud.

A la educación para la salud le atañe no sólo el comportamiento de los grupos de población respecto a salud, sino también las condiciones de vida y de trabajo que puedan influir en ella.

Es un medio indispensable de toda sociedad para garantizar que sus miembros desarrollen las capacidades personales y colectivas necesarias para lograr estilos de vida sanos, políticas públicas adecuadas y comunidades sanas.

ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD

La educación para salud ha ido variando con el tiempo en cuanto a nuevas estrategias, metodológicas, instrumentos, se habla ahora de educación permanentemente y participante, tiene unas características particulares porque si no es una educación continua y permanente, indudablemente esto lleva a que la información sea desactualizada, si no es participante, si no se sienten parte del programa de educación, no van a sentirse involucrados y por eso tienen que participar en las intervenciones para solucionar los problemas, porque no sólo es el hecho de que estén como receptores pasivos en la transmisión de conocimientos sino la información que es vista debe servir para la acción, siempre y cuando se sirva para transformar esa realidad sanitaria, podríamos decir que el programa de educación es efectivo.

La combinación de acciones sociales planificables y experiencias docentes concebidas para enseñar a la gente a controlar los factores determinantes de la salud, los comportamientos de salud y las condiciones que afectan su estado de salud y el de los demás alude a varios términos: planificación, lo tradicional de la planificación es fundamentalmente estadística, pero generalmente parten de la sociedad, de la realidad concreta de cada ámbito, de cada jurisdicción, la idea es considerar las diferencias geográficas, culturales, económicas, la percepción que tiene esa población de los problemas, porque ante determinados problemas, depende de la ubicación social, depende del posicionamiento que asuma cada actor social, en base a esa percepción se va a priorizar, entonces para que la planificación sea efectiva la idea es considerar esas diferencias, así también establecer métodos y estrategias adecuadas para lograr esa incorporación de la población y en la medida que se logre ello se va a transformar esa realidad.

Se va a hablar también de factores determinantes de la salud, no es sólo considerar los recursos que tenga el establecimiento, sino factores que tienen que ver con la accesibilidad al uso de los servicios, tiene que ver con la información, ubiquémonos en zonas rurales: no necesariamente la población tiene conocimiento de la existencia de un puesto de salud, están distantes, no hay accesibilidad geográfica o no puede haber accesibilidad económica por el costo que implica trasladarse a un puesto de salud, pagar la consulta, el medicamento. El comportamiento de salud va a depender bastante la cosmovisión andina basada en lo mágico-religioso, que impide que acudan a tratarse determinadas patologías sin que esto desvalorice la abundante riqueza que existe en la medicina tradicional de nuestro país, entonces la idea es contemplar estas condiciones, por ejemplo, una estrategia en la época del cólera era hacer un pozo y dejar las heces ahí, pero este programa no tenía efecto ¿por qué? Porque el hombre andino considera a la tierra como su madre, la pachamama ¿Cómo hacerle esto a la pachamama? Entonces hay que considerar

todos los factores culturales para plantear las alternativas.

También es importante la docencia en salud, es necesario conocer todos los principios, los métodos, los factores que afectan el proceso de aprendizaje, las barreras sociales y económicas que llevan a que nuestros mensajes no puedan calar en la persona. No hay un sólo modelo o método teórico como para resolver los problemas, existen muchos y hay que hacer uso de varios métodos basados en la peculiaridad de cada ámbito.

COMPETENCIAS PARA LA PRÁCTICA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Ø Conocimientos de los fundamentos científicos, teóricos y metodológicos depende del grupo a quien nos vamos a dirigir.
- Ø Conocimientos de la población y sus costumbres y los problemas de salud prioritarios
- Ø Capacidad de obtener datos sobre necesidades e intereses, buscar la forma de incorporar al grupo para que puedan plantear soluciones a sus propios problemas.
- Ø Competencia para aplicar diversas estrategias educativas, dependiendo del grupo humano a quien nos dirigimos.
- Ø Conocimiento de factores sociales influyentes: conocer a los líderes y trabajar con ellos.

ELEMENTOS COMUNES EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EFECTIVA

- Ø Apoyo financiero.
- Ø Apoyo político y administrativo, demostrar utilizando indicadores que ciertos problemas son prioritarios.
- Ø Objetivos específicos, que se pueden resolver.
- Ø Planificación esmerada, seguimiento y evaluación del trabajo.
- Ø Colaboración intersectorial: que no es patrimonio del trabajo en Salud.
- Ø Múltiples métodos, intentar mejorar la metodología. “Acción - Reflexión - Acción” “Aprender Haciendo”
- Ø Protagonismo de los participantes
- Ø Personal calificado

ESTRATEGIAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Ø Promoción de ideas (vender la idea), es aumentar la conciencia de las personas fomentando el interés y demanda.
- Ø Capacitación, es mejorar la capacidad de los líderes comunitarios y del personal de los programas.
- Ø Apoyo, alentar con otros sectores que pueden influir en mejorar la salud.

LA DEMANDA POR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Dr. Miguel Benito

La demanda de Salud está ligada a otra palabra: oferta.

Oferta y demanda son dos componentes del “Mercado de Salud”

Características del Mercado de los servicios de salud:

- a) ***Es un mercado imperfecto***, porque está condicionado por una serie de factores que no van a permitir que el libre juego de la oferta o de la demanda se manifiesten para evitar imperfecciones dentro de este mercado.
¿Por qué?, porque este mercado está determinado por las preferencias del consumidor y existe una “suerte” de lealtad hacia el médico, lealtad hacia el establecimiento de Salud que va a hacer que esto no sea un mercado perfecto.
- b) ***Existe desinformación sobre las cuestiones médicas y de Salud***, la desinformación es tan grande, que hace que el que va a recibir el servicio, que es el cliente o usuario, no puede recibirlo, recuerdan que en las consultas médicas al hacer el diagnóstico y al dar el tratamiento, el médico da el

medicamento, medicamentos genéricos o de denominación común internacional, que es como se deberían llamar. Sin embargo los médicos terminamos recetando su equivalente comercial, sin embargo el paciente no reclama por eso, a pesar de que el medicamento es el mismo, la composición es la misma, la biodisponibilidad es la misma, no existe de parte del paciente la idea de decir: Doctor en lugar de darme Amoxil, por qué no me da Amoxicilina. Existe desinformación en este sentido y también sobre las enfermedades mismas.

- c) **Existe incertidumbre del usuario sobre el momento en que va a requerir el servicio**, nadie sabe cuándo va a enfermarse, cuándo va a necesitar una consulta médica, cuándo va a suceder un accidente, por ese hecho esta incertidumbre hace que este mercado sea imperfecto.
- d) **Existen barreras que obstaculizan y diferencian esta demanda.**
- e) **Esta demanda está determinada por la valoración económica de las barreras geográficas, culturales, económicas y organizacionales**, en el caso de aquellos que no tienen la posibilidad de acceder a los Servicios de Salud, pagando tienen que ir al centro de Salud de su zona y eso va contra el derecho del paciente de ir a atenderse donde realmente cree que va a ser atendido bien.
- f) **Está determinado por los efectos de la presencia de Sectores competitivos y servicios complementarios**, estos son parte del mismo sector de salud, del Seguro Social, de los Seguros Privados, de las fuerzas armadas y policiales.

Todo esto hace que caractericemos al mercado de Salud como un mercado imperfecto, un mercado donde no se va a dar esta regla de criterio del juego de la oferta y la demanda y por lo tanto si hay más demanda de Servicio de Salud las tarifas bajan, si hay más demanda y la tarifa se mantiene estable hay competencia, el que va a generar servicio se empieza a sentir más necesario y empieza a cobrar más. La oferta de Servicios de Salud (de médicos) con todas las facultades de Medicina que hay actualmente está subiendo al aumentar la oferta de Servicios, los sueldos bajan; recuerden que el Seguro Social comenzó a pagar S/. 3,50 por consulta.

LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

¿Qué es la demanda?

Es una conducta que la persona adopta en función de una necesidad y frente a las diversas características de la oferta de servicios, puede que esté enfermo (es una necesidad) y no necesariamente va a ir al médico de la esquina a pesar de que técnicamente puede ser el mejor, de repente se va a otro en donde le puedan brindar mayor calidez que la que le puede brindar el médico que esté más cerca a uno.

Características de la demanda:

- a) **Es un proceso mutable**, la demanda de hoy no puede ser la misma de mañana, es cambiante, va variando de acuerdo al tiempo, a los cambios que se van presentando en el mundo.
- b) **Se expresa en relación funcional a la oferta.**
- c) **Se le puede estimar por la necesidad manifiesta captada mediante encuestas** (demanda esperada o potencial y demanda observada o efectiva).

¿Por qué está determinada esta demanda?

Anteriormente el estado peruano financiaba la oferta de servicios. El estado tiene sectores: el sector Salud representado por el Ministro de Salud; por diferentes razones, por cada posta o centro de Salud y hospitales, de acuerdo a variables más políticas que técnicas, se terminaba financiando finalmente la oferta, por ejemplo el Hospital de Tarma nunca ha sido utilizado al 100% y no sólo ese hospital, muchos hospitales, centros de salud y postas. Si vemos los establecimientos de Salud anteriormente esa producción por médico no llegaba ni a un paciente por hora. Ahora se dice que se va a financiar la demanda, es decir, tienes demanda, tienes pacientes, sigue para adelante, no hay pacientes no hay esa demanda, probablemente se corte este servicio.

La demanda de Servicios de Salud está determinada por variables:

- a) **Demográficas (Grupos poblacionales):** Antes en el Perú la cantidad de niños era mucho mayor, los menores de un año eran el 4%, ahora hablamos de 2%, esto va a hacer que la demanda sea diferente. Por otro lado nuestra población poco a poco ha empezado a envejecer; esto también condiciona la demanda porque el perfil epidemiológico va a cambiar.

- b) **Culturales**, por ejemplo en las zonas rurales a pesar de tener centros de salud no tienen un uso como deberían tenerlo.
- c) **Educacionales.**
- d) **De bienestar**, si yo busco un servicio que me cure (recuerden que muchas de las enfermedades tienen un componente psicosomático), yo busco tener alguien que me escuche bien, que me atienda, que comprenda lo que yo tengo, va a ser probablemente mi médico de cabecera.
- e) **De la distribución del ingreso**, por más que yo quiera ir a una clínica, si yo no tengo los recursos esa demanda va a estar condicionada hacia ciertos tipos de Servicio de Salud.
- f) **De los perfiles epidemiológicos**, estamos pasando por un período de transición epidemiológica porque antes primaban las enfermedades infectocontagiosas, ahora esto se está equiparando con la enfermedades crónico-degenerativas. Esto también condiciona la demanda de Servicios de Salud.
- g) **La presencia de sectores competitivos en este mercado**, en esta demanda, antes se decía que el sector Salud debía cubrir el 60% de la problemática de la Salud en el país, un 20% el Seguro Social, un 10% en sector privado y un 10% la sanidad de las FF.AA. y policiales. Ahora con la Ley de Empresas Prestadoras de Servicios de Salud, la situación va a cambiar completamente. La situación se va a ver dentro de la Ley de la oferta y la demanda, dentro de lo que es el mercado.

NECESIDADES DEL SERVICIO DE SALUD:

Desde dos enfoques:

- a) **Enfoque médico:**
Está formado por toda la formación que tiene el profesional médico, el administración del sector salud considera como necesidades de salud de una población a los procedentes de las conclusiones en las cuales ésta se enferma, se incapacita o muere. El administrador debe averiguar que es el médico el que tiene el poder allí.
- b) **Percepción de la población:**
La población percibe de otra manera el problema de salud. Si nosotros hiciéramos una encuesta por ejemplo para determinar cuáles son los problemas más importantes que tiene una comunidad, en la lista el problema de la salud aparece en el quinto lugar probablemente; esa es la percepción que tiene la población.

ENFOQUE INTEGRAL MÉDICO-POBLACIÓN

Ambos puntos de vista se dan dentro del mismo contexto psicosociocultural, pero con diferentes cualidades.

- * Cuando una persona se siente enferma, evalúa su situación y adopta una conducta para solucionar su enfermedad. Ej: Puede que se sienta una persona enferma, pero no va a la consulta o puede que se sienta enferma y vaya o recurra a la medicina tradicional.
- * La visión del médico no necesariamente coincide con la de la población (efectivamente, son muy pocos los casos en que van a coincidir). Todo esto va a hacer posible la segmentación del mercado para dividir las necesidades.

SEGMENTACIÓN DEL MERCADO

Sabemos que los segmentos de personas con necesidades específicas, tienen presente dos características:

- * **El segmento lo crean las personas, no los servicios.**
- * **Esta segmentación tiene características muy dinámicas**, esas características dinámicas obligan a tener una información no muy frecuente hasta acceder a esa información no muy frecuente para mantenerse informada.

SEGMENTACIÓN BÁSICA

Esta segmentación básica la podemos aplicar tanto a nivel general de salud como en alguna enfermedad.

¿Qué es lo que busca la segmentación?

Lo que busca la segmentación es identificar un grupo homogéneo ¿posibles clientes?, para brindar el servicio que ese grupo necesita, ya no se habla de responder a todas las necesidades de salud, sino de enmendar el libre mercado con lo que se va a tener una continuación más cercana.

Entonces definitivamente vamos a ir a diferenciar:

- * **Ámbito geográfico**, lo que es costa, sierra o selva, y dentro de ella la población si es urbana o se es rural.
- * **Identificación por sexo** (hombre o mujer).
- * **Grupos de edad** (0-14, 15-64 y >de 65 años).
- * **Las características de la vivienda**, esto definitivamente va a condicionar la presencia o no de determinadas enfermedades.
- * **El nivel educativo.**
- * **El nivel de ingreso en el hogar.**
- * **Síntomas de enfermedad y accidentes más comunes** y por el período de duración (esto se recoge de las encuestas o preguntando en los últimos 15 días qué problemas tuvo, qué enfermedad tuvo).
- * **Población con síntomas de enfermedad que realizó consultas.**

Ante todo esto tenemos nosotros los enfoques de riesgo.

ENFOQUE DE RIESGO:

Podemos decir lo siguiente:

- * **Todo problema de salud no es igual**, todos los problemas tienen la misma dimensión por lo tanto deben observarse diferencialmente.
- * **Todos los grupos definitivamente no tienen el mismo problema y dentro de estos grupos los individuos tampoco tienen los mismos problemas**, entonces la gracia aquí de la segmentación es llegar a esos grupos con riesgo, sobre todo a los individuos que realmente estén necesitados.

ESTILO DE VIDA DE LOS PERUANOS:

Al 100% tenemos esta clasificación:

| | |
|------------------------|-------|
| * Los conservadores | 20,5% |
| * Los progresistas | 17,6% |
| * Los sobrevivientes | 16% |
| * Los afortunados | 4,2% |
| * Los adaptados | 8,2% |
| * Los tradicionalistas | 18,1% |
| * Los trabajadores | 10,5% |
| * Los emprendedores | 2,8% |
| * Los sensoriales | 2,1 |

DEMANDA POTENCIAL

Se refiere al grupo de personas que actualmente necesitan un servicio de salud y no acuden a él, por diversas razones, pero que en el futuro podrán hacerlo. En otras palabras esta demanda potencial es aquella necesidad que aún no se ha convertido en demanda, pero la necesidad existe, de repente se atiende o no pero existe.

Existen dos grupos de población:

- a) **Aquellos que perciben la necesidad y demandan la atención de segmentos** de la oferta que no tienen una efectividad garantizada; por ejemplo: aquellos que concurren directamente a la atención del sector tradicional, a las parteras, hueseros, etc.

- b) **Aquellos que perciben síntomas de enfermedad y que no acuden a ningún servicio, ni formal ni informal;** es decir, no expresan su demanda por diversas razones.

En esta demanda potencial para el sector salud vamos a tener dos grupos, uno que va a estar orientado a los sectores tradicionales y el otro grupo que no va a recibir ningún tipo de atención.

Cuando se les pregunta por qué razón no acuden a los servicios de salud, la primera razón que manifiestan es la **falta de recursos económicos en un 65% de las personas y no desea, con 20%**. El que quisiera administrar un centro de salud tiene que ver este 20%; este porcentaje es bastante alto, tenemos una demanda que puede ser captada, y hay que averiguar qué está sucediendo; de repente no le gusta el trato del médico.

Lugar de consulta lejano 6,7%. Los establecimientos de salud casi siempre están lejos de la población que debiera acceder a ellos, como se da en mayor cantidad en provincias a diferencia de Lima que hay en zonas muy cercanas, hay concentración de establecimientos de salud en algunos lugares y ausencia de ellos en otros.

Falta de atención con 3,3%. Van a los establecimientos de salud y no encuentran a nadie, o encuentran a la técnica y evidentemente ella no va a poder hacer nada.

No hay servicios de salud con 2,3%; y por último no hay medicinas con 2%. En el sector salud se implementó un programa que buscaba que los pacientes cuando llegaran al centro de salud pudieran salir con la receta, había un defecto, si el paciente no salía con la receta, no era buen médico; si no le recomendaba más de dos medicamentos, no era buen médico; si la receta estaba mal escrita, no era buen médico; entonces por un lado es incorrecto; como saben no todo cuadro requiere medicamento, mas bien 1 ó 2 medicamentos es lo máximo que se debería recetar; también si el medicamento es raro se tiene más fe, y esto es incorrecto; y esto parte del convencimiento que tenga el médico para decir las cosas, si el médico está convencido entonces convence al paciente y si no lo está no va a poder convencerlo. En este programa viendo este problema, no hay medicinas, los ingresos que genera una farmacia sólo con una ganancia de 110% en un centro de salud, los ingresos son iguales a los recursos propios que genera el establecimiento.

SERVICIO AL CLIENTE

La dedicación al servicio del cliente puede revolucionar la forma en la que opera una clínica; involucra a todos los integrantes del personal, muchos de uds. han visto que quien toca primero al paciente no es el médico sino el vigilante, o el que está en caja, o el del triaje, y si nosotros no trabajamos con ellos en lo que significa calidad de atención estamos muertos; entonces debemos establecer con ellos procedimientos apropiados y desarrollar actitudes positivas que les permitan:

- a) **Crear un ambiente acogedor para los clientes;** uds. han visto el hospital del Niño cómo está pintado, todos los colores que tiene, claro, si está atendiendo niños. Imagínense el color que tenía antes, plomo, los niños enfermos y viendo este panorama, y encima en la consulta viendo al médico con 2 ó 3 estudiantes, no sería acogedor.
- b) **Mantener un flujo continuo de clientes.**
- c) **Proveer servicios personalizados;** que cada paciente se sienta atendido por todo el establecimiento, que es acogido por todos; cuando hagan la encuesta de qué les pareció el centro de salud, le responderán bueno; la atención del médico, muy buena; del técnico siempre es regular o buena pero no muy buena.
- d) **Comunicarse con los clientes en forma selectiva y cortés;** si la gente habla quechua, hay que hablar quechua, o poner a gente que hable quechua, para que sea más cercana la relación, como se dice no es sólo hablar en inglés, sino pensar en inglés.
- e) **Manejar las quejas de los clientes en forma satisfactoria para los mismos,** de nada sirve que el paciente venga y se queje y no se les escuche.
- f) **Recopilar información sobre las preferencias de los clientes con el fin de encarar sus preocupaciones.**

LA DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD COLECTIVA

Dr. Pedro Alcántara

El presente documento comprende el estudio de la demanda, desde la óptica de la salud individual y local y la demanda en relación a salud pública.

Se debe tener presente que: *“La salud depende de muchos sectores y no sólo del sector salud”*.

CONCEPCIÓN DE SALUD-ENFERMEDAD

En una población al trazar la curva normal de salud observaremos dos extremos, uno de ellos comprenderá a los sanos (no existe un sano en un 100%) y el otro extremo comprenderá a los enfermos.

Al observar el grupo de los sanos, notamos que es difícil encontrar a una persona completamente sana.

Todos son aparentemente sanos, pero existen riesgos:

- Persona que no aparenta enfermedad clínica; pero demostrable por pruebas de laboratorio.
- Persona sometida diariamente a una exigencia en el trabajo que va de 5 a.m. hasta las 12 p.m., incluyendo sábados y domingos, sin poder ver a la familia (factor de riesgo biológico).

¿Cuánto tiempo una persona puede soportar esta situación y este riesgo?: éste varía, dependiendo de las potencialidades que una persona tenga, una persona podría soportar de repente 3 meses y después caer en problemas de salud, otra persona podría durar más, teniendo un tren más agitado de vida, así hay personas que solamente duermen 2 horas y son suficientes para recuperar energías y continuar, los riesgos dependen de muchos factores.

RIESGOS DE SALUD: dentro del grupo de sanos y de enfermos existen riesgos bajos y altos, se estratificarán en 4 grandes grupos:

- Los que tienen menor riesgo: sanos.
- Los que tienen poca probabilidad de llegar a sanos completamente.
- Los enfermos con riesgos bajos.
- Los enfermos que tienen más riesgo: son los que tienen más posibilidad de llegar a la muerte.

El enfoque del Ministerio de Salud es diferente al de una persona, porque tiene que ver la salud de la población, no solamente debe cumplir indicadores, metas establecidas, sino su objetivo principal es lograr la salud de toda la población.

En la calidad de vida y en la salud de la población están implicados diferentes sectores como el Ministerio de Salud, de Trabajo, de la Presidencia, de Industria, etc. y un conjunto de factores que tiene que ver con la vida de la persona, siendo el sector salud el líder.

En el estudio de la demanda se debe determinar cómo están compuestos estos aspectos y por ende la demanda sería importante para clasificar algo, para que los escasos recursos económicos que hay en el Perú sean utilizados de la mejor manera.

Si se tienen 1 000 soles, estos podrían ser usados en la mayor cantidad de gente que tenga prioridades en su salud, en determinados casos hay que decidir entre darle tratamiento de 100 000 soles a una sola persona o darle los 100 000 de repente a 10 000 personas. Alguien podrá decir que no darle a aquella persona que requiere los 100 000 para su tratamiento es inhumano, pero la posición del MINSA es otra, porque los 100 000 serían para atender a 10 000 personas: es una cruda decisión.

El estudio de la demanda es necesario para planificar, seleccionar canales, elaborar el material de trabajo, ejercitar, evaluar los resultados y otra vez volver a empezar, usando también como insumo la información epidemiológica, estilos de vida, riesgos, evaluando el entorno y el presupuesto nuevo del que se dispone: todo esto permitiría hacer una adecuada planificación y un uso eficiente y eficaz con el menor número de recursos. Adicionalmente el estudio de la demanda dentro del marco conceptual indica la ubicación de la demanda y cuando evalúa diversos servicios se llega a la mejora de la salud.

Se tiene que evaluar todo el proceso: estructura, proceso y resultados, para iniciar y ver la efectividad, que es la parte final, el impacto verdadero, se necesita de la primera parte: ver lo que es la estructura, cómo están los recursos y la accesibilidad que tenga la demanda a los servicios y la oferta. Si se estudia

adecuadamente esta demanda en la primera parte y no se confronta con la oferta, el impacto final va a ser errado, he ahí la importancia del estudio de la demanda.

Para planificar la demanda, se han clasificado 4 formas:

- 1.- Demanda sentida
- 2.- Demanda concretada
- 3.- Demanda satisfecha
- 4.- Demanda insatisfecha

- **Demanda sentida:** Es la que existe, no necesariamente la que acude al centro asistencial. Mucha gente puede sentirse enferma, pero no va al centro asistencial porque acude a remedios caseros, pregunta al vecino, etc.

El estudiante de medicina cuando tiene un resfrío no va al médico por tener suficientes medidas,

también hay gente que no va a centros de salud cuando están resfriados porque ya está empezando una cultura de autocuidado de la salud.

- **Demanda concretada:** Es el histórico, es decir todo lo que asistía, lo que asiste a un centro asistencial o en el caso de visión colectiva macro, todo lo que acudía a un sistema de salud, caso IPSS, todo lo que ha asistido como perfil de daños, enfermedades y muerte en la institución. Es el perfil histórico de lo que acudió, faltando un gran campo que no se ha visto y no se sabe cómo está, por lo tanto tampoco es el ideal.
- En cuanto a la **demanda satisfecha y no satisfecha**, a partir de la demanda concretada en todo lo que asistió, hay gente que puede estar contenta o no con lo que recibió, es importante estudiar esta situación.

Es esencial que el usuario, cuando requiera de un servicio complejo que se le pueda dar, tenga la seguridad que se le brindará un buen servicio, en caso contrario tendrá temor y simplemente no va a acceder al servicio.

¿Cómo se genera la demanda: el comportamiento de los factores dichos?

En el mercado existen los proveedores (el otorgante) y el demandante que es el cliente. Hay entre los dos un equilibrio que va a generar la demanda. La utilización de servicios es la interfase entre los factores mencionados.

¿Qué sucede con aquellos que sienten que están enfermos, acuden a un centro asistencial, a un sistema de salud?

Una persona que está enferma puede acudir a un establecimiento del Ministerio de Salud, que está abierto para todos o a otro como el seguro social, el cual es cerrado; sin embargo actualmente cualquier persona podrá acceder al seguro social luego del pago de un seguro potestativo.

Por un lado se encuentra el usuario y del otro el comportamiento del proveedor. Cuando hay una necesidad de salud es diferente a demanda, puede haber una necesidad de salud pero la persona no saberlo, por ejemplo la persona puede tener niveles altos de glucosa, hay una necesidad de salud hacia la persona o una población. Ejm: En el Dpto. de Lima, 30% de la población tiene niveles altos de glucosa, pero no todos van a saber que tenían niveles anormales.

Primero tiene que haber un reconocimiento de la necesidad, cómo se comporta una persona o un grupo de personas frente al reconocimiento, siempre va a estar influenciada por la opinión de otra persona que no es médico, que va a influir en la demanda. En aquellos que van a llegar al centro asistencial o que van a ir a atenderse se reconoce la necesidad. Ejm: al decir me siento mal... parece que estoy mal... reconozco un problema.

Existen personas que dicen tener "tos normal", allí no hay reconocimiento de la enfermedad, hasta que ve en el periódico o en la TV "tos de más de 10 días, es sintomático, debe ir a un médico"... entonces la opinión ha cambiado... la tos ya no es normal y se reconoce la necesidad de la salud. En el siguiente paso pregunta al vecino o con alguien de salud que le dice que sí es necesario que vaya a buscar ayuda y recién decide o tal vez vuelve a consultar a otra persona.

Cuando alguien es diagnosticado como enfermo, asume el papel de enfermo, si no acepta el diagnóstico del médico hace más difícil y largo el proceso. Si continúa con la atención, sigue el tratamiento y hace uso del servicio, lo utiliza hasta sanar y de acuerdo al resultado de salud habrá una modificación de la necesidad. Del resultado de estos procesos la persona puede sanar pueden aparecer efectos intercurrentes o no sanó, generando nuevamente otra necesidad o la misma necesidad de mayor magnitud.

En demanda tiene que haber precio de mercado, costo de producción y costos institucionales. ¿Por qué es importante el estudio?, para ver cuánto va a costar el uso del servicio? ¿cómo va a afectar a la demanda?...

Según el ingreso de los usuarios o si mejoran sus ingresos y conocen que el servicio es bueno entonces aumenta la demanda del servicio de salud; pero si el servicio es malo, así se tenga mayor ingreso disminuirá la demanda de la salud y la persona irá en busca de un sistema que pueda darle lo que desea.

El consumidor escoge *maximizar sus ingresos* para multiplicar los beneficios.

La DEMANDA es función de:

- PRECIO DEL BIEN: convoca a decidir si esta o no a su alcance.
- PRECIO DEL BIEN COMPLEMENTARIO: es decir, un bien complementario es aquel que es complementario al primero sin hacer uso de otros costos.
- PRECIO DEL BIEN SUSTITUTO: es el factor alternativo, si por un bien yo pago un valor y por otro bien pago otro valor, el que brinda más beneficio sería determinante para la demanda de ir a un sitio u otro sitio, tomar un servicio u otro. Depende del ingreso que tenga la persona, sus gustos y preferencias.

También en forma colectiva habría que conocer cuales son los gustos de esta masa de asegurados y que podemos hacer para que esta demanda permanezca con uno.

¿Qué agentes determinan la demanda? Pueden ser la distribución de ingresos, el tamaño de la población de acuerdo a la demanda, etc. En resumen podemos decir que son importantes también:

- Ingresos de los consumidores.
- Niveles previos del ingreso.
- Disponibilidad créditos, si hay un crédito para un servicio y otro servicio también será una ventaja compartir.
- Expectativa con los precios, precios suben y bajan y cuál puede ser el siguiente precio de uno u otro lado.
- Expectativa sobre el ingreso.
- Precio de bienes relativos, en cuanto a los sustitutos y complementarios.
- Costos de oportunidad, significa que si se paga por un servicio y por ello se pierde otro servicio, se tendrá que pensar dos veces antes de escoger por un servicio.
- Preferencia de los consumidores. Es la moda y normas sociales de consumo. Por ejemplo actualmente está de vanguardia la moda del beneficio físico, la medicina complementaria, el *tai chi*, etc. Así para satisfacer la demanda de la moda, a los usuarios se le implementan dichas actividades en los programas de salud.
- Distribución del ingreso, magnitud del mercado, los aspectos demográficos, políticas estatales también determinan la demanda.

Anteriormente se decía: *Todos los trabajadores aportarán obligatoriamente al IPSS*. Así todos los trabajadores regulares debían dar una porción de sus ingresos para su "bienestar futuro". Pero actualmente una nueva política se ha implementado: *Ya no es obligatorio aportar al IPSS, ahora se puede optar por cualquier otro seguro*.

Los *problemas ético-legales* también afectan la demanda: si hay problemas en determinado servicio que son ventilados a nivel de los medios masivos de comunicación, se deben tomar medidas para contrarrestar la demanda insatisfecha y tener mucho cuidado, por ejemplo, en determinar los costos del servicio, en aclarar el problema para cambiar la opinión pública o cambiarlo por otro servicio mejor.

Iatrogenia: Es una demanda inadecuada, porque hay nuevas necesidades de salud y generalmente son sentidas por fluctuaciones en la demanda. Por ende es importante investigar la causa de estas iatrogenias y su porcentaje. Obviamente existen iatrogenias que escapan del factor humano o el mismo factor humano *per se* puede producirlas. Por tanto, es importante identificarlas por anticipado.

Características de la atención médica:

- Es una necesidad básica para todos, si el problema es complejo se deberá derivar al paciente al profesional competente. Y si el problema escapa al sector salud se deberá realizar el triaje eficiente, convirtiéndose en un servicio multidisciplinario.
- La relativa ignorancia del consumidor va a producir brechas con respecto a aquellos que tengan más

conocimiento, por eso se necesita que la demanda tenga cada vez mayor conocimiento de *autocuidado* de su salud individual. Esto creará una baja en la demanda del sector. Esto debe ser así, puesto que no se debe mover una maquinaria (entiéndase hospital) tan grande para curar el resfriado a un paciente, quien fácilmente se puede curar en casa y tomar las prevenciones del caso. El costo es muy grande, podría atenderse bien en establecimientos de salud con atención primaria (postas, centros de salud), guardando los recursos hospitalarios para aquellas personas que lo necesiten (neurocirugías, diálisis, etc.)

- La incertidumbre de futuras necesidades. Los seres humanos pueden, mediante la experiencia, tratar de prever situaciones futuras, según la coyuntura del momento actual. Sin embargo, no se está 100% seguro de ello. Así, el temor de la incertidumbre también modifica la demanda, puesto que la gente quiere estar siempre protegida y asegurar de alguna forma a su familia.
- Las condiciones monopólicas también redefinirán la demanda, puesto que si existe sólo una fuente de seguridad, ésta puede insatisfacer a la población y buscarán otras opciones, las EPS's por ejemplo.

La salud es un bien meritorio, no es un bien que sea simplemente costo de dinero, pues la vida está en riesgo. Es una característica de la demanda, es una inversión que tiene relación con derecho social y derecho liberal.

Algunos enfoques de diagnóstico y de servicio de salud, con estudio de mercado.

Según las características de los demandantes variaría la demanda de atención, es decir la cantidad de atención dependerá de edad, sexo, adaptación, educación y otros factores, también calidad de atención, accesibilidad, tiempo de espera, costos, etc.

Los problemas en la demanda se van a originar por una deficiente información, si no se conoce la demanda primero en número (cuántos están enfermos), segundo en la población (cuáles están más o menos graves o de los aparentemente sano, quiénes tienen una enfermedad subclínica o quiénes no tienen aparentemente nada; cuántos tienen riesgos, de qué clase o de qué magnitud son).

Para acceder a un servicio hay limitaciones que están en relación a la insatisfacción, distorsión de los niveles de cobertura, impedimento para redefinir los ámbitos de los establecimientos, uso irracional de los recursos, etc.

Cuando la demanda es colectiva, podemos hacerlo localmente, como en un centro asistencial, a través de mapas donde se identifique zonas de mayor densidad o también mapas a nivel nacional; para determinar la diferencia de demanda, se tiene que identificar una serie de características como: niveles culturales, históricos, de enfermedades, las defunciones, características geográficas y demográficas de la población, etc.

La demanda también está en relación a diferentes factores determinantes de la salud, biología humana, el ambiente, estilos de vida y localizaciones de los sistemas de salud.

Entra con mucha fuerza la satisfacción del usuario frente al servicio que se otorga. La demanda también va a variar para tomar una decisión en cuanto a política sanitaria y en cuanto a los cambios étáreos. Los programas de planificación han logrado detener el incremento de la población joven y las mejoras en los servicios de salud han mejorado la calidad de vida y el tiempo de vida, la expectativa de vida aumenta y la población geronte se incrementa; se altera la demanda y con ellos aparecen los problemas crónicos degenerativos.

La demanda dependerá también de la mortalidad, que es diferente de las causas de mortalidad por años. Algo que es nuevo y representativo del seguro social son los accidentes de trabajo, es una nueva demanda porque no se ha registrado como tal al accidente de trabajo, enfermedad ocupacional y enfermedad común.

En personas mayores de 15 a 59 años las enfermedades crónicas degenerativas incrementan y los hechos violentos también aumentan.

La demanda tendrá que ser muy bien identificada para tomar las mejores decisiones de acuerdo a políticas institucionales o de sector.

El niño es un grupo etéreo muy importante, es una población que necesita apoyo, pero sí se cree que en el seguro social, el adulto mayor y las enfermedades crónicas están agobiando en gastos.

Si creemos que el niño es parte fundamental de la población, no sólo en enfermedad, sino como parte del problema de salud, entonces la parte sanitaria de la comunidad del país en sí va a ser importante.

Importancia del Sistema de Información

Integrar la información procedente de diferentes fuentes intrasectoriales y intersectoriales relacionados a estudios demográficos, sociológicos, antropológicos, económicos, metodológicos, entre otros, permitirán una correlación de eventos de salud colectiva, siempre interrelacionado con lo individual, elemento complementario para la toma de decisión.

Resumiendo, se han visto 4 formas de demanda para fines de planeamiento, hemos visto la importancia de la demanda, la forma de decisiones, cuáles son los diferentes puntos que han de tomarse en cuenta para el estudio de la planificación, cuál es la ubicación del estudio de la demanda en planificación y cuáles son los determinantes de la demanda.

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Marco Antonio Sánchez

La sociedad peruana en busca de mejores niveles de vida, ha desarrollado un conjunto de elementos orientados a la producción de servicios de salud los que conforman un sistema al que se le ha dado una estructura formal desde 1978 al establecerse el SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD. La finalidad del sistema es coordinar planes, programas y acciones de los servicios de salud a nivel: Central, Regional, Local.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

COMPONENTES:

El Sistema de Atención de la salud.

El conjunto de elementos no diferenciados formalmente del Sistema de Salud (sistema educativo, sistema económico, sistema político, sistema cultural, sistema religioso, etc.)

SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD: componentes:

El Sistema Institucional de Servicios de la Salud; entidades de salud constituidas a través de normas jurídicas específicas establecidas y apoyadas por el Estado. Utilizan la tecnología médico-sanitaria a través de personal calificado formalmente.

El Sistema Tradicional de Atención de la Salud; constituido por las medicinas alternativas o Medicina Folclórica: curanderos, brujos, yerberos, rezadores, chamanes, hueseros, comadronas, etc.

El Sistema Popular de Atención de la Salud; «Redes Sociales de Apoyo» (clubes de madres, comedores populares, vaso de leche, comités de salud, etc.)

COMPOSICIÓN Y NIVELES DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Está normalmente estructurado y constituido básicamente por:

- Subsistema Gubernamental: MINSA, las sanidades de los organismos de la FF.AA. y FF.PP., y del cuerpo nacional de bomberos, los Sistemas Regionales de Salud que ahora se llaman simplemente Direcciones de Salud, Organismos Públicos Descentralizados del MINSA, dependencias municipales de salud.

- Subsistema de Seguridad Social: Tenemos al IPSS, entidades privadas de seguridad social.
- Subsistema de la Sociedad Civil: Organismos no Gubernamentales (ONGs), entidades privadas de salud no lucrativas, entidades voluntarias.

NIVELES ORGANIZATIVOS DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Tenemos 3 niveles:

- * Nivel Político: Unidades estructurales que cumplen una función de gobierno o de conducción política del sistema de salud, en este caso se refiere a la Sede Central; entonces tenemos al Ministro de Salud y un conjunto de altos funcionarios que trabajan conjuntamente con el Estado, y donde se dan las normas o disposiciones que rigen al Sector Salud a nivel nacional.
- * Nivel Macro administrativo: Donde van a reflejarse estas decisiones políticas que se van a traducir en normas, planes, programas y directivas, las mismas que van a llegar a los establecimientos de mayor complejidad hasta los de menor complejidad para su fiel cumplimiento.
- * Nivel Operativo: Comprende a los establecimientos de salud que tienen contacto directo con la población: los establecimientos de salud, los puertos de salud, Centros de Salud, Hospitales de apoyo e institutos especializados, estableciendo lo que ahora se llaman «las redes de establecimientos de salud», que no son más que estructuras orgánicas que tienen un hospital como cabeza de red y un conjunto de centros y puestos de salud satélites que van a trabajar bajo un sistema de referencia y contrarreferencia en la población.

El 80% de los problemas de salud estadísticamente hablando, se resuelven en los establecimientos de 1° y 2° nivel, el otro 20% requerirá de atención especializada en los hospitales. Entonces mediante un sistema de redes de establecimientos de salud y sistemas de referencia y contrarreferencia es que la población va a ser atendida de manera más eficaz con calidad, y eficiencia sobre todo en el establecimiento que le corresponde de acuerdo al grado de complejidad del problema de salud que tiene el paciente.

CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

Es el marco donde están englobados todos los elementos que forman parte de este sistema, así tenemos:

- Contexto inmediato o específico: Comprende la población usuaria, las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos, los profesionales de salud, trabajadores de salud, equipos, la política de salud, los sistemas alternativos que vimos, etc.
- Contexto mediato o general: Lo dan el marco económico, cultural, político, demográfico, jurídico, científico - tecnológico dentro del cual nosotros estamos insertados, nosotros no pretendemos resolver los problemas de salud solamente desde el punto de vista médico o desde el punto de vista de la salud, el proceso salud - enfermedad está inevitablemente enmarcado dentro de un marco social, político, económico, jurídico, demográfico que tenemos que entenderlo cabalmente si realmente queremos hacer un trabajo productivo en pro de la salud de la población en su conjunto.

ESQUEMA N° 1

Existe un medio físico y social que nos rodea, un grupo poblacional que necesita asistencia médica porque está expuesto a muchos riesgos. Entonces este medio físico y social inevitablemente va a influenciar favorable o desfavorablemente en el estado de salud de la población, y por otro lado nosotros tenemos un Sistema Nacional de Salud, que está llamado a prestar servicios de salud de calidad a esta población que está expuesta a determinado riesgo, entonces estas instituciones de salud tienen que desarrollar simultáneamente dos tipos de labores: labor recuperativa de la salud, en el diagnóstico, tratamiento, y asistencia a los enfermos pero básicamente los establecimientos de salud en los momentos actuales y dentro de las enfoques de la nueva salud pública, estamos obligados a dar promoción, prevención y protección más que recuperación, para ello las instituciones prestadoras de Servicio de Salud necesitan contar con recursos humanos, logísticos, financieros, suficientes lógicamente que los establecimientos de salud por sí solos no van a poder cumplir con su tarea si no se cuenta con apoyo económico y político de nivel central, de apoyo extranjero para que nosotros podamos cumplir nuestros objetivos y metas y mejorar los niveles de salud de la población.

ESQUEMA N° 2

Aquí tenemos los diferentes niveles de atención: ojo que estoy diciendo niveles, no estoy diciendo importancia, porque a veces creemos que los hospitales de apoyo o los institutos especializados son los establecimientos de salud más importantes que los Centros de Salud o Puestos de Salud, o de repente creemos que los médicos que trabajan en los institutos especializados son médicos de otro planeta, diferentes de los que trabajan en un centro de salud, o de repente pensamos que el personal que trabaja en los centros y los Puestos de salud es un personal de 2da. o 3ra. categoría con respecto a 3er. o 4to. nivel.

Entonces acá abajo tenemos la comunidad, vemos que la comunidad tiene organizaciones de base, en el cual los promotores de salud se agrupan en comités de salud que son el primer nexo de la población con los establecimientos de salud a través de los cuales llegan a ella, pues estos son establecimientos formalmente constituidos o instituciones que pertenecen al sistema de atención de la salud. El puesto de salud, el puesto sanitario o posta médica que es el establecimiento de salud de menor complejidad, luego viene el centro de Salud (un poco más de complejidad), ambos realizan atención ambulatoria, luego vienen los Hospitales de Apoyo que hay de diferentes categorías según la infraestructura o el equipamiento que tengan y finalmente los Institutos Especializados, acá tenemos por ejemplo al Instituto Nacional de Oftalmología, el Instituto Materno Perinatal, el Instituto Nacional del Niño, etc. Entre los hospitales de apoyo tenemos el 2 de Mayo, Loayza, San Juan, Bravo Chico, etc. A continuación les citaré un ejemplo muy sencillo: tenemos una gestante que acude a su control prenatal al Centro de Salud «Max Arias Schreiber», y la controlamos durante todo su embarazo, y la derivamos al Hospital cabeza de Red que en este caso es el Instituto Materno Perinatal, para la atención del parto; ya restablecida a los 3 días, si ha sido un parto eutócico (normal), sale de alta con su bebé, regresa al Centro de Salud para su control post - natal, ingresa al programa de planificación familiar y el bebé al programa de crecimiento y desarrollo para su control hasta el año de edad, este es el Sistema de Referencia.

LOS SILOS (SISTEMAS LOCALES DE SALUD)

En 1988 la OPS da a conocer la elaboración de una nueva estrategia para que los países puedan superar las deficiencias que tienen en salud y pueda lograrse mayor equidad, eficacia y eficiencia de las acciones de salud pública.

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EL DESARROLLO DE LOS SILOS

1. La reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los SILOS

Para nadie es secreto que el sistema de salud en nuestro país es un sistema con una serie de deficiencias y que tiene que ser reorganizado se habla de una reforma del sector salud pero eso es una tesis que han venido sosteniendo los diferentes gobiernos pasados.

Esta reorganización debe partir del nivel central, nada ganamos planteando reformas o nivel periférico si el nivel central sigue con las mismas deficiencias, y esta reforma debe ser tal que plantee una nueva estructura orgánica acorde a la realidad actual del país y sobre todo simplificando las instancias y rompiendo las marañas burocráticas administrativa de los gobiernos centrales más bien buscar la libertad de acción a los establecimientos y en los diferentes niveles de atención.

2. La descentralización y desconcentración

Tiene relación directa con la anterior. Los altos mandos del sector salud son lo que toman las decisiones a veces equivocadas, pero no se conoce la realidad de los establecimientos periféricos, entonces estos necesitan tener libertad de poder administrarse de una forma independiente, administrar nuestros propios recursos eficiente, adecuadamente y de acuerdo a las normas.

3. La participación social

Que es muy importante, la población debidamente organizada tiene que participar activamente en la

solución de los problemas de salud.

4. La intersectorialidad

Para mejorar los niveles de salud de nuestra población debemos trabajar en conjunto con los otros sectores (sector educación, trabajo, vivienda, etc.) porque sólo como sector no podemos resolverlo, ya que la población se enferma por muchos factores sociales, como pobreza por ejemplo.

5. La readecuación de los mecanismos de financiación

Esta es una necesidad de hace mucho tiempo clamada del sector salud ya que cada vez tiene un presupuesto menor comparado con el incremento de la población y de sus necesidades.

6. El desarrollo de un nuevo modelo de atención

Ahora se está propugnando el modelo de atención integral en salud, y esto presupone también ofrecer los diversos servicios de salud que se pueden brindar a la población, entonces este modelo de atención implica un modelo de atención integral que apunta fundamentalmente al aspecto preventivo más que al aspecto recuperativo de la salud.

7. La integración de los programas de prevención y control

8. El refuerzo de la capacidad administrativa

Es conveniente que los profesionales que tienen a cargo la producción de los establecimientos de salud tengan preparación eficiente en el campo administrativo y en el campo de la gerencia en servicios de salud, antes no se impartían estos cursos, ahora sí, por lo tanto hay que aprovecharlos, todos los médicos debemos saber siquiera lo básico.

9. La capacitación de la fuerza de trabajo en salud

Capacitación a todo nivel no sólo en el campo directivo, porque los recursos humanos en el campo de salud no son los mejores, necesitábamos personal idóneo para tan delicada e importante labor de tanta responsabilidad.

10. La investigación

Nuestra labor en el establecimiento de salud tiene 4 aspectos:

- Labor asistencial o técnica
- Labor administrativa
- Labor docente, como educadores de salud
- Labor de investigación que lamentablemente no hacemos, y si la hacemos es en muy pequeña escala.

SISTEMA LOCAL DE SALUD

- Para que Uds. puedan ver esquemáticamente lo que ya hemos expresado. ¿Cómo está conformado el sistema local de salud? Pues aquí vemos que está constituido por el sistema educativo, el sistema de atención de la salud, el sistema cultural, sistema de comunicación, el sistema político, el sistema económico.
- Aquí en sistema educativo tenemos universidades, escuelas técnicas, centros educativos, etc.
- En el sistema de atención de la salud tenemos las dependencias del ministerio de salud, del Instituto Peruano de Seguridad Social, de las fuerzas Armadas, de la policía del Perú, del sector privado.
- En el sistema cultural tenemos las organizaciones culturales deportivas, las organizaciones comunitarias, las organizaciones religiosas, las organizaciones filantrópicas, etc.

- En el sistema de comunicación tenemos las radioemisoras, los cines, la prensa escrita, la prensa televisada, los parlantes locales.
- En el sistema político tenemos los sindicatos, los partidos políticos, las autoridades locales, las municipalidades.
- En el sistema económico tenemos los comercios, las industrias, las cooperativas, etc.

En el campo de la salud debemos trabajar articuladamente con otros sistemas.

- * Cuando hablamos del sistema local de salud básicamente nos referimos a los establecimientos de Primer nivel y de Segundo nivel.

El primer nivel está conformado por Puestos y Centros de Salud.

El segundo nivel está conformado por Hospitales.

ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DEL CENTRO DE SALUD

- Una Jefatura que tiene a cargo la dirección del establecimiento.
- Secretaria como órgano de apoyo.
- Un órgano de asesoramiento, dado por el comité técnico, comité asesor y la unidad de capacitación.

Servicios Generales

- Contabilidad
- Personal
- Abastecimiento
- Estadística
- Mantenimiento
- Limpieza
- Vigilancia

Servicios Intermedios

- Enfermería
- Laboratorio
- Radiología
- Farmacia
- Saneamiento umbilical
- Servicio social
- Nutrición
- Psicología

Servicios Finales: (Consultorios)

- Medicina General
- Pediatría
- Ginecología y Obstetricia
- Odontología
- Neumología
- Geriatría

FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN EN UN CENTRO DE SALUD

Cuando uno ingresa a un centro de salud se acerca a la oficina de informes donde la persona que está a cargo le va a preguntar qué es lo que desea y le va a dar la orientación correspondiente. Si va a atenderse, va la enfermera, le va a dar su ticket para ir al consultorio correspondiente. La persona se acerca a caja abona el concepto de consulta, si no puede pagar va a la asistencia social que le hará una evaluación para ayudarlo exonerándolo parcial o totalmente del pago, luego pasa a admisión, y luego pasa al consultorio externo, ahí se evalúa al paciente, y luego se hace receta para la farmacia para que le

den los medicamentos prescritos.

2.2. PROGRAMAS DE SALUD

Es un conjunto de normas de Salud, destinado a lograr una mejor cobertura de atención en una población determinada, con la intención de poner mayor énfasis en el aspecto preventivo más que curativo

2.2.1 PROGRAMAS ORIENTADOS AL NIÑO

Programas de Inmunizaciones:

Objetivos:

Mejorar la cobertura de protegidos y disminuir las tasas de morbimortalidad por enfermedades prevenibles o inmunoprevenibles por vacunas, como son: Poliomieltitis, Sarampión, Difteria, Tétanos, Tos convulsiva o Tos Ferina.

Estrategias:

La vacunación temprana en grupos de riesgo, es decir, entre los 0 a 5 años de edad. Esta vacunación se lleva a cabo ya sea en el mismo establecimiento de Salud, sistemáticamente casa por casa o en jornadas nacionales VAN, que es 3 veces por año.

- Al recién nacido se le aplican las vacunas BCG y Polio.
- A los 2 meses de edad se le aplican la Triple y Polio.
- A los 3 meses de edad se le aplican la Triple y Polio.
- A los 4 meses de edad se le aplican la Triple y Polio.
- A los 9 y 15 meses de edad se le aplica la antisarampionosa.
- A los 10 años el refuerzo de la BCG.

En la vacuna se inocular la enfermedad atenuada, que da como resultado una reacción de las defensas del niño.

Se lleva a cabo vacunación a gestantes para prevenir el Tétanos Neonato, a partir de las 24 semanas que la cubre 6 años, además a todas las mujeres en edad fértil también se las está vacunando.

Programa de Enfermedades Diarreicas Agudas (E.D.A.)

Objetivos:

Prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas en el menor de 5 años aplicando el plan de tratamiento preestablecido y empleando las sales de rehidratación oral.

Estrategias:

- Educación para la prevención, rehidratación y manejo dietético apropiado.
- Fomentar la instalación y funcionamiento de las unidades de rehidratación oral (UROS) y dictar medidas convenientes de saneamiento básico.

Los UROS son pequeños ambientes donde se le da atención inicial a un paciente que está deshidratado.

Las unidades de rehidratación oral son ubicadas en la comunidad como club de madres o una casa, y atienden los llamados promotores de la Salud (líderes comunales a los que se prepara en el Centro de Salud), pueden también estar ubicados en los centros educativos o centros de Salud.

Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.)

Objetivos:

Prevenir y controlar las infecciones respiratorias agudas, con énfasis en niños menores de 5 años, realizando el tratamiento y seguimiento de casos de acuerdo a la clasificación clínica, disminuyendo de esta manera las tasas de morbimortalidad por dicha causa.

Estrategias:

Educación de la población para la prevención, control, manejo domiciliario y reconocimiento de signos de alarma, estableciéndose así un sistema de captación y referencia de la población al establecimiento de Salud.

Programa de Crecimiento y Desarrollo o Control del Niño Sano

Objetivos:

Promover y brindar atención al niño sano de 0 a 5 años, teniendo en cuenta la promoción, protección y recuperación de la salud previniendo las enfermedades que puedan alterar o retroceder el normal crecimiento y desarrollo del niño.

Estrategias:

Son las mismas del programa anterior. Se le pesa, talla, mide el perímetro cefálico y el perímetro torácico, básicamente.

2.2.2 PROGRAMAS DESTINADOS A LA MADRE

Programa de Control de Embarazo, Parto y Puerperio (Materno Perinatal)

Objetivos:

Garantizar la salud de la gestante y del recién nacido

Programa de Planificación Familiar

Objetivos:

1. Informar, educar y poner al alcance de la comunidad los diferentes métodos anticonceptivos que existen, la tarea es poner al alcance tanto los métodos artificiales como naturales, se le tiene que dar a la población todo el abanico de posibilidades y puede adaptarlo a sus necesidades, con el fin de limitar o fijar el número de hijos que la pareja ha decidido tener; promoviendo así el ejercicio de una paternidad responsable que debe ser de ambos y también con este programa disminuir el riesgo reproductivo, ya que una mujer cuando sale embarazada tiene el riesgo de morir, quedar inválida o con una secuela.
2. Prevenir el aborto por embarazo no deseado. Hay diversas formas de evitar el embarazo a través de los métodos anticonceptivos, estos son gratuitos, incluso los quirúrgicos. Se afirma que los altos índices de aborto son el resultado del fracaso del programa de planificación familiar.
3. Contribuir a la disminución de las tasas de morbimortalidad materno infantil.

Estrategias:

1. Educación, informando a la población sobre lo que constituye el riesgo reproductivo.
2. Difundir la educación sexual en los padres y adolescentes, así como a los alumnos y profesores.

Programa de Detección de Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer de cuello uterino sigue siendo la 1^o causa de muerte por cáncer en las mujeres, en el Perú, la 2^a es el cáncer de mama.

Objetivos:

Contribuir a la detección precoz del cáncer del cuello uterino, disminuyendo las tasas de morbimortalidad en mujeres por dicha causa a través del EXAMEN DE PAPANICOLAOU (examen barato, gratuito en muchos establecimientos de salud y fácilmente accesible).

Estrategias:

1. Difusión en la comunidad o en la población de la importancia de la realización de este examen anualmente, como medida preventiva.

2. Captación de mujeres de los otros servicios y programas del establecimiento de salud.

PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Objetivos:

1. Disminuir las tasas de morbimortalidad por TBC en nuestro país.
2. Iniciar y completar el tratamiento de los casos de TBC, el cual es gratuito dependiendo del esquema 6 meses, 8 meses, 1 año el único requisito es que viva dentro del ámbito jurisdiccional que tiene el establecimiento.
3. Proteger a la población en riesgo y susceptible mediante la vacunación BCG y quimioprofilaxis (isoniazida).
4. Prestar apoyo alimentario al enfermo según prioridad establecida.

Estrategias:

1. Desarrollar las actividades del programa en forma integrada, a través del equipo multidisciplinario.
2. Ofrecer el tratamiento gratuito a todo enfermo con TBC que pertenezcan al área programada del establecimiento de salud.
3. Captación de los sintomáticos respiratorios (personas con tos por más de 15 días consecutivos), así como estudio de los contactos, ya que se trata de una enfermedad sumamente contagiosa.
4. Mantener la gratuidad en las actividades de inmunización, baciloscopía, quimioterapia y alimentación complementaria.

PROGRAMA DE SALUD BUCAL

Objetivos:

Disminución de las caries y de las enfermedades periodontales en la población, desarrollando acciones preventivas basadas en la educación, la alimentación, el cepillado adecuado y la fluorización, promoviendo el consumo humano de sal fluorado.

Estrategias:

1. **Preventivos** (es lo que más se busca en vez de lo recuperativo)
 - Enjuagatorios en flúor en niños de 3-14 años
 - Eliminación de placa bacterianas en niños de 3-14 años
 - Eliminación de placa bacterianas en gestantes.
2. **Educativas**
 - Mediante los talleres sobre fluorización a profesores, padres de familia y escolares
 - A las gestantes en los servicios de odontología en los centros de salud, donde se realiza el tratamiento propiamente dicho de las enfermedades bucodentales

PROGRAMA ESCOLAR

Este programa va dirigido a la población escolar de la jurisdicción: Centro educativos estatales tratando de cubrir los 2 turnos. Se desarrolla en forma integral a cargo de un equipo multidisciplinario.

El objetivo de este programa es realizar un examen médico completo a los escolares, tratando de detectar algún problema de salud, citando a los pacientes con sus padres o apoderados al centro de salud para su tratamiento correspondiente o transfiriéndolo a un centro más especializado si el problema lo amerita.

Actualmente se da el seguro escolar gratuito, atención médica, quirúrgica, etc. dirigida a toda la población escolar de 3 a 17 años.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Objetivo:

Programar, ejecutar y evaluar las actividades de promoción, prevención y recuperación de la Salud Mental en la comunidad.

PROGRAMA DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Objetivo:

Disminuir la morbimortalidad por enfermedades transmisibles (infectocontagiosas).

Estrategias:

- Educación sanitaria impartida a toda la población con el objeto de prevenir las enfermedades transmisibles.
- Llevar a cabo acciones recuperativas de la Salud con el tratamiento correspondiente de los casos.
- Evitar el avance de la enfermedad así como previniéndola según el caso mediante la vacunación.

Las enfermedades transmisibles incluyen: Malaria, Rabia, Cólera, Difteria, Tos Ferina, Meningitis, Poliomiélitis, Sarampión, Fiebre Amarilla, Dengue, Tétanos, Sífilis, Gonorrea, SIDA, Tifus Exantemático, etc.

2.3 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Está constituido por profesionales de las diferentes disciplinas como: Médico, Odontólogo, Químico Farmacéutico, Obstetiz, Enfermeras, Psicólogo, Asistencia Social y Técnico en Saneamiento Ambiental; son integrantes que trabajan en forma conjunta constituyendo un equipo. En materia de Salud el trabajo individual ha sido erradicado, pero dentro del grupo cada uno mantiene su individualidad y su responsabilidad en el campo que le compete.

Trabajo en la Comunidad

Es un concepto moderno en lo que respecta a la atención de Salud. El concepto antiguo, era esperar en los establecimientos de Salud, con la presencia del paciente que acude en busca de acción recuperativa de su salud, acción que se ha venido dando en los establecimientos cada vez con mejor nivel de calidad, con el apoyo de los avances científicos en el campo de la Salud, El criterio actual ya no es ese. El trabajo comunitario cumple con acción preventivo promocional. De esta manera el personal del Centro de Salud toma contacto directo con la comunidad y conoce las condiciones de vivienda de saneamiento básico, que se desarrolla en esta comunidad, o en que vive esta población para poder comprender mejor cómo influye o afecta a su salud.

La comunidad para llevar a cabo la solución de sus problemas más álgidos, requiere organizarse, agruparse para constituir las llamadas ORGANIZACIONES DE BASE, que son grupos de personas que con el apoyo de instituciones estatales privadas logran o brindan ayuda a los integrantes de dicha comunidad.

2.4. ORGANIZACIONES DE BASE

1. Comités de Salud

Son integrados por los promotores de Salud, en su mayoría mujeres, los cuales son capacitados por el establecimiento de Salud de la jurisdicción y por instituciones particulares como por ejemplo: UNICEF (organización mundial que brinda atención al niño), CEPROMUR (Centro de Promoción Urbana).

Función:

Velar por la salud de la población, principalmente la madre y el niño y así derivar al Centro de Salud de la Jurisdicción, proporcionando la atención de emergencia. A los integrantes se les capacita para labores de enfermería elemental, auxiliar de enfermería, y además son capacitados por instituciones particulares.

2. Comités de Vaso de Leche

Son organizaciones de base que tienen como objetivo hacer llegar a una comunidad determinada de niños leche en polvo o avena que son entregadas por el estado para su difusión o reparto. En algunos lugares se dan sólo a niños, con el objeto de reforzar la alimentación de este grupo poblacional que cada vez está más venido a menos y que ha llevado niveles críticos de desnutrición.

3. Club de Madres

Organización que se encarga de la capacitación de las madres integrantes de la comunidad, con programas de alfabetización, labores manuales, etc. El objetivo es elevar el nivel cultural de las mismas.

4. Juntas vecinales

Son organizaciones de base constituidos por un grupo de vecinos de la localidad, y que tienen como objetivo velar por la presencia y operatividad de los servicios indispensables como son luz, agua, desagüe, baja policía, vigilancia policial, etc.

5. Comedores Populares

Son organizaciones donde se realiza la preparación de alimentos, principalmente almuerzo, para ser vendidos a precios muy bajos a las personas de la comunidad que los requiera.

6. Comedores Parroquiales

Organizaciones que están a cargo de las parroquias de la comunidad, con el apoyo de madres de la comunidad, la infraestructura es mejor y se preparan desayuno y almuerzo, principalmente para los niños.

Son gratuitos para niños y ancianos. Tenemos por ejemplo:

- Comedor Parroquial San Ricardo, que recibe 70 niños entre los 3 a 13 años.
- Comedor Parroquial Virgen de Guadalupe (Balconcillo) que recibe 100 niños diariamente y 40 ancianos aproximadamente, los adultos pagan simbólicamente.

2.5. ACTIVIDADES PREVENTIVO-PROMOCIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Se realizan tanto dentro del Centro de Salud como fuera de él; cada uno de los servicios realiza ya sea individual o colectivamente la labor preventivo promocional. Dentro de la jurisdicción en diferentes zonas se realiza mediante trabajos que se llaman GUARDIAS COMUNITARIAS que realiza el personal 3 veces por semana (Lunes, Miércoles y Viernes de 8 a.m. a 8 p.m.). Mediante una programación mensual, el personal cuenta con pasajes, refrigerios, tiene derecho a descanso al día siguiente, este equipo tiene un jefe y son 18 personas. La programación se desarrolla en 3 rubros:

- Educación Sanitaria.
- Inmunizaciones (casa por casa).
- Visita Domiciliaria, ésta se realiza con el objetivo de ubicar a pacientes que por varias razones han descuidando su visita al Centro de Salud, visita a personas que no han concluido un tratamiento, como por ejemplo, Tuberculosis.

Campañas de Salud:

- Para despistaje de cáncer al cuello uterino
- Para despistaje de Diabetes, HTA, GLAUCOMA
- Planificación Familiar
- Vacunación de perros
- Otros

ELEMENTOS DE LA ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA

Igualmente el aspecto administrativo, la maraña burocrática se está rompiendo y se está viabilizando mucho más ahora con la participación de la comunidad en la administración directa de los establecimientos de Salud.

Estos CLAS son asociaciones civiles que no tienen fines de lucro y se conforman por 4 a 6 miembros de una comunidad, el médico jefe de este establecimiento forma parte, es un miembro neto de este comité, quien designa a los integrantes es el director de salud de ese ámbito jurisdiccional, no el médico jefe y se establece un contrato por el cual esta persona se compromete a gestionar adecuadamente este establecimiento local de salud. El contrato es por tres años, se compromete a gerenciar adecuada, efectiva y eficientemente; estos establecimientos de los lineamientos que del MINSA como ente rector y como ente formativo con esto no se trata de crear instituciones nuevas o instituciones paralelas porque los comités locales de salud trabajan en los mismos establecimientos de salud, con el mismo personal, con el mismo equipamiento, ellos se están incorporando a la administración lo que se busca es corregir todas las deficiencias encontradas y brindar una atención mejor a la población y qué mejor que la misma comunidad participe en la gestión del establecimiento a través de sus representantes el establecimiento tendrá pleno conocimiento de cortes de cuáles son las necesidades, cuáles son los problemas que más tiene esta población.

Estos CLAS tienen que formalizarse como personas jurídicas, tienen que registrarse en los Registros Públicos y tienen que preparar un programa de salud local; es decir, un plan operativo, un plan de trabajo de acuerdo lógicamente al de situación de salud que hallan hecho de la jurisdicción, cada jurisdicción tiene rasgos diferentes, son las experiencias obtenidas en estos 3 años y meses.

- Estos CLAS están siguiendo el camino correcto de la modernización del sector.
- Se están efectivamente ejerciendo adecuadamente los establecimientos de salud con respecto al gerenciamiento anterior.
- Se está no solamente prestando mejores servicios, sino que se está dando un uso racional de estos recursos de que dispone el establecimiento, lo que no se ha venido haciendo antes.
- Tanto la comunidad como los programadores se están adaptando muy fácilmente a esta modalidad de trabajo. Al comienzo hubo mucho rechazo de parte del personal de salud, porque supuestamente se sentían como fiscalizados por los representantes de la comunidad.
- Esto ha despertado bastante interés en los lugares donde todavía no se ha implementado el CLAS, ya hay lugares que están solicitando ser también incorporados a este nuevo sistema.

EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD DEL MENOR DE 5 AÑOS Y DEL ESCOLAR

Dra. Rosario Jimenez

Hablar de la atención integral de salud significa ahora redefinir el enfoque tradicional que ha predominado en la atención de los servicios, es decir ver la atención desde el punto de vista de la oferta de la misma: en función de las necesidades de los médicos, necesidades de los servicios, disponibilidad de recursos en función de capacidades de los servicios y transitar hacia un nuevo enfoque que significa pensar la atención desde los usuarios de la misma.

En los últimos años se está pensando cada vez más en los usuarios, y esto significa reenfocar todo el modelo de atención considerando que éstos son personas y como tales integrales que viven los

fenómenos de su salud y de su enfermedad de una manera “holística” donde el componente físico, económico, social, psicoafectivo y cultural se viven de una manera única y no en forma compartimentalizada. Entonces desde este punto de vista se ha empezado a ver a la atención de una manera integral y si tomamos en cuenta a los usuarios tenemos que pensar en la calidad enfocada desde la satisfacción del cliente.

Vamos a hablar de estas consideraciones generales; en primer lugar lo que ocurre es que la atención tradicional que damos en los establecimientos se orienta principalmente a tratar solamente los signos y síntomas que motivan una consulta. Por ejemplo: acuden una madre con su niño con diarrea, o con tos, o una persona adulta con dolor abdominal y el médico se centra en el síntoma y en tratar el problema obviando todo lo que puede ocurrir alrededor de la persona y peor aún desperdiciando la oportunidad de contacto con esta persona para explorarla más allá del motivo por el que acude.

La atención que brindamos en los establecimientos de salud, la mayoría de veces trata los síntomas y signos que motivan la consulta; por esta razón no aprovechamos el contacto de la población con el establecimiento de salud (ES) para solucionar los problemas que pudieran estar afectando a los pacientes. Por ejemplo una madre gestante lleva a su niño a la consulta, la madre tiene las piernas hinchadas tal vez porque su presión estaba aumentada, pero el personal de salud sólo atiende al niño obviando cualquier otro tipo de preocupación.

Otro aspecto tiene que ver con un mejor aprovechamiento de los espacios para informar adecuadamente sobre las enfermedades del paciente, más aún para fomentar a las personas que asuman medidas de prevención para que no le ocurra el problema, es decir para el fomento del autocuidado. Esto se ve muy frecuentemente cuando muchas veces una madre sale de la consulta de su hijo sin saber lo que realmente tiene el niño, debido a que no ha sido suficientemente informada.

Esto es sin embargo un fenómeno diferenciado porque por ejemplo no ocurre en la práctica privada, donde el paciente es mucho mejor informado, hay un diálogo mucho más estrecho entre el médico y las personas usuarias de los servicios, mientras que en los servicios públicos se atiende muy poco el tema de la información y la orientación, olvidándose este elemental derecho de los pacientes.

La atención integral (AI) propone tomar en cuenta a todas las personas que acuden a un establecimiento en algo más que un signo o síntoma, buscando que sean valorados en forma integral.

¿Qué significa? Ir más allá de la molestia que implica una consulta; considerar el impacto del problema en otras esferas además de lo físico, en lo social, económico, a nivel individual y familiar, considerando riesgos potenciales de determinadas etapas de la vida. Está ya visto por nosotros que la política de salud plantea proteger a la niñez de una manera integral y esto está comenzando a hacerse operativo. Por otro lado, normalmente los profesionales están sentados esperando casos, que acudan a sus consultorios y la gente que acude son menos que los que deberían ser. Existen aún serios problemas que limitan la accesibilidad de la población a los servicios, sea por razones geográficas, sociales, económicas o culturales.

Nosotros tenemos que buscar activamente a las personas que no llegan a acudir a los servicios. Hay establecimientos de salud (ES) muy bien equipados pero la gente no va a estos ES; entonces es importante modificar estrategias, salir del establecimiento y acudir donde está la población para poder acercar el servicio a la misma.

Se trata entonces de aprovechar todas las oportunidades para un mejor y mayor contacto de los servicios con la población. Por ejemplo, existen muchos ES del interior del país que tienen una escasa demanda durante los días de semana, pero durante los sábados y domingos sube, debido a las ferias populares, entonces los ES están aprovechando para trabajar estos días a fin de incrementar su demanda, esto es un buen ejemplo de cómo un establecimiento mejora su estrategia para responder y aprovechar una demanda.

Buscar compartir actividades con la población, hacer que la gente participe en acciones de salud; para que una acción de salud fuera del establecimiento tenga éxito es inevitable el concurso de la población, ésta conoce la realidad local, y puede influir en el resto de la comunidad para usar de los servicios. Para lograr la eficacia de un programa es importante lograr que la gente sienta que comparte las acciones de

salud que son en bien de la salud del resto de la población. Ya es reconocido que es indispensable el apoyo de la población, sobre todo en zonas rurales, y urbano/marginales, las experiencias en trabajos en forma compartida lo constatan y esto forma también parte de la AI.

La AI toma en cuenta la cantidad y la calidad del servicio, la mayor cantidad del servicio lo llamamos valor agregado (término económico que significa “algo más”); esto ocurre en muchas ES, es decir, una persona va a un determinado ES por un problema pero sale del mismo con algo más, un valor agregado, por ejemplo: una madre que lleva a un niño por un cuadro de tos o diarrea, se puede aprovechar la consulta para vacunarlo, si fuera el caso de una madre gestante se le hace un control prenatal; esta mayor cantidad de servicios es lo que llamamos valor agregado en el sentido de salud. Finalmente a modo de resumen sobre atención integral, podemos apreciar sus siguientes alcances:

- Una atención que considere a la persona en todas sus esferas de desarrollo: físico, mental y social. Más aún, buscamos que se preste atención no sólo a los daños actuales sino también a los riesgos potenciales.
- Una atención que aprovecha todas las oportunidades de contacto con la población para brindar los beneficios de mayores atenciones.
- Una atención que ofrece mayor cantidad y calidad de servicios, sobre todo a las poblaciones de mayor riesgo.
- Una atención de calidad ofrecida dentro y fuera del establecimiento, logrando la participación activa de las organizaciones presentes en la comunidad.

La calidad de servicio tiene los siguientes aspectos:

1. Competencia técnica para resolver problemas, los profesionales deben tener habilidades y conocimientos que le permitan resolver los problemas de los que acudan a una consulta. La calidez, trato amable, cordial y respetuoso entre el personal de salud y el usuario. Así en el aspecto de la calidez está el respeto a las otras personas, consideración, tiene que ver con la privacidad y confidencialidad en el tratamiento. Una madre que está en el control prenatal tiene que hacerse un examen ginecológico y no la debemos poner en cualquier ambiente donde haya mucha gente. El pudor es un tema absolutamente delicado, es muy difícil hacer que una mujer campesina se haga el papanicolau. Entonces el tema de la confidencialidad y privacidad es sumamente importante.
2. Un segundo aspecto de la calidad está en los equipos e insumos suficientes, tener todo lo necesario para una adecuada atención; por ejemplo: el equipamiento para partos normales debe también disponer de los insumos necesarios para un niño con asfixia. Se considera que un servicio es de calidad cuando por lo menos tiene mas del 80% de equipo necesario para la atención del paciente, considerando no sólo la situación de normalidad, sino el riesgo potencial de una complicación.
3. Otro aspecto es el seguimiento de los pacientes, una atención de calidad es aquel cuyo diseño está dirigido a estrategias que nos permitan dar continuidad a la atención, sobre todo en ciertos aspectos como en el caso de pacientes malnutridos, gestantes, programas de inmunización y otros, donde la continuidad de la atención puede asegurar un tratamiento completo.
4. Es muy común que las madres gestantes no sigan su control prenatal, que los niños no sigan su esquema de vacunación, por lo que el programa de atención debe diseñar las ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO.
5. No sólo nos debemos satisfacer con cumplir las consultas programadas, sino también aseguramos de que en el domicilio de los pacientes se asegure el tratamiento correspondiente. Ej. a niños malnutridos a quienes se les presta ayuda alimentaria, la visita domiciliaria sirve para, además de verificar la evolución de su estado nutricional, para asegurarnos de que se está haciendo un buen uso de los recursos alimentarios que se les ha asignado.
6. El niño mal nutrido no se va a curar en el ES sino más bien en su casa y depende mucho de las instrucciones que se le hayan dado a la madre sobre cómo alimentarlo y cuidarlo. Las actividades de información, educación y comunicación son parte de una atención integral.
7. Los servicios de salud producen información y esta información es muy útil para poder tomar decisiones, Ejm. Si en el ES se observa que están viniendo más casos de cólera o de alguna enfermedad endémica, inmediatamente se alista para tomar las medidas de prevención adecuadas. Entonces un sistema de información oportuna forma parte de la toma oportuna de decisiones que garantiza una calidad en la atención.

ATENCIÓN INTEGRAL EN MENORES DE 5 AÑOS

Vamos a ver ahora los principales aspectos que conllevan a una atención integral (AI) en menores de 5 años considerando las patologías más frecuentes en este grupo de edad y que el Ministerio de Salud actualmente viene asumiendo como programa.

Los problemas más comunes que se presentan en menores de 5 años son: cuadros de infección respiratoria aguda (IRA); las diarreas (EDA) la fiebre, los problemas de oído; de garganta, la necesidad de completar los esquemas de vacunación y los problemas alimentarios nutricionales. Prácticamente la atención integral del niño menor de 5 años gira alrededor de estos aspectos.

El programa plantea tres elementos fundamentales como estrategia de atención: **Evaluar, clasificar y tratar.**

Primero se evalúa la enfermedad; después clasificamos el grado de severidad y de acuerdo a esto podemos tratar el problema correspondiente.

Al menor de 5 años se le clasifica en 2 grupos etáreos (porque para cada uno los problemas son diferentes): de 0 a 2 meses y de 2 meses a 4 años y 11 meses.

De 0 a 2 meses.- es un grupo muy vulnerable que incluye la etapa neonatal temprana (hasta los 7 días de vida) y la etapa neonatal tardía (hasta el mes de edad). En nuestro país la muerte perinatal es la comprendida en niños entre la 28ava. semana de gestación hasta el primer mes de vida, ya que los niños son más vulnerables en la primera semana de vida y es un fenómeno muy relacionado a la gestación y al parto de la madre y malformaciones congénitas.

Actualmente es uno de los problemas más serios del país. La mortalidad infantil ha disminuido pero la perinatal ha aumentado. De ahí la preocupación del sector salud para controlar mejor los fenómenos de gestación y de parto con la detección precoz de los riesgos posibles a fin de disminuir tanto el número de muertes maternas como el número de fallecidos en el 1er. mes de vida.

El 2do. Grupo etáreo es de 2 meses a 4 años. Los procedimientos que se emplean son evaluar, clasificar y tratar igualmente.

Cuando llega el paciente a consulta tenemos que indagar por qué acude y luego mediante un interrogatorio y la confección de una buena historia clínica vamos a recoger los principales datos de la persona.

La historia clínica (HC) es un documento fundamental, de carácter legal y es muy importante recoger bien los datos al confeccionarla. Esta HC registra todo lo que ocurre con una persona desde que ingresa al establecimiento hasta que es dado de alta y tiene un valor histórico para la propia persona y un valor legal si la persona denuncia alguna negligencia médica. Colocar el grado de severidad que tiene el cuadro del paciente tiene 2 efectos: moviliza a un servicio y da el pronóstico del problema.

El programa de AI contempla buscar signos de alarma en los niños que ya están estandarizados. Así, todo niño que no puede tomar el pecho (si es lactante) o que no puede beber (si es más grandecito), se considera que está en extrema debilidad; los niños que vomitan todo y no contienen nada, que no pueden ingerir líquido ni recibir medicamentos; los niños que han sufrido convulsiones (ataques); los niños que están apáticos, letárgicos, somnolientos, no responden a estímulos ni se mueven mucho; todos estos casos se consideran que son niños en peligro aquí y en cualquier parte del país y deben ser inmediatamente hospitalizados. Esto se debe difundir a la población en general para que los padres estén enterados y puedan detectar muy tempranamente estos signos de peligro.

Esto forma parte de la AI: reconocer los signos de peligro en los niños pequeños.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN, CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DEL IRA

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) en su versión de neumonía es enormemente letal. La relación

de casos IRA/EDA son de 20 /1. Definitivamente el IRA en niños menores de 5 años es la principal causa de muerte, entonces debemos estar preparados para valorar los signos de peligro en un cuadro de IRA y poder reconocer los procedimientos mínimos de atención que deben tener estos niños.

Un niño con IRA puede infectarse desde la nariz hasta los pulmones bien sea por problemas virales o bacterianos.

Después de haber valorado en primer lugar los signos de peligro, lo que implica hospitalizar al niño en forma inmediata si los presenta, vamos a valorar a un niño con IRA.

Todo niño menor de 5 años tiene un promedio de 6 a 9 episodios de IRA por año. Entonces todo el tiempo los niños están con tos, estornudando y nosotros tenemos que intentar percibir cuándo la infección va más allá de las vías respiratorias altas; cuándo ya empieza a invadir a los pulmones y es allí donde tenemos que preocuparnos.

Sin embargo, cuando un niño acude por un cuadro de IRA tenemos que valorar 3 datos: la respiración rápida, el tiraje subcostal y la presencia de estridor y sibilancias. Nadie mejor que las madres para darse cuenta de estos signos; entonces el médico deberá interrogar bien a la madre y ella, le dirá si el niño respira ruidosamente o le ronca el pecho. Se le hacen preguntas muy sencillas: si respira más rápido o no tratando de indagar si el niño cambió su forma de respirar.

Todo cuadro que dure más de 14 días se considera con tendencia a la cronicidad y puede estar más relacionado al asma, TBC, tos convulsiva (tos coqueluchoide con espasmo y con estridor).

Se evalúa la dificultad respiratoria y el tiempo de la enfermedad; otro aspecto es evaluar la frecuencia respiratoria (FR). todo niño menor de 2 meses con FR mayor de 60/min; todo niño entre 2 meses y 11 meses con FR mayor de 50/min y los niños entre 1 y 4 años con FR mayor de 40/min se considera que tiene un cuadro de taquípnea, que es el primer signo del IRA más grave.

La FR se toma con el niño en reposo y se cuenta por 1 minuto. Otro signo patognomónico de la neumonía grave es el tiraje subcostal, esta es la expresión física del esfuerzo que hace el niño al tragar aire; sus pulmones, con serias limitaciones, tienen que hacer un esfuerzo adicional movilizándolo los músculos accesorios y en la inspiración se aprecia nitidamente el reborde costal; valoramos este signo observando el pecho cuando respira el niño; pero tranquilo, sin que llore.

Luego clasificamos la tos. La neumonía grave o enfermedad grave es un cuadro donde están presentes el tiraje subcostal y la FR incrementada y muchas veces estando aun en reposo se escucha un ruido áspero cuando entra aire seco al tórax, lo que implica tener que referir al niño de inmediato al CS para administrarle O₂ y antibiótico.

Todo niño con tos y respiración "rápida" sin tiraje subcostal, si estos signos están solos: es neumonía no grave, no requiere hospitalización, pudiendo recibir su tratamiento ambulatorio. Hay que educar a la madre para el tratamiento correspondiente y se le cita cada 2 días para valorar la evolución del niño en base al uso adecuado de los antibióticos y a los cuidados que le debe proveer la madre bien orientada.

Todo bebé que no tenga FR incrementada, ni tiraje subcostal es un niño con tos solamente y debemos pensar que es solamente cuadro de resfrío o gripe, o bronquitis que sólo merecen tratamiento ambulatorio, pero vigilando que no aparezcan los signos de alarma que indiquen empeoramiento del cuadro.

Así, todo niño con un cuadro de gripe o resfrío debe ser vigilado y a la madre se le debe orientar para percibir tempranamente los signos de alarma para acudir de inmediato al establecimiento. El signo de alarma más temprano para neumonía es la FR aumentada y cuando ya es severa aparece el tiraje y el estridor.

En la neumonía grave puede haber otros tirajes (costal, supraesternal, intercostal, global) pero el principal tiraje y el más precoz para el diagnóstico es el subcostal.

Si un niño sólo tiene cuadro de IRA leve, lo mejor para el resfrío es darle agua, si el niño es mayorcito, o leche en caso de que lacte. Si el bebé tiene la nariz obstruida sólo aplicarle suero fisiológico tibio a gotitas en la nariz, para descongestionarla, y siempre evitar el uso de medicamentos vasoconstrictores.

Un cuadro de resfrío nunca debe ser tratado con antibióticos, ya que no va a tener un período más corto de evolución, tenemos que esperar que las defensas del niño actúen y no hay nada más que hacer, sino vigilar la aparición de signos de alarma para detectarlos precozmente.

Los cuadros de resfrío generalmente empiezan siendo virales, sin embargo al comprometer las vías respiratorias altas trastornan la inmunología a nivel de las membranas y luego se da la infección bacteriana y es ahí donde debemos tratar.

Si estamos seguros del mecanismo de la patología entonces no debemos usar la polifarmacia, muchas veces se dan medicamentos para tranquilizar a la madre; pero se tiene que tratar de convencerla de que el agua es lo más recomendable ya que va a mejorar la fluidificación de las secreciones, la diuresis del niño y ahí se mejora su cuadro.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

Las madres saben generalmente cuándo su hijo tiene diarrea. Se considera EDA cuando hay deposiciones con una consistencia disminuida en número de 3 a más veces al día. Si se cumple esto ya es EDA, a excepción de los niños que lactan, que pueden hacer hasta 8 ó 9 deposiciones al día, generalmente después de cada mamada. Las deposiciones de los niños que lactan (leche materna) son diferentes de las del que se alimenta con leches artificiales. En los primeros, son heces grumosas de color dorado y no tienen mal olor, a diferencia de las de niños alimentados con leche artificial.

Es muy difícil que un niño que lacta exclusivamente leche materna tenga diarrea. Es más común en los niños que comen otros alimentos y toman biberón.

Tenemos que ver la consistencia de las heces (líquidas, semilíquidas, pastosas), tiempo de duración de la diarrea y presencia de sangre.

Toda diarrea que sea líquida como agua tiene un riesgo de deshidratación mucho mayor y más grave. La velocidad de deshidratación es muy intensa y debemos de cuidarlo rehidratándolo precozmente.

Todo niño con un cuadro de EDA mayor de 14 días es diarrea persistente, no aguda, y está más relacionado con la desnutrición.

En cambio en la diarrea aguda con deposiciones muy líquidas inmediatamente pensamos en deshidratación.

La presencia de sangre en heces nos hace pensar en colitis o disentería y la necesidad de usar antibióticos es urgente.

En todo cuadro infeccioso de IRA y EDA se tienen que valorar los signos iniciales, si han tenido convulsiones, vómitos, sino pueden beber.

A todo niño con diarrea se le deben valorar los signos de deplección de volumen; ojos hundidos, fontanela deprimida (menores de 6 meses), mucosa oral seca y el signo del pliegue a nivel del abdomen valorándose el tiempo en que la piel regresa a su estado normal. Si se demora más de 2 seg es un cuadro de deplección severa del volumen.

Se tiene que diferenciar el signo del pliegue del niño desnutrido y deshidratado.

En la desnutrición la velocidad de retornar la piel a su estado normal es más rápida que en la deshidratación, y este es un signo diferencial con la deshidratación.

La diarrea se puede clasificar en: diarrea con deshidratación grave y shock; diarrea con deshidratación moderada no grave, diarrea sin deshidratación.

El tratamiento de cada caso va a ser diferente. El Ministerio de Salud, para el tratamiento de diarrea, ha diseñado el plan A, plan B y plan C. En caso de la diarrea grave con shock se debe ir urgente al hospital y administrar por vía endovenosa la solución polielectrolítica que ya está estandarizada en composición de agua y electrolitos, administrándosele durante 4 horas a 100 ml/kg, este es el llamado Plan C. Luego se vuelve a valorar al niño para ver si ya salió del cuadro de shock y si ya tiene una deshidratación moderada.

En la deshidratación moderada no grave sin shock se aplica el Plan B y en diarrea sin deshidratación se aplica el plan A. El Plan B consiste en administrar el suero de rehidratación oral *ad libitum*, es decir de acuerdo a la tolerancia del niño, tanto como lo desee hasta que la diarrea cese. En el Plan A, de tratamiento

casero, se busca incrementar el consumo del niño de líquidos, más de lo acostumbrado, como sales de rehidratación oral, sopas, agua de arroz, y para los que lactan, darles más leche materna.

Entonces tenemos los tres esquemas de tratamiento:

Deshidratación grave con shock Plan C (tratamiento en el establecimiento de salud)

Deshidratación moderada Plan B (tratamiento en el hogar)

Sin deshidratación Plan A (tratamiento en el hogar)

LA FIEBRE

En los niños se toman dos temperaturas, la común es la axilar y también la rectal, nunca la oral. Si al tomar la temperatura axilar se encuentra una temperatura $> 0 = a 37$, o rectal ≥ 38 se considera que tiene fiebre, lo que nos indica mucho, como un cuadro viral, hasta un cuadro grave como meningitis o una enfermedad metaxénica, en los casos de fiebre en niños que viven en zonas endémicas donde hay malaria, Bartonelosis, hepatitis, etc. se tiene que descartar cualquiera de estas enfermedades.

La fiebre es un componente que se plantea en la atención integral del niño y vamos a valorarla, tratarla y clasificarla.

En la fiebre mejor es bajarla por medios físicos, no se acostumbra en los niños dar antipiréticos, a no ser que sean fiebres severas > 39 donde hay riesgo de convulsión del niño, si no hay estos signos, sólo usar medios físicos, usar vinagre bullí, paños con agua y alcohol (1 de alcohol por 5 de agua) y tener al niño desnudo en una habitación cerrada sin corrientes de aire para que la evaporación del líquido sobre el cuerpo pueda bajarle la temperatura, eso es lo ideal, el problema es convencer a la madre de desvestir al niño cuando éste tenga fiebre, puesto que la cultura popular hace abrigar más al niño con fiebre aumentando la temperatura.

PROBLEMAS DE OÍDO

Es un órgano poco atendido en las consultas pediátricas, sin embargo todo niño con IRA debe ser valorado por una otitis media, las posibilidades son mastoiditis cuando compromete el hueso, otitis media aguda u otitis media crónica o no tiene problemas del oído.

Se debe orientar a la madre sobre la necesidad de que realice las medidas de higiene apropiada con un niño que tiene una otitis, en la que le va a supurar el oído, es importante también mantener la zona con las máximas medidas de higiene.

Los antibióticos y medicamentos para el dolor, o las gotas a los mismos oídos no sirven, sólo se deben usar medidas asépticas locales, antibióticos y sintomáticos generales para combatir la infección y el malestar. El oído, como las vías respiratorias empiezan con un cuadro viral y después se complican con un cuadro bacteriano y el oído es un órgano frecuentemente afectado; el niño no va a decir que tiene un dolor de oído, él mueve la cabeza, se rasca el oído y la madre fácilmente va a notar este problema, es importante atender el problema de oído y orientar a la madre a detectar los síntomas, los niños pueden quedar sordos por otitis crónicas, incluso se pueden dar casos de meningitis por otitis, cuando la infección se extiende perfora el hueso y llega a las meninges, entonces hay que cuidar mucho el oído. Necesitan cirugía cuando el problema es crónico y exista compromiso óseo, no se debe esperar llegar a esto, todo niño con resfrío potencialmente va a tener una otitis.

LA GARGANTA EN RESFRÍOS

La clasificación implica reconocer si existe:

- Faringo amigdalitis aguda
- Faringitis viral
- No tiene faringitis

La faringoamigdalitis aguda supurada es fácilmente detectada, el niño abre la boca y se puede ver la amígdala congestionada, supurando y es necesario dar el tratamiento oportuno, porque hay casos de cardiopatía congénita por enfermedad reumática por problemas mal curados de garganta, el estreptococo b hemolítico es un germen muy frecuente que ataca las válvulas del corazón, se ve generalmente en chicos adolescentes en los que no se detectó oportunamente este problema y con los años hacen cardiopatía, entonces buscar en todos los casos de faringitis o faringoamigdalitis la posibilidad de que existan infecciones bacterianas, dar en cuadros severos, antibióticos y si no hay infección bacteriana sobreagregada, vamos a darle solamente sintomáticos que alivian mucho el problema, para la inflamación y el dolor.

LA NUTRICIÓN

Lo más frecuente son las consultas de IRA y EDA, pero todo niño valorado integralmente debe ser vigilado en su estado nutricional considerando los tres indicadores:

- Peso - edad
- Peso - talla
- Talla- edad

Para distinguir desnutrición aguda de la crónica, se utiliza mucho el carnet de salud, donde se valora el progreso del peso en relación a la edad, en el cual se encuentra la curva normal (área verde) que indica que el niño se está desarrollando bien.

Todo niño debe ser valorado en su ingesta alimentaria, considerando 4 aspectos fundamentales:

- Volumen (cuánto come)
- Consistencia (caldos o segundos)
- Calidad (balance proteico energético)
- Frecuencia (número de veces que come al día)

Volumen: Los niños tienen estómago pequeño y no pueden recibir grandes cantidades de comida por vez, sin embargo se tiene que asegurar que cada niño tenga su propio volumen de alimento, ustedes van a ver que en zonas rurales nunca el niño come en su plato propio, se sirve un plato en que come toda la familia o el papá tiene su plato y la mamá tiene el suyo y del plato de la mamá comen los niños, en estos casos no podemos valorar la cantidad que come el niño.

Frecuencia: Como el niño tiene la capacidad gástrica reducida, compensa el reducido volumen por vez con la frecuencia, al niño no lo podemos alimentar 3 veces al día como al adulto, el niño requiere como mínimos 5, veces al día, hasta por lo menos los dos años. Sin embargo, en algunas zonas rurales el niño toma una sopa a las 5 de la mañana, antes de ir a la chacra y recibe otra sopa cuando regresa la familia a las 5 ó 6 de la tarde, comiendo 2 veces al día solamente, de allí la alta tasa de desnutrición, especialmente en zonas rurales del país.

Consistencia: Tenemos que enfatizar la ingesta de los “segundos”, de los sólidos, es decir alimentos con mayor densidad calórica, mayor caloría por gramo de dieta administrada, la sopa y los caldos son agua con sal, y el niño se está llenando con agua restándosele capacidad gástrica para el segundo que nos interesa que el niño consuma.

Calidad: Nos referimos a dietas balanceadas, la ingesta no puede ser solamente carbohidratos o pura proteína, tiene que haber una oferta adecuada de proteínas, calorías y vitaminas y buscando que sean provenientes de los alimentos de origen local, tenemos que descubrir qué alimentos se producen en la zona, descubrir el valor nutritivo de estos alimentos y decir a la madre, si estamos en una zona donde hay granos, dar frijol o lo que abunda en la zona, no incorporar en los hábitos alimenticios alimentos que no puedan ser fácilmente conseguidos en la zona.

Una forma de valorar la nutrición es preguntar a la madre qué comió ayer el niño, simplemente

recoger el dato de los que se le dio en el desayuno, almuerzo o comida, que se describan cantidades, si come en su propio plato con sus propios cubiertos y valorar el uso del biberón, que es un enemigo de la salud del bebé, es un vehículo de gérmenes y causa de diarreas, siempre que el niño deje de lactar se debe promover el uso de taza y cuchara, no el biberón.

VALORACIÓN DE LA NUTRICIÓN

Desnutrición severa:

- Marasmo: déficit calórico agudo de calorías y proteínas.
- Kwashiorkor: deprivación aguda sobre todo de proteínas

El niño marasmático es un niño muy delgado, totalmente caquéxico, mientras el niño con kwashiorkor es un niño hinchado y con cambios en la piel, estos casos son grados extremos de desnutrición severa y deben ser hospitalizados, no deben tratarse ambulatoriamente, el riesgo de mortalidad en estos niños es elevadísimo sobre todo en los casos de kwashiorkor, donde contraen infecciones con mucha facilidad.

Todo niño menor de 6 meses tiene que ser incentivado para la lactancia materna, sin embargo en zonas rurales se tiende a dar el pecho más allá de lo recomendado, siendo que las madres no saben que después de los 6 meses la leche materna sola es insuficiente para el niño. Se debe recomendar que aparte de lactar se adicionen alimentos después de los 6 meses en cantidad y calidad adecuada.

Existe un problema social, los niños mayorcitos quedan al cuidado de los más pequeñitos y ellos no saben de nutrición, este es un asunto que hay que descubrir y saber orientar.

Finalmente, en el aspecto nutricional es recomendable orientar a las madres, para que cuando sus niños tengan diarrea no les supriman la alimentación. Es necesario continuar con leche materna para los que lactan y darles de comer a los mayores. Por último en general frente a cualquier patología, no debe suprimirse la alimentación del niño mientras dure la enfermedad, todo lo contrario, se debe tratar el problema y asegurar una alimentación adecuada, para lo cual debe orientarse a las madres de manera adecuada.

LAS VACUNAS

Tenemos un avance notable en lo que es cobertura inmunitaria. Un niño que acude a un centro de salud debe ser valorado en su esquema de vacunación.

Último esquema de vacunación aprobado:

Polio P 4 dosis
Sarampión P 12 meses - 1 dosis
Triple P 3 dosis

En zonas endémicas de hepatitis viral se está dando la vacuna antihepatitis al nacimiento, a los 2 meses y a los 4 meses, no hay contraindicaciones para la aplicación de vacunas, salvo estas extremas y raras:

- No dar BCG en un niño con SIDA
- No dar triple en un niño que ha tenido convulsiones o enfermedades neurológicas.

No está proscrito que en un niño con fiebre, resfrío o diarrea se administre vacuna y con esto disminuimos las oportunidades perdidas, es decir cuando un niño va a un centro de salud vamos a hacer una evaluación integral de su salud, incluyendo las vacunas.

En general, la atención integral de un niño va a implicar atender al conjunto de problemas expuestos y bajo la estrategia de valorar, clasificar y tratar, orientando a la madre para la detección precoz de signos de alarma y un contexto de calidez en el trato.

BIBLIOGRAFÍA

1. "Lecturas en Diarrea e Infección Respiratoria Aguda", PROCAME, Lima, 1994
2. "Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI", Ministerio de Salud, 1997
3. Programa de Salud Básica para Todos: "Organizándonos para brindar Atención Integral". Marzo 1996
4. Programa de Salud Básica para Todos: "Hacia Una atención integral", Marzo 1996
5. Programa de Salud Básica para Todos: "Centros Modelo Espacios Reales para la Aplicación, Desarrollo y Aprendizaje de la Estrategia de Atención Integral de Salud" Mayo 1998.

LA MUJER, SALUD MATERNA Y DEL ADOLESCENTE

Dra. Elsy H. Miní D.

La salud de la mujer constituye un tema central y prioritario a nivel nacional y mundial, los problemas maternos e infantiles en el devenir histórico de los países han generado el desarrollo de políticas y estrategias que contribuyan a la reducción de las altas tasas de morbilidad materna e infantil.

La oferta de los servicios debe responder a las necesidades, las expectativas de la población, los profesionales de salud deben asumir el reto del mejoramiento de la calidad técnica y de las competencias como un proceso dinámico, creativo y permanente del mejoramiento continuo de la calidad.

En los países como el nuestro los programas y servicios especializados han establecido una serie de indicadores que nos van a permitir evaluar como estamos trabajando a niveles concretos locales, a niveles regionales y nacionales en lo que se refiere tanto a la salud materna como infantil.

Hemos querido enfatizar salud de la mujer, porque no solamente es salud materna, la conceptualización de salud de la mujer es más amplia, cuando hablamos de salud materna está más ligado al proceso reproductivo.

El enfoque es más amplio e integral: la mujer en su proceso de desarrollo y crecimiento biológico y social, atraviesa varias etapas, la mayoría llegan a ser madres, pero no todas lo son, entonces ellas tienen otros problemas que es necesario tener en cuenta.

Ser mujer, madre, esposa, profesional en el hoy de nuestro País es un reto y una responsabilidad grande, ya que la mujer no sólo es una persona que se dedica al hogar y a los hijos, sino que las condiciones de crisis y de pobreza la han obligado a insertarse al proceso productivo, donde tiene que lidiar con los hombres por las condiciones de trabajo y en un contexto de marginación y machismo. A igual trabajo, son menores los sueldos en las mujeres.

Esto ha influido en el cambio de los perfiles epidemiológicos Ahora, la mujer que trabaja fuera del hogar se enfrenta a la doble o triple jornada mucha de las veces incluso los hijos tienen que contribuir a completar la canasta básica familiar.

La conceptualización de la mujer tiene estereotipos: mujer como madre, cuidadora de hijos y dedicada a los quehaceres de su casa, son estereotipos que se transmiten en la familia en el proceso de socialización, por eso es que cuando hablemos de la problemática de la mujer tenemos que partir de un diagnóstico.

Hay muchas estadísticas que nos hablan de lo que es la mujer a nivel de nuestro país, así tenemos una serie de tasas, indicadores, como por ejemplo las tasas de morbilidad, las tasas de mortalidad, y por ejemplo ligadas al proceso reproductivo tenemos que trabajar con lo que se llama enfoque de riesgo.

El enfoque de riesgo

Nos permite priorizar poblaciones al priorizar; las poblaciones vamos a poder mejorar la oferta de los

servicios en respuesta a problemas prioritarios y en respuesta entonces a las patologías o los perfiles epidemiológicos más frecuentes.

Cuáles son los cuatro elementos mas importantes que se trabajan dentro de lo que es el riesgo en lo que se refiere a la mujer en el aspecto del riesgo obstétrico

1. Edad

Edad menor de 15 años y mayores de 35 (madres añasas).

2. Paridad

Es el número de hijos que tiene la mujer. Las estadísticas en lo que se refiere a la fecundidad en nuestro país felizmente han ido disminuyendo; tenemos actualmente una tasa de 3,5 de tasa global de fecundidad en nuestro país, lo cual es según ENDES 96. Las tasas han ido disminuyendo a través de 20 años aproximadamente, es difícil bajar las tasas globales, por ejemplo en ENDES 93 teníamos el dato de que el 11,4% de mujeres adolescentes ya eran madres, ENDES 96 dice que el 13,5% de las mujeres adolescentes ya son madres, eso significa que la tasa de fecundidad si bien en nuestro país está disminuyendo, sin embargo, en el grupo etáreo de adolescentes, estas tasas están en aumento, esto es sumamente importante porque vamos a trabajar en base al indicador.

3. N° de hijos por mujer

Es importante en la medida que se le cruza con otros factores de riesgo, como lugar de procedencia, nivel educativo y entonces tenemos tasas diferenciadas según el lugar de procedencia.

Las mayores tasas de fecundidad son las zonas rurales.

Las mayores tasas de fecundidad son en mujeres con menor nivel educativo.

Altas tasas de fecundidad están relacionadas con mayor mortalidad, materna y mayor mortalidad infantil.

4. Patología Asociada

Será diferente que una mujer tenga una gestación sin problemas.

¿Cómo podemos garantizar la vigilancia materno perinatal? A través del Control Prenatal.

EL CONTROL PRENATAL

Es un arma muy valiosa para la prevención del embarazo de ALTO RIESGO.

Características:

Precoz

Apenas la mujer se da cuenta de la ausencia de su regla debe acudir a un establecimiento de salud para ver si está o no embarazada.

Oportuno

Si está embarazada entonces el control debe ser oportuno.

Eficaz

De tal manera que al final de un embarazo ella puede estar bien y su bebé también.

Utilidad

El CONTROL PRENATAL sirve para la Vigilancia Materna Fetal.

A toda mujer gestante en la primera consulta se le debe indicar los análisis de sangre y orina que

nos ayuden a detectar precozmente cuadros de anemia o de bacteriurea asintomática, estos a su vez deben repetirse en el tercer trimestre.

Con la tecnología moderna podemos hacer uso de la ecografía, la cual se recomienda en un primer control en el primer trimestre, que es clave, porque para el cálculo de la edad gestacional es más adecuado realizarlo en el primer trimestre, muchas veces; cuando no hay un control precoz, la ecografía del último trimestre no nos ayuda para la determinación de la edad gestacional.

Un buen control prenatal se basa en una buena historia clínica, un buen examen clínico y se complementan con los exámenes auxiliares que se deben solicitar en el primer trimestre y al final del embarazo.

Curva ponderal: es el trazado de la curva del peso.

Información y consejería durante el CPN

La Información del estado de salud de la madre y del feto es importante y debe ser comunicada a la madre en toda consulta con un lenguaje sencillo y accesible, según el nivel educativo y cultural de la usuaria, deben respetarse sus derechos, sus creencias y motivarla en el ejercicio de conductas saludables: adecuada alimentación, ejercicios (psicoprofilaxis), descanso, ropa adecuada, seguir las indicaciones de los profesionales.

Toda mujer gestante debe recibir consejería específica durante la gestación, parto y postparto.

Son recomendables los cursos de psicoprofilaxis obstétrica en toda madre gestante, y si se involucra al varón, no sólo es una linda experiencia, sino que se fortalecen los vínculos de la pareja.

De igual forma se debe apoyar la experiencia de acompañamiento en el momento del parto por parte del esposo o de un familiar cercano. Las diversas experiencias afirman que aquellos esposos que han visto nacer a sus hijos valoran y aman más a sus esposas.

Las instituciones de salud y los servicios que atienden a mujeres durante el control prenatal deben incentivar el parto institucional, la lactancia materna y el uso de métodos seguros de espaciamiento de los hijos, teniendo en cuenta la calificación del estado de salud de la mujer y de su riesgo reproductivo.

Se debe brindar toda la información necesaria, para que la mujer y su pareja decidan en forma libre y voluntaria el uso de determinados métodos anticonceptivos.

ESTRATEGIAS DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER Y ADOLESCENTE

GENERALES

Mejoramiento de los niveles de salud, como parte integral del desarrollo socioeconómico del país:

La atención se da en diversos niveles

- Primer nivel: Comunidad, Puesto de Salud y Centro de Salud
- Segundo nivel: Hospital Local
- Tercer nivel: Hospital General
- Cuarto nivel: Institutos

Según el triaje y el diagnóstico del paciente se determina la atención oportuna y eficaz de los usuarios. A través del sistema de Redes de Servicios, se debe operativizar la comunicación y las referencias y contrareferencias respectivas.

Es importante brindar una atención que contribuya no sólo a tener mejor salud sino mejo calidad de vida y eso tiene que ver con desarrollo del país.

De igual manera cuando uno hable de la PEA (éste es un indicador importante del desarrollo del país

porque la población económicamente activa es el sustento de un país, entonces de igual manera la mujer es la clave para el desarrollo del país porque ella no sólo va a realizar actividades laborales sino también actividades que tienen que ver con autocuidado y cuidado de salud de sus hijos.

ESPECÍFICOS

- Educación en salud sexual y reproductiva
- Participación social
- Enfoque de riesgo
- Enfoque de género
- Enfoque integral
- Desarrollo de investigación operativa

Educación en salud sexual y reproductiva

Se debe dar en un proceso continuo desde el momento de la gestación del bebé.

Participación social

Enfoque de riesgo

Nosotros debemos de trabajar con él, pero nos quedamos en el enfoque biomédico de ver patologías y no vemos la integridad de la mujer como tal.

Enfoque de Género

Tiene que ver con el sexo de cada uno de nosotros. La sociedad nos da roles y estereotipos de géneros, como por ejemplo: la mujer es para la casa, el hombre para la calle, el hombre siempre cae parado, es el sexo fuerte, juega con carros y eso repercute en la salud, influye en la salud. La mujer es el sexo débil, es sumisa, dócil, sirve para trabajos delicados.

Sin embargo, a igual jornada de trabajo, a la mujer se le remunera en menor cantidad.

Jeannine Anderson, antropóloga de la Universidad Católica, realizó un trabajo: *La niña y el proceso de marginación*, donde se constata que la niña es marginada desde la gestación, por ejemplo cuando la mujer está fea, tiene náuseas, el feto se mueve poco, dicen seguro que va a ser mujer, o chancleta; en cambio cuando la mujer se pone muy bonita y el bebé patea fuerte y se mueve bastante, afirman seguro que va a ser hombre y un buen deportista. Estos son estereotipos que tienen que ver mucho con la salud.

En lo que se refiere a la salud de la mujer, es un tema bastante importante ya que dentro de las prioridades a nivel nacional y por qué no decirlo a nivel mundial, el problema tanto de la mujer como del niño ha hecho posible el que se creen inclusive los llamados programas y también servicios especializados.

Para lograr el mejoramiento de la calidad de los mismos se establecen una serie de indicadores que nos van a permitir evaluar cómo estamos trabajando a niveles concretos locales, a niveles regionales y nacionales en lo que se refiere tanto a la salud materna como infantil.

Hemos querido poner salud de la mujer porque no solamente es salud materna, salud de la mujer es más amplio; cuando hablamos de salud materna está más ligado a lo que es la salud prácticamente de la madre dentro del proceso reproductivo, entonces nosotros le quisiéramos dar un enfoque más amplio porque la mujer como tal es la mujer, nace mujer, crece como niña, como adolescente y puede ser madre, pero no todas las mujeres son madres, entonces también tienen otros problemas que es necesario tener en cuenta.

Ser mujer es un reto y una responsabilidad grande en nuestro país, ya que la mujer ahora no sólo es una persona que se dedica a lo que hacía hace muchos años cuando el hombre trabajaba y la mujer se dedicaba a su hogar y entonces los perfiles epidemiológicos eran sumamente diferentes.

Ahora, la mujer se inserta en el proceso productivo, muchas veces no sólo ella sino también los hijos, y eso hace que cambien muchos aspectos, la mujer no sólo vive su proceso reproductivo, muchos dicen mujer=madre=hijos=casa, son estereotipos que el proceso de sociabilización a nivel nuestro se dan y por eso es que cuando hablemos de la problemática de la mujer tenemos que partir de un diagnóstico

de la situación de la mujer.

Hay muchas estadísticas que nos hablan de lo que es la mujer a nivel de nuestro país, así tenemos una serie de tasas, indicadores, como por ejemplo las tasas de morbilidad, las tasas de mortalidad, y por ejemplo ligadas al proceso reproductivo tenemos que trabajar con lo que se llama enfoque de riesgo, y dentro del enfoque de riesgo quiero que vean varios aspectos importantes.

Entonces en lo que se refiere a prevención de MUERTE MATERNA en primer lugar tenemos nosotros que tener la disminución del número total de embarazos, disminución de número de nacimientos de alta paridad, disminución de aborto, disminución de parto de alto riesgo, y y disminución de embarazos de alto riesgo.

Otro aspecto importante para la reducción de muertes maternas tiene que ver con el periodo INTERGENÉSICO, que es otro aspecto importante del aspecto de riesgo. El periodo INTERGENÉSICO es el periodo entre embarazo y embarazo, lo ideal es que sea mayor de dos años, en algunos casos el promedio nacional es de 12 meses, sin embargo en los adolescentes ha habido casos de 9, 10, 11 meses, es decir que sale de un embarazo y ya está teniendo otro embarazo.

De igual manera hemos hablado de control prenatal, de educación poblacional, planificación familiar y servicios accesibles.

Programa Nacional de Planificación Familiar

Objetivos

- Educar a la población para la elección libre y responsable de los métodos.
- Implementar la eficacia de la Planificación Familiar, con uso de métodos seguros.

En cuanto a Educación es un proceso clave porque antes el Programa se ejercía en forma muy vertical, es decir el profesional (médico, obstetrix) decidía por el paciente, ahora se hace mucho énfasis en la educación, toda mujer recibe lo que se llama la consejería, es decir tiene la posibilidad de conocer todos los métodos tanto modernos como naturales, a veces a habido sesgo en el sentido de ofertar los métodos modernos porque son los más eficaces.

Nosotros tenemos la responsabilidad de ofertar todos los métodos y la decisión será de la mujer o la pareja en forma libre y responsable respeto al uso de un determinado método. Hay mucha deserción de los métodos porque no se les explica los riesgos, las limitaciones de los métodos y se piensa que estos tienen falla, también hay problemas y decíamos que esos problemas serios se dan en las personas de bajo nivel cultural, ya que muchas veces no tenemos el tiempo y paciencia de explicarles adecuadamente, habiendo embarazos no deseados y no planificados, porque no entendieron cómo se debe usar el método: aunque parezca absurdo, hay mujeres que se toman los óvulos, mujeres que dan pastillas al esposo, mujeres simplemente adolescentes con una pareja también adolescente deciden cuidarse, usan el condón, lo lavan y vuelven a usarlo. Entonces sumamente importante aquí en planificación la educación y luego entonces otra de las cosas que el Programa se ha planteado es el incremento de la eficacia con el uso de método seguros, es decir interesa la prudencia del uso, no tanto el conocimiento.

Según la diferencia estadística de ENDES se tiene un incremento del conocimiento de los métodos, sin embargo siguen siendo bajas las tasas en lo que se refiere al uso de métodos anticonceptivos, sigue habiendo un desfogue en conocimiento y uso, esto se da a todo nivel.

Sigue habiendo la prevalencia de un 18% de uso métodos naturales y el método más preferido es el DIU mas o menos 12%, igual manera la píldora y lo que es anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), entonces la preferencia es por la Ligaduras de Trompas en cambio la Vasectomía es sumamente baja, por cada 300 ligadura de Trompas hay una Vasectomía en lo que se refiere a AQV.

Cuáles son las actividades importantes del Programa de Planificación Familiar

- Consejería
- Consulta
- Promoción del método

- Educación para la salud
- Control de métodos
- Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

Tenemos en primer lugar: una línea de capacitación de recursos humanos, la línea de educación para la salud, actividades de promoción y prevención.

Mejoramiento o fortalecimiento de la calidad de servicios y posibilidad y posibilitar la accesibilidad.

Una cosa importante en todo este proceso de desarrollo de los Programas de los Servicios, es decir nuevos modelos y estos modelos tienen que responder no solamente a la oferta, lo que se nos viene a la cabeza, sino que tenemos que priorizar que necesidad tiene la población y en base a ello estructurar los nuevos modelos.

Entonces tenemos que ver con el fortalecimiento de los servicios y estos modelos tienen que incluir todas estas actividades.

La capacitación en los servicios de todos los profesionales, antes se decía que solamente tienen que capacitarse los médicos, porque son ellos los que hacen todo y son los únicos que pueden llevar la información adecuada; sin embargo ahora capacitamos hasta a las parteras, porque cuando trabajamos estos Programas son ellas la primera barrera del establecimiento de salud.

Por ejemplo: en la consulta dicen por qué va a entrar el esposo acompañando a la esposa si sólo es para mujeres; también dicen que el consultorio es muy chico, para qué va a escuchar el esposo, si él no tiene el problema entonces que se quede afuera, actuamos negativamente; lo más importante en la calidad de servicios entonces tiene que ver con satisfacción del usuario, tiene que ver con satisfacción de usuario interno y externo, ambos, trabajadores proveedores y lo que usan nuestros servicios, los usuarios tienen que tener esa satisfacción, de igual manera tiene que ver con la participación social, tiene que ver con coordinaciones interinstitucionales, extrainstitucionales, tiene que ver con el equipo interdisciplinario, con lo que decíamos un enfoque integral, de género, de riesgo luego tenemos que trabajar con indicadores y entonces hacia la equidad y eficacia y de igual manera trabajar investigación; hay algunos establecimientos que nunca han trabajado investigación es importante priorizar qué problemas hay y luego hacer investigación operacional que ayude a resolver al problema y también la calidad tiene que ir de la mano con la calidez.

La marginación de las mujeres, como ya decía, empezó desde la gestación, luego la niña nace, crece y es marginada por ser niña. Un ejemplo de esto lo podemos encontrar en la cuestión nutricional ¿en la casa a quién se le da el plato más grande? se le da más al papá y luego al niño varón y finalmente a la niña, entonces esas cosas tienen que ver con la discriminación, con la marginación social, tienen que ver con el género, entonces cuando la mujer se embaraza muchas veces son madres anémicas desnutridas, sin embargo como todo el mundo está así, no le dan importancia y como todo el mundo tiene anemia no figura en el diagnóstico; ahora cuando las madres gestantes que tienen que comer por dos, comer por dos no es comer el doble de arroz ni el doble de papa ni el doble de la riquísima yuca, sino comer lo que realmente se requiere la madre gestante cuando dió a luz “ya no tiene que comer por dos” porque ya nació la criatura entonces, la madre se desnutre, se tuberculiza en el puerperio porque efectivamente no recibe el aporte nutricional adecuado.

Entonces a la mujer se le margina por ser niña, se le margina por ser pobre, por ser negra, por ser cholita, entonces el enfoque de género tiene que ver con la forma de pensar, de sentir, de actuar, e influye el proceso de salud.

En lo que se refiera a salud va a influir en el hecho de que si hablamos de planificación familiar, vamos a ver por ej. que son las mujeres las que más se someten a anticoncepción quirúrgica voluntaria, porque los varones dicen que es problema de las mujeres, los hombres no quieren someterse a la vasectomía por temor a quedar impotentes, es decir hay actividades estereotipadas por que el varón es macho en la medida que puede hacer hijos, entonces el enfoque de género va a influir negativamente en la salud.

El enfoque integral, que es una propuesta a que no limitemos al tratamiento que tenemos con nuestras mujeres o personas que atendemos, es decir que no nos limitemos a tratar las enfermedades de nuestra especialidad, entonces si viene una madre con una infección respiratoria nosotros sólo vemos su embarazo, porque somos ginecoobstetras, y para lo otro la mandamos con el internista porque no es

nuestro campo, entonces un médico tiene que buscar la integralidad, que no sólo tiene que ver con acciones asistenciales sino acciones de prevención y rehabilitación entonces esa es una idea de enfoque integral; existen otras estrategias como la descentralización, es decir las actividades deben desarrollarse a nivel de todo el país.

Descentralización, que plantea que las actividades deben desarrollarse a nivel de todo el país.

Focalización de las acciones de grupos de mayor riesgo que tiene que ver con el enfoque de riesgo.

La autogeneración de recursos.

La participación e integración de la mujer al cuidado de la salud reproductiva, entonces estos actores son sumamente importantes e involucran a lo social en el cuidado de la salud.

La movilización de los recursos es muy importante porque que tiene que ver con la participación de los diferentes profesionales. La utilización de la comunicación social en la promoción de la salud es sumamente importante, porque a veces no establecemos una comunicación horizontal y necesaria con nuestros pacientes.

Establecimiento de prioridades y contar con recursos económicos.

Condiciones para una atención

- **Accesibilidad**
Es algo sumamente importante que tiene que ver con la accesibilidad económica.
- **Utilización**
Muchas veces hay servicios que se ofertan que no son usados porque la población no cree en esos establecimientos, entonces es sumamente importante tener en cuenta este criterio.
- **Calidad**
Toda Institución tiene que estar preocupado por mejorar la calidad de atención en sus instituciones.
- **Interdisciplinariedad**
Es decir el trabajo en equipo.
- **Intersectorialidad**
Participación de diversos sectores estatales, privados, ONGs, iglesia, etc.
- **Perspectivas de salud y derechos reproductivos**
En primer lugar hay que establecer las condiciones para la salud reproductiva. En segundo lugar garantizar la salud reproductiva con una adecuada cobertura y accesibilidad.
- **Adecuada calidad de servicios reproductivos.**
- **Recursos humanos**, movilización de los recursos.

PROGRAMAS NACIONALES PRIORITARIOS DE ATENCIÓN DE LA MADRE Y DEL ADOLESCENTE

- **Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva**
- **Programa de Salud Escolar y Adolescente**
- **Programa de Salud Materno Perinatal**
- **Programa Nacional de Planificación Familiar**

EL PROGRAMA MATERNO PERINATAL

Objetivo central

Reducción de la morbilidad tanto materna como perinatal,

Todo el programa tiene que movilizar las acciones y recursos ligados a la población objetivo.

En el programa materno perinatal se hace énfasis en los enfoques de riesgos y algo que se viene trabajando últimamente es la maternidad sin riesgo o maternidad segura, y saludable. Últimamente haciendo una serie de actividades para la una prevención de la muerte materna, de igual manera su aplicación es a nivel de ámbito local, regional y nacional.

El programa materno perinatal tiene que ver con el riesgo teórico, riesgo reproductivo, control prenatal, mortalidad materna.

La mortalidad materna hace muchos años se mantiene elevada, así tenemos 265 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos. Según la OMS, la mortalidad materna por encima de 100 es una mortalidad muy alta y esto tiene que ver con:

- Accesibilidad de los servicios
- Educación
- Edad de la madre

- Aspectos culturales

Es decir que hay causas múltiples, entonces en nuestro país se han creado grupos de trabajo para trabajar en la prevención de la mortalidad materna y se han establecido comités de muerte materna en todo el país.

De tal manera que se produce una muerte materna no nos interesa tanto quién falleció, sino el estudio evaluativo del proceso en que se desarrolla y cuales fueron las limitaciones que tuvieron para que se produzca este problema. Entonces hay problemas obstétricos en lo que se refiere a las muertes maternas ligadas a la falta de sensibilidad, a la falta de atención oportuna, etc., son niveles en los que se hace bastante énfasis para después decir qué puedo hacer para que esa muerte bajo las mismas condiciones no se vuelva a repetir.

En el Perú sólo el 50% de las mujeres dan a luz en el centro de salud y hay casos como en Puno donde sólo el 10% asiste a los centros de salud para dar a luz, esto tiene diversas explicaciones así por ejemplo porque en los hospitales dan a luz echadas y ellas están acostumbradas a traer a sus criaturas sentadas de igual manera están acostumbradas a enterrar la placenta en agradecimiento a su madre la tierra y en los hospitales no les dan la placenta. Entonces basándose en esto se han hecho estudios, uno realizado en la atención del parto tradicional y otro relacionado con la muerte materna pero desde el punto de vista cualitativo, que tiene que ver con lo que se llaman autopsias verbales.

PROGRAMA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE

- Programa nacional de atención a al salud reproductiva
- Programa nacional de salud escolar y del adolescente
- Programa de Salud Materno Perinatal
- Programa Nacional de Planificación Familiar

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE

Queremos compatir la experiencia del Programa de Atención Integral al Adolescente en el Instituto Materno Perinatal-Maternidad de Lima.

Quisiera empezar con el siguiente mensaje que mostramos tanto a adolescentes como a profesionales: "Aprendamos a vivir el hoy con alegría, con entusiasmo, con cariño y con esperanza. La vida es maravillosa; disfrutémosla compartiendo todos juntos con amor y calidad".

El profesional que trabaja con adolescentes debe tener un perfil adecuado, conocimiento de la problemática del adolescente, fortaleza y capacidad de aguante (el adolescente es difícil de tratar, si piensa que no lo escuchan ni comprenden se va y no vuelve).

Pero como todo programa debe saber lo que quiere, esto quizá lo han visto en práctica debe tener una visión y una misión

VISIÓN

Ser un Instituto acreditado y legitimado, como modelo de atención especializado; integral y diferenciado a adolescentes, a nivel nacional e internacional.

MISIÓN

Brindar una atención de calidad y calidez a las adolescentes a través de acciones de prevención, promoción y ejercicio de conductas y hábitos saludables, y de tratamiento especializado y oportuno a la madre adolescente y su niño hasta los dos años, para mejorar su salud reproductiva y su desarrollo humano.

Entonces el plan es partir de estos dos elementos para llegar a un Programa.

Con respecto a la organización (que se refiere a la estructura y función) en la Maternidad de Lima

tenemos una coordinación central, una coordinadora adjunta, Unidad de Investigación, Unidad de IEC, una Unidad de Cultura y Recreación, una Unidad de Economía y logística, otra de archivos y actas, otra de Coordinación intrainstitucional y por último, también una unidad de Coordinación extrainstitucional.

Toda institución debe tener un objetivo general y objetivos específicos.

Objetivo General:

El nuestro es disminuir la morbimortalidad materno perinatal en las adolescentes a través de una atención integral indiferenciada con un enfoque de riesgo y perspectiva de género, con énfasis en salud reproductiva.

Hacemos este énfasis porque hay muchas instituciones que trabajan en Salud del Adolescente.

El Hospital del Niño, por ejemplo, va construir un módulo de cinco pisos dedicado a la medicina del adolescente; el centro Futuro de adolescentes y jóvenes de INPARES se aboca a estudiar la sexualidad y Salud reproductiva, el Centro de Adolescentes de la Universidad Cayetano Heredia se concentra en los aspectos recreativos, y algunas ONGs como IES, tiene una experiencia de SER JOVEN de trabajo con adolescentes en el distrito del Agustino; Kallpa trabaja con el sector Educación. De igual manera diversas instituciones públicas como el Ministerio de Educación, Trabajo, PROMUDE trabajan con los adolescentes, las instituciones privadas, la iglesia, tienen los grupos juveniles.

Toda la información recaudada nos sirve para definir metas a corto plazo, mediano y largo plazo.

Objetivos específicos:

- Brindar atención oportuna y de calidad, con énfasis en salud reproductiva a las adolescentes, a través de un modelo de atención integral indiferenciado que contemple la perspectiva del usuario.
- Organizar y fortalecer el establecimiento de redes de trabajo con sectores públicos y privados para difundir e implementar el modelo de atención a nivel local y nacional.
- Monitorizar, supervisar y evaluar el cumplimiento de las normas en coordinación con las jefaturas de servicios y coordinadores de programas.
- Promover la articulación de servicios y programas que garanticen la vigilancia epidemiológicas en adolescentes.
- Asesorar y apoyar técnicamente a los establecimientos.
- Fortalecer la existencia de redes a través del sistema de referencia y contrarreferencia en el sector público y privado.
- Promover el ejercicio ético, la responsabilidad, la interdisciplinariedad, el liderazgo colectivo en el desarrollo de programas, políticas y proyectos con adolescentes.

La monitorización se expresa mediante un manual de normas, que estamos preparando. Un aporte valioso en este aspecto es que estamos intentando cambiar el enfoque de riesgo por edad (que tradicionalmente considera a las menores de 17 años como adolescentes de alto riesgo, a las madres de 17 años como mediano riesgo y a las de 18 - 19 años como bajo riesgo).

Como tenemos al año entre 6 000 y 7 000 adolescentes al año con 10% de aborto, y sólo 20 camas, se prioriza la hospitalización a las madres de alto riesgo; (adolescentes menores de 17 años y aquellas con algún factor de riesgo agregado), con la finalidad de mejorar la calidad de la atención. Se busca un modelo de atención indiferenciada con calidad y calidez.

Otro aporte significativo es el intentar incorporar al varón en talleres para la pareja. Este aporte es valioso porque el principal problema de la madre adolescente es la falta de apoyo de la familia, de la pareja. Ahora intentamos hacer talleres con la pareja, incluso hemos tenido talleres con los padres de la adolescente o con los abuelitos.

Tenemos proyectada la experiencia de Madre o familiar acompañante (en el momento del parto haya un pariente como el esposo, una mujer, un profesional conocido, etc), para fortalecer la atención diferenciada en el parto.

En lo administrativo, se intenta trabajar con una gerencia moderna, con un enfoque de gerencia estratégica, con el ejercicio de un liderazgo colectivo, potenciando los recursos humanos, con la utilización estratégica de los sistemas de información. Se apuesta coordinadamente a mejorar la calidad y calidez de los servicios.

Se tiene normas técnicas, en el periodo natal, prenatal y posnatal. Cada programa tiene que trabajar con la realidad de la institución. Se trabaja con la madre adolescente y su hijo y se incide en la prevención del embarazo, la educación sexual y los factores protectores.

RESILIENCIA

Tenemos que fortalecer a:

NIVEL INDIVIDUAL

Autoestima, autonomía, educación, los proyectos de vida, creatividad, el uso de tiempo libre, el deporte, la afectividad, la toma de decisiones adecuadamente.

NIVEL FAMILIAR

Las familias democráticas, las familias funcionales y no al revés, una familia desorganizada y disfuncional es aquella donde hay un padre alcohólico, madre soltera, hay delincuencia, hay prostitución, todos estos aspectos son caldo de cultivo para que los adolescentes estén expuestos a riesgo o inclusive sean expuestos a violencia familiar, violencia cotidiana, violación, violencia sexual.

NIVEL COMUNITARIO

El adolescente necesita un ambiente adecuado, tiene que sentirse querido, amado y no sentirse que es lo peor, el rebelde sin causa, el que siempre causa problemas, no se baña, usa pelo largo, el que usa aretes, y todos aquellos estereotipos negativos de los adolescentes, lo cual provoca una ruptura generacional, con frecuencia escuchamos a los adolescentes decir «Mis padres no me entienden, nunca tienen tiempo para mí, todo es más importante para ellos, quiero que mis padres sean mis amigos, en quién confiar y compartir mis dudas, mis inquietudes, mis cambios, mis éxitos y mis fracasos, necesitamos que confíen en nosotros, que nos respeten y que nos escuchen, que no nos digan que aún somos muy jóvenes para actuar y tomar decisiones que son prerrogativas de adultos. Por eso muchas veces nos vamos de nuestra casa, tenemos necesidad de afecto de sentirnos amados y valorados en su integridad.

Es sumamente importante que el adolescente se sienta amado; muchos de los problemas que tienen los adolescentes no es por los daños sino muchas veces por la falta de cariño, de que alguien lo escuche, porque eso quieren los chicos, no quieren que se les de una serie de charlas, de conocimientos, ellos quieren hablar de las cosas sencillas y cotidianas de la vida de un adolescente, no quieren que se les impongan criterios, ellos saben pensar, crear, y tomar decisiones, hay que darles los instrumentos para que se fortalezcan las decisiones asertivas y la comunicación amical, horizontal.

El adolescente merece respeto y ser valorado y tratado como ciudadano con derechos y deberes. Se debe promover y promocionar la salud Integral de los adolescentes así como de los niños y de los adultos; el adolescente, como no es un niño ni es adulto, entonces todos abusan de él.

Las líneas de acción en el Programa de Atención Integral al Adolescente:

- Dirección y Gestión: Liderazgo colectivo, con gerencia estratégica.
- Elaboración y aplicación de Normas técnicas y administrativas para el abordaje integral de adolescentes,
- IEC: Educación en población. Escuela de Padres, Vigías juveniles, promotores juveniles.
- Capacitación a Profesionales de Salud, docentes y adolescentes.
- Fortalecimiento de Servicios ambulatorios, y modelo de atención diferenciada.
- Sistemas de información, es importante que cada institución ejerza el uso estratégico de la información, que sirva para la toma de decisiones. Es clave conocer el perfil epidemiológico y la situación de salud de los adolescentes, (% de embarazos, número de partos, controles prenatales) para establecer

los problemas prioritarios y las estrategias para los cambios operativizados en los servicios, de igual manera todo eso tiene que llevarlo a casa, no basta trabajar con planes operativos sino con planes de desarrollo para el logro de resultados y de impacto a nivel poblacional.

- Coordinación intrasectorial e intersectorial.
- Monitoreo, supervisión, evaluación.
- Investigación.

EXPERIENCIA CON ADOLESCENTES EN EL IMP

Este es el mensaje que se usa con adolescentes y profesionales.

Aquel que trabaja con adolescentes tiene que tener un perfil adecuado, tiene que ser una persona sensibilizada, motivada con el conocimiento de la realidad de la problemática de los adolescentes y con capacidad técnica y fortaleza.

Al adolescente no se le puede decir no, a veces uno ya se está retirando y viene un adolescente, tenemos que quedarnos a escucharle y prestarle atención porque si este adolescente no es atendido posiblemente nunca más venga al establecimiento de salud.

De igual manera todo programa tiene que partir de saber qué es lo quiere, en este sentido tiene que establecerlo.

El IMP es un Instituto acreditado como modelo de atención especializado integral y diferenciado de adolescentes a nivel internacional y nacional.

Brindarles la atención de calidad y calidez a los adolescentes a través de acciones de prevención y el ejercicio de conductas y hábitos saludables y de tratamiento especializado hasta los 2 años para mejorar su salud reproductiva y su desarrollo humano.

Entonces es clave partir de estos elementos para trabajar un Programa. De igual manera es clave tener una organización, que tiene que ver con la estructura y la función de las diferentes unidades, en el IMP tenemos estas estructuras: una Coordinación, una Unidad de Investigación, una Unidad de Capacitación, una Unidad IEC, de cultura y recreación, economía y logística, archivo y actas, coordinación institucional y unidad de coordinación extrainstitucional.

Cada institución tiene que establecer sus objetivos, en este caso el objetivo general es disminuir la morbi mortalidad materno perinatal de la población de adolescentes a través de una atención integral diferenciada con enfoque de riesgo y perspectiva de género con énfasis en la salud productiva.

El ISN tiene proyectado construir un edificio de 5 pisos para trabajar la salud del adolescente, hay un servicio que se ha creado que trabaja la Patología del adolescente, entonces es importante que cada institución establezca todos estos aspectos par luego establecer las actividades y estrategias políticas, metas a corto plazo, mediano y largo plazo. De igual manera cada institución va a trabajar algunos aspectos; tenemos el centro futuro de adolescentes de INPPARES que trabaja especialmente la parte de sexualidad, también Salud Reproductiva. Tenemos el centro de Cayetano Heredia que trabaja otros aspectos relativos.

Tenemos sedes de ONG y diferentes instituciones que trabajan con adolescentes en diferentes hitos.

Solamente mencionaremos algunos objetivos específicos, por ejemplo en lo que se refiere a la atención del adolescente del IMP, por ejemplo en dar atención oportuna y de calidad con énfasis en la salud reproductiva de los adolescentes a través de un modelo de atención integral y diferenciado que contempla la perspectiva del usuario. Organizar y fortalecer el establecimiento de redes de trabajo con sectores públicos y privados para difundir e implementar el modelo de atención a nivel local y nacional. Luego monitorizar, supervisar y evaluar el cumplimiento de las normas en coordinación con las Jefaturas de servicios y coordinadores de todos.

Otro objetivo específico es promover la articulación con servicios y programas para la vigilancia

epidemiológica de los adolescentes, asesorar y apoyar técnicamente a los establecimientos de salud en la creación de servicios diferenciados a nivel local y nacional.

Fortalecer la experiencia de redes a través del sistema de referencia y contrarreferencia en el sector público y privado y algo sumamente importante, el promover el ejercicio ético, la responsabilidad y liderazgo colectivo en el desarrollo de programas, proyectos y políticas con adolescentes.

Todo adolescente según criterio de edad es considerado de alto riesgo, simplemente por el criterio de edad; nosotros ya hemos trabajado esta propuesta, donde las adolescentes menores de 15 años son de alto riesgo, 15 - 16 años mediano riesgo y 17 -19 años bajo riesgo.

Por el criterio de edad no podemos establecer que todos tengan igual riesgo.

Entonces en el servicio de adolescentes por norma administrativa van las menores de 17 años; es

decir estamos trabajando con las de alto y mediano riesgo en el servicio de adolescencia porque hay pocas camas (20) y no alcanza para toda la población de adolescentes. En promedio recibimos 6 000 a 7 000 adolescentes al año y de ellas 4 500 tienen parto; en lo que se refiere a abortos el 10% aproximadamente.

Entonces es importante establecer aspectos conceptuales, técnicos, administrativos y educativos en lo que se refiere al aspecto del adolescente.

Tenemos un modelo con atención integral diferenciada con enfoque de riesgo de igual manera la atención de calidad, calidez en las etapas prenatal, postnatal y natal y otro aspecto sumamente importante que es la incorporación del valor, que es un aporte valioso.

En cuanto a la parte administrativa se ha estado trabajando con las gerencias modernas, y estamos haciendo un enfoque de gerencia estratégica con el ejercicio de un liderazgo colectivo. Potenciando los recursos humanos y con la utilización estratégica de los sistemas de información para el Proyecto contenido de la calidad y la calidez del servicio.

Son propuestas que se están trabajando y que están en continua progresión.

También hay normas técnicas en que cada programa tiene que trabajar según la realidad de cada institución, un problema que tenemos nosotros es simplemente trabajar con madres adolescentes y con sus hijos; lo cual nos hace ver características en las cuales tenemos que incidir para prevenir bajo tres rubros: La prevención del embarazo a través de los servicios, atención de educación sexual y los servicios protectores.

EL DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO

Dr. Giovanni Escalante Guzmán

Hay algunas tendencias en el mercado laboral respecto a los médicos:

En primer lugar, estamos en un contexto de globalización, con la ruptura de barreras. La globalización del mercado, de la información, de las empresas y la economía es una expresión de ello. Nuestro país no está fuera del concierto internacional pues ahora nos llega información de todas partes del mundo y se comienzan a establecer una serie de acuerdos comerciales entre diversos países.

El acuerdo NAFTA de libre comercio entre México, EE.UU. y Canadá o el MERCOSUR, acuerdo comercial entre Brasil, Argentina y Uruguay son expresión de la globalización. Pero se preguntaran ¿Qué tiene que ver esto con los recursos humanos?, pues, nuestro interés es formarnos lo mejor posible para ser médicos y poder servir a nuestro país. Básicamente, es porque esto influye en el futuro de la profesión médica ya que estos acuerdos comerciales también implican acuerdos sobre la libre circulación de profesionales de la salud.

Si en algún momento el Perú logra integrarse dentro del MERCOSUR con el Pacto Andino, entonces uno de los acuerdos será que haya una calificación estandarizada de profesionales, para que de esta manera los profesionales de la salud, médicos, puedan circular a lo largo de los países sudamericanos.

¿Que implicaría entonces que en nuestro país haya la libre circulación de médicos que han sido formados en Argentina, Chile, Brasil o Bolivia? Este es un futuro que debemos de reflexionar.

En primer lugar, este proceso haría que nosotros teviéramos que ser más competentes, más competitivos. Haría que, cuando nosotros nos estuviéramos formando, nos preocupáramos mucho más por absorber todas las competencias necesarias para lograr ser unos médicos de alta calidad. Esto no sólo implica un profundo conocimiento de la disciplina médica, del saber médico (Anatomía, biología, bioquímica, etc.) sino también debemos de comenzar a sensibilizarnos para trabajar en las estrategias de abordaje de la población, porque la población va a ser la que va a determinar si nosotros estamos preparados o no y tenemos la suficiente competencia para poder brindarle un buen servicio.

Anteriormente la población era vista como un objeto, se decía: yo atiendo a la población, yo programo esto; pero ahora cuando ustedes encienden la TV observan las noticias, existen quejas por negligencia

médica, o que hubo un maltrato en los hospitales, o que falleció alguien por una mala prescripción, etc. Este fenómeno está continuamente repitiéndose, la población ahora reclama. Antes, cuando una persona pobre no era atendida en un hospital era un asunto terminado, ahí se acababa; pero ahora no es así, una persona pobre se va a la radio o a la prensa para reclamar y exige ser atendido. Entonces hay un cambio en la forma como la población está reaccionando ante los profesionales de la salud.

En resumen, la globalización de la economía, de la información, de los mercados y las demandas de la población en un nuevo contexto hace que nosotros debamos de preocuparnos en tener una adecuada formación.

En segundo lugar, es que dentro de nuestro país hay un crecimiento de la oferta de los recursos humanos, ejemplo: la creación de nuevas Facultades de medicina y enfermería como en las Universidades de Ricardo Palma y San Juan Bautista con el posterior incremento del número de nuevos profesionales.

Desde la década del noventa hay un crecimiento de las facultades de medicina, enfermería, obstetricia. Por lo tanto es otro hecho que incide mucho en la formación. La masificación de la formación limita las oportunidades para un pleno aprendizaje.

En tercer lugar, hay una constante preocupación por la calidad de la formación. Depende del estudiante la voluntad y la capacidad de aprehender todo lo necesario, para ampliar sus horizontes para ser profesional integral. No sólo conocimientos, sino habilidades y actitudes que van más allá de las típicas clases o conferencias. Pero, depende también del medio ambiente, de los docentes y la organización en la cual uno se está formando. Facultades con pobre infraestructura y organización no brindan las mejores oportunidades para el desarrollo personal.

Un cuarto hecho es que existe un crecimiento de la demanda de los profesionales de la salud gracias al Programa de Salud Básica para Todos, al Programa de Administración Compartida y los ingresos propios. Mediante ellos se demanda profesionales de la salud para aquellas poblaciones que antes no tenían médicos u otro personal de salud. Ha permitido que un importante volumen de recursos humanos sean seleccionados y contratados para trabajar en las zonas distantes y en situación de pobreza.

En los Comités Locales de Atención de Salud (CLAS) del Programa de Administración Compartida hay una creciente demanda de los profesionales, porque ellos van expandiendo sus horizontes, y van teniendo mayores recursos propios. Incluso también existirán posibilidades en el mercado privado. Antes el mercado privado estaba conformado por médicos que se independizaban y salían a la práctica privada profesional. Pero ahora existirán nuevas posibilidades a través de las Entidades Prestadoras de Salud, las EPS que son instituciones públicas o privadas que ofertan servicios a los pacientes para que sean cubiertos a través de la seguridad social. Entonces un paciente se puede inscribir en una clínica privada y su seguro social le cubre todas sus necesidades de atención, por lo tanto esas EPS, también requerirán de profesionales de la salud.

Y por último, debemos perfeccionarnos, buscar información adecuada sobre las posibles necesidades de especialidades. Hay subespecialidades o especialidades pequeñas que han llegado a un punto donde ya están saturadas en términos de expectativas y demandas. Entonces, si a alguien se le ocurre hacer una especialidad que ha llegado a un punto de saturación difícilmente va a poder encontrar una opción laboral. Lo que se ha visto es que muchos optan por las especialidades menores como dermatología, cardiología, neurología, etc. Se observa una disminución de los profesionales que optan por especialidades mayores porque los hospitales solicitaban especialistas. Necesitaban cardiólogos y neurocirujanos, por ejemplo. Pero también se tiene que pensar que los hospitales no van a crecer más adelante, porque en el futuro las nuevas tendencias en salud. El modelo hospitalario tradicional está en crisis porque ahora más bien lo que se necesita es complementar las capacidades de los diversos servicios entre un grupo de establecimientos para una población determinada. Este es el concepto de una red de proveedores que se complementan. Por lo tanto, eso hace que se configure de forma distinta el futuro mercado laboral.

Anteriormente el médico se sentaba en su consultorio, esperaba los pacientes, atendía, pasaba sus visitas, etc. y tenía un mundo mucho más individualizado.

Cuando ustedes han visitado centros de salud se han dado cuenta de que el médico ahora interactúa con otros profesionales, con la enfermera, con la obstetrix, etc.; y que no solamente va a trabajar en un

ámbito hospitalario desde el inicio, sino que va a trabajar en distintos ámbitos, por lo tanto el trabajo en equipo es otro de los elementos que van a ser necesarios.

El recurso humano es valioso. Sin el personal de salud la cosa no funciona de ninguna forma, porque el sector salud es una institución de mano de obra intensiva, es decir que el recurso humano es el motor, el que produce los servicios, y no es como una empresa que produce carros donde también las máquinas tienen una importante participación; en nuestro caso el recurso humano es fundamental; por lo tanto el recurso humano es caro.

En un promedio de 10 hospitales del Perú se observó que el 70%, en promedio, está destinado al pago del personal y queda un 30% destinado a los bienes y servicios en la estructura presupuestal.

Siempre se mantiene esta proporción porque al personal no se le puede decir que va a recibir menos por su trabajo. Por ende en casos de restricción financiera se reducirán los fondos para bienes y servicios.

Pero, si tenemos un personal mal distribuido: por ejemplo, una gran cantidad de médicos en una clínica mientras que en otros establecimientos de salud hay menos profesionales, entonces se está generando una ineficiencia, o sea estamos pagando un gran volumen de personal en un hospital, mientras hay servicios que no tienen un adecuado número de profesionales, por lo tanto van a entrar en problemas y la población no va a ser bien atendida y ese hospital va a estar abarrotado y su personal pedirá nuevas cosas, nuevo equipamiento, etc.; y se produce una paradoja: un hospital altamente equipado con mucho volumen de personal pero que tiene una capacidad instalada ociosa porque atiende problemas menores, que pueden ser resueltos en centros y puestos de salud y no tienen suficientes fondos para el mantenimiento de sus camas. Por ejemplo, puede ser que del 100% de su disponibilidad de camas solamente esté cubierto el 50%. En otros casos, se ha visto hospitales que tienen un adecuado número de personal, un equipamiento aceptable pero no tienen pacientes; entonces estas cosas hay que tener en cuenta cuando se habla del potencial humano.

Cuando hablamos de gestión de recursos humanos hay que diferenciar la gestión de la administración de los recursos humanos.

La gestión de los recursos humanos ya no es responsabilidad exclusiva de los administradores. Cuando ustedes se gradúen como médicos van a comenzar a gerenciar un establecimiento de salud y las decisiones van a caer en vuestras espaldas. La decisión de si algo marcha o no marcha radica en Uds. Para gerenciar bien un establecimiento de salud necesitan conocer bien cómo gerenciar un recurso humano, porque delante de ustedes y detrás de ustedes habrá personas que van a tener aspiraciones. Tendrán que trabajar y priorizar sus acciones; por lo tanto, es importante diferenciar una gestión de una administración.

Cuando hablamos de administración vamos a pensar que es centralizada porque todas las decisiones vienen de arriba y eso más adelante va a ir desapareciendo y el establecimiento tendrá más autonomía. Por lo tanto cuando ustedes sean médicos jefes de un establecimiento tendrán mayor autonomía para tomar decisiones.

La normatividad, la verticalidad, el orden y el control son las características de la administración. Para eso se desarrolla una serie de normas, papeles que uno tiene que cumplir; es rígida porque no permite tomar decisiones autónomamente. Todo tiende a fragmentarse al recaer en oficinas o instancias específicas. Por tanto para tomar una decisión tienen que pasar muchos días y en el mundo moderno eso ya no opera, las decisiones se toman muy rápidamente.

El régimen laboral es cerrado con los nombramientos o contratos vitalicios. Es decir que la persona concursaba, entra a una plaza y es dueño de la plaza hasta que se jubile o fallezca, pero qué era lo que pasaba: esa persona trabajaba un tiempo muy bien, pero después decaía su productividad, su rendimiento, su motivación y trataba de salir adelante sin esforzarse.

Pero ahora la población pide resultados, eficiencia, calidad, prontitud.

Entonces, ese era el paradigma de la administración y digamos que esa era una función administrativa, o sea, se encargaba a un funcionario para que trabaje los aspectos de personal.

Veamos que pasa con la gestión, la gestión es estratégica, porque ahora hay que ver constantemente lo que pasa en nuestro entorno, como estudiantes, observamos el entorno, qué pasa con nuestro país, con la democracia, con la economía, las otras universidades, con el sector salud.

En planificación estratégica se ve qué es lo que está pasando, cuáles son nuestros futuros escenarios, la gestión es también participativa, porque involucra a todos los miembros de un equipo para tomar una decisión sobre la base del entorno. Los objetivos de este tipo de gestión son la calidad y la productividad, queremos que el médico trabaje con «buena calidad», o sea que los errores sean casi cero y que produzca servicios de la manera más efectiva y cálida, y eso es lo que quiere la población.

Luego es dinámico y flexible porque obedece a las continuas transformaciones que está teniendo el sector Salud, nuevas tecnologías, nuevas demandas de la población. La gestión debe ser bastante flexible: tiene que ser integrada, porque no es que uno se tenga que especializar en gestión de recursos humanos, que es una gestión particular, sino la gestión de los recursos humanos está dentro de la gestión de los servicios de salud.

Se utilizan regímenes laborales abiertos porque involucran distintas modalidades contractuales del personal, por 12 horas, por tiempo indefinido, por un plazo fijo, por un año, etc., incluso tiempo parcial.

Como ven esto tiene que ver más con una función de dirección, es tener un rumbo específico sobre la base de nuestra misión institucional. Tengo que direccionar los recursos.

Cuando se habla de desarrollo de recursos humanos, se relaciona más con lo que es capacitación. No es así, el desarrollo de recursos humanos no solamente es capacitación, es un concepto más amplio, está relacionado con el planeamiento de la fuerza laboral, es decir, si yo soy gerente y quiero desarrollar mis recursos humanos, entonces tengo que ver dónde voy a poner a ese recurso humano para que produzca mejor y tenga mayor calidad, tengo que saber cuáles son mis futuras necesidades en dos años, tres años, etc. Tengo que saber cuales son las demandas de la población. A ustedes les pidieron hacer una serie de encuestas, ¿no es cierto?, saben que hay un perfil epidemiológico, que hay una tasa de crecimiento demográfico específico y que hay un proceso de envejecimiento de la población y también de los profesionales y que en algún momento tienen que ser reemplazados por uno nuevos, entonces tengo que saber que necesito en el futuro. Además tendré que preocuparme por la carrera profesional del personal y satisfacer sus aspiraciones con base a las necesidades de los servicios y de la población.

Cuando soy jefe de un establecimiento de salud, tengo que gerenciar el recurso humano y básicamente lo que gerencio es su desempeño, porque cuando llego a un establecimiento de salud y soy médico jefe, tengo que ver cómo se desempeñan los profesionales y la gente que trabaja conmigo, porque sino va a afectar en la calidad. Tendré que aprender y manejar los procedimientos de selección, contratación, políticas, incentivos salariales. Tengo que buscar que haya buenas relaciones interpersonales, porque el trabajar en un lugar con muchos conflictos malos entendidos conlleva a que el establecimiento no tenga éxito.

Luego tengo que apoyar a los profesionales, capacitándolos y formándolos. Capacitar es cuando ya tengo un cúmulo de conocimientos y los complemento con algunos aspectos que requieren ser complementado, pero a veces es necesario formar recursos humanos cuando no encuentro un profesional que tenga un perfil específico. Luego tengo que desarrollar las mejores actitudes personales para que el personal pueda trabajar en equipo y eliminar toda posibilidad de conflicto sin discriminaciones de género, procedencia y en un lugar con condiciones mínimas para trabajar.

Obviamente el desarrollo de los recursos humanos está enmarcado en un determinado sistema de salud; en nuestro país tenemos un sistema de salud que todavía está fragmentado, no es un verdadero sistema; porque se tiene al IPSS por un lado, al MINSA y otras instituciones por el otro.

El desarrollo de recursos humanos está en estrecha relación con el nivel de políticas de salud y el nivel estratégico, entonces para resumir todo lo dicho, la gestión de los recursos humanos en salud es una función de la dirección del servicio, es decir funciones directivas, lo que quiero hacer en mi gestión como director de recursos humanos es liberar las potencialidades de esos recursos humanos, es decir, que aquella persona aplique todos sus conocimientos con las mejores actitudes en el desempeño de sus funciones.

Sino, tendríamos un médico poco motivado que no demuestra sus aptitudes y actitudes para aplicarlas al servicio. Lo que deseo es mejorar la competitividad en forma permanente, la calidad sea mayor y que luche porque haya cero errores en mi servicio.

Así estaríamos evitando que existan problemas de lo que se llama negligencia médica.

Para gerenciar los recursos humanos, se deben articular los requerimientos de la población. Hago que mis recursos humanos trabajen para lograr la equidad, o sea otorgar servicios de acuerdo a las necesidades, la mayor necesidad, mayor servicio, cobertura; porque quiero que se extienda mi servicio y se logren satisfacer las necesidades de mi población, de una población determinada, que mi servicio sea eficaz es decir que logre los resultados.

Si yo me planteo un determinado resultado, un determinado objetivo, entonces debo hacer que ese recurso humano pueda efectivizar ese trabajo y luego buscar calidad, es decir hacer las cosas con menos errores, pero también gerencio el potencial humano, porque lo que quiero hacer es que los servicios tengan una serie de elementos positivos. Uno de ellos es la eficiencia, es decir disminuir el desperdicio. Para lograr los objetivos se busca la optimización de los recursos. Tengo que velar por el adecuado número de recursos humanos para que haya calidad y productividad.

De calidad ya hemos hablado, la productividad es producir un número de servicios en un determinado tiempo y con una determinada calidad y a un determinado costo.

También tengo que conciliar las necesidades de mis trabajadores a sea tengo que buscar que tengan mejores condiciones de trabajo, respeto y consideración, participación, oportunidades de desarrollo personal y profesional.

Como ven, la gestión de recursos humanos es una cosa seria, porque tengo que conciliar esas tres cosas: las necesidades de la población, las necesidades de mi servicio y de mi personal; el gráfico muestra muchos de los elementos o los síntomas que nosotros ya estamos viendo seguramente cuando vamos a un centro de salud, hemos visto que hay este problema, que cada uno jala para su lado o un grupo jala para un lado y el otro para el otro. Al final se perjudican ellos mismos, porque la competencia se los devora.

Entonces cuando vemos estos síntomas debemos preocuparnos.

¿Cuáles son los síntomas? Hay un sentimiento de que no se hace o no se logra conseguir lo que se quiere en la vida, o sea, ese médico que está trabajando en un establecimiento que nosotros estamos gerenciando, siente que realmente no logra satisfacer sus aspiraciones. No sabe por qué está en ese establecimiento, esto es un síntoma.

El otro síntoma es del grupo en que está trabajando, el grupo de profesionales no reconoce al que destaca o se desempeña mejor sino más bien al que hace la criollada, al que se sale antes, al que engaña, al que no cumple con sus obligaciones, a él sí lo festejan, pero al que se desempeña mejor no lo incentivan. Otra cosa es que tampoco se siente involucrado, o sea se desempeña bien, puede ser que sus aspiraciones se estén logrando pero se siente un poco relegado, no se siente involucrado en el proceso.

El otro elemento es la inseguridad laboral, o sea siempre preocupado si lo van a despedir o no, ese es otro elemento y el elemento fundamental.

La cura a estos síntomas es la aplicación de la fórmula Q+S+P:

Hacer que el profesional **QUIERA** hacer las cosas.

Buscar que el profesional **SEPA** hacer las cosas.

Promover que el profesional **PUEDA** hacer las cosas.

LA PLANIFICACIÓN Y LA PROGRAMACIÓN EN SALUD

Dr. Julio Medina Verástegui

En la planificación y programación de salud es importante que previamente nos preguntemos si hay trabajo de equipo en el establecimiento de salud, si el equipo de gestión del establecimiento tiene liderazgo y cuál es la cultura organizacional del conjunto de trabajadores.

De manera didáctica mencionaremos que existen seis momentos:

Momento 1 enunciativo: misión y visión

Momento 2 analítico: análisis de situación: Demanda, Oferta y FODA. Selección y análisis de prob.

Momento 3 síntesis: Matriz FODA, priorización de problema y árbol de problema

Momento 4 normativo: objetivos

Momento 5 estratégico: viabilidad y estrategias

Momento 6 táctico operacional: programación, matriz de programación

El momento enunciativo, en el que destacan la Misión y la Visión.

¿Cuál es la Misión del establecimiento?

Es importante saber qué es lo que se quiere, lo que diferenciará al establecimiento de otros y la **Visión**, es decir lo que le gustaría ser a ese establecimiento de salud dentro de 4 ó 5 años. Es el cómo se imaginan en el mañana pero anunciado en tiempo presente. Luego se debe precisar la MISIÓN, que describe la razón de ser de la institución, el para qué existimos. Debe ser realista y veraz. El equipo de gestión del establecimiento de salud precisará así cuál es su Misión y cuál es su Visión, en un contexto de planificación estratégica.

El segundo momento es el análisis de situación, es decir tomar en cuenta lo que pasa alrededor del establecimiento de salud (lo que llamanos el entorno), esto es lo más importante en una planificación, no tanto es lo interno sino también lo que pasa fuera del establecimiento.

En la planificación normativa muy importante era analizarnos nosotros, ¿qué teníamos? Se partía de la oferta.

En cambio, en la planificación estratégica se privilegia al usuario externo y lo que pasa afuera, en el entorno. En lo externo tenemos que ver cuáles son las oportunidades y cuáles son las amenazas. Las oportunidades porque hay que saber aprovecharlas y las amenazas a fin de contrarrestarlas. La segunda parte del análisis es el llamado análisis interno, comenzamos viendo cuáles son las fortalezas del establecimiento de salud y luego cuáles son sus debilidades.

De la primera letra de cada una de estas cualidades: **F**ortalezas **O**portunidades, **D**ebilidades, **A**menazas viene entonces lo que conocemos en salud como el FODA. El FODA es parte del análisis de situación y partiendo de éste priorizamos los problemas.

Si tenemos una lista de 7 fortalezas y 7 oportunidades en una tabla matriz, cruzamos cuáles serán las fortalezas que tenemos que nos permitirían aprovechar las oportunidades, y les ponemos un puntaje de 0 a 4, y entonces podemos preguntarnos: esta fortaleza en relación a la oportunidad cuánto se potencia, si se potencia mucho 4 puntos, si no cero puntos, y así, logramos determinar cuál es la prioridad. Esta es una manera de llegar a una prioridad de las fortalezas para aprovechar las oportunidades.

En el análisis FODA podemos seguir viendo otro cruce: listas de fortalezas y listas de amenazas, y entonces aplicando semejante metodología anterior encontramos en esta nueva matriz otra prioridad: tendremos así un segundo problema priorizado.

¿Cuáles son las debilidades que impiden aprovechar estas oportunidades? y tendremos una tercera prioridad. ¿La fortaleza para contrarrestar debilidades?, priorizamos y seguimos escogiendo una sola; ¿cuáles son las amenazas que se oponen a las oportunidades?, si es una amenaza importante, la priorizamos, es un problema para nosotros.

¿Cuáles son las amenazas que agudizan nuestras debilidades? y por último ¿cuáles son las oportunidades para aprovechar mejor nuestras fortalezas?

Todo este conjunto de preguntas dentro del análisis FODA, nos va a servir para tener una mejor idea cuando realicemos la «Lluvia de ideas», en que cada integrante del equipo aporta.

Por ello debemos tener en cuenta en el análisis de la situación tres fuentes de información:

1. El análisis FODA
2. La opinión de la demanda
3. Nuestra información como oferta de salud

Podemos elaborar un listado de problemas, los problemas más importantes que creemos que existen para que el establecimiento de salud los solucione.

El tercer momento de síntesis: Matriz FODA, priorización de problemas y árbol de problemas.

Para eso pasamos del momento de la **selección y análisis de problemas** a la **priorización de problemas**, aplicando la matriz de priorización: pasamos a priorizar un solo problema del listado realizado que hemos mencionado. Nos ayudamos aplicando la matriz de comparación vertical FODA en donde

cruzamos las oportunidades y amenazas con la fortalezas y debilidades, teniendo claro que las debilidades nos ocasionan no aprovechar las oportunidades y nos exponen a las amenazas. Pueden ser varios problemas pero solamente vamos a escoger uno, por eso se llama «priorización de problemas». Se recomienda que cuando uno realice una programación de salud, tienda a solucionar un solo problema.

Algunas escuelas, como la de la Unión Europea, en donde aplican mucho el Marco Lógico, proponen que pueden trabajarse 2 problemas, o sea, que se puedan priorizar 2 problemas y a partir de esto trabajar, pero se recomienda en general que uno escoja un solo problema para procurar solucionarlo.

¿Qué es un problema de salud?

- Es explicitar una discrepancia o insatisfacción del deseo con la realidad. ¿Cómo demuestro que el problema existe? Tengo que documentar con datos la existencia del problema.

Para la priorización del problema tenemos 5 preguntas:

1. **¿Qué cantidad de la población es afectada por el problema?**
Eso se relaciona con la **magnitud**
2. **Respecto a la cantidad de población afectada**
¿Qué tendencia se provee?
Es una tendencia decreciente o es una tendencia amenazante que está aumentando? según eso vamos dando un puntaje.
3. **¿Qué probabilidad tiene el problema de ocasionar daños importantes.**
Daños biológicos, psicológicos, sociales, y entonces le aplicamos un puntaje.
4. **¿Qué posibilidades de solución existen desde el punto de vista institucional y financiero?**
¿Se puede solucionar?, le tenemos que asignar un puntaje que va del 1 al 4.
5. **¿Cuál es el grado de interés de los participantes en la reducción del problema?**
¿Hay interés en dar solución al problema o no lo hay? no interesa o no importa.

Todas esas 5 preguntas nos dan una escala y podemos tener un instrumento que nos ayude a precisar los problemas y solucionarlos

Priorizando entonces un problema, pasamos a utilizar un instrumento denominado el **árbol de problemas**. El análisis de problemas nos va a conducir a precisar la «causa básica» (otros lo llaman el «nudo crítico»). Esto se hace cuando se pregunta: ¿por qué suceden los problemas?

Al problema lo ponemos como «el tronco» (el problema que hemos elegido es el tronco) y para ver sus raíces o sea sus causas, preguntamos:
¿Por qué suceden los problemas?

Si el problema principal fuera, por ejemplo: tiempo de espera prolongado en pacientes mujeres del programa de planificación familiar, lo que ha sido determinado por encuestas, recogiendo la opinión de las usuarias. La pregunta sería: ¿Por qué hay un tiempo de espera prolongado?, entonces comienzan a recogerse las respuestas: Los profesionales (médicos-obstetrices) antes de ir al consultorio se dedican a otras cosas (es una posible respuesta); o no les interesa estar a tiempo, para atender a los pacientes; y así sucesivamente.

De estas primeras respuestas, de nuevo nos preguntamos: Por qué tienen otras actividades antes de la hora señalada?.. y así hasta llegar a las verdaderas causas, a la causa vital.

Nosotros queremos llegar a la causa profunda de los problemas ¿por qué? Porque queremos solucionar el problema. Entonces determinamos los nudos críticos, las causas básicas o las causas vitales. NUDO CRÍTICO es el problema donde concluyen la mayor cantidad de explicaciones del problema priorizado, por lo que solucionando este nudo crítico se resuelven los problemas confluentes.

Teniendo en cuenta esto vamos a tener dos productos:

El primer producto proviene del problema priorizado. El problema priorizado nos va a llevar al objetivo general. El problema priorizado se va a enunciar como un objetivo general, mientras que los nudos críticos precisados nos van a llevar a enunciar los objetivos específicos en nuestra planificación en salud.

En planificación esto es muy importante porque vamos a tener en claro cuál es el objetivo, o lo que es lo mismo, qué es lo que queremos cambiar. Luego para cada objetivo específico, programamos las actividades.

Repasemos:

- 1) Partimos de la opinión de la demanda, recogemos lo que piensa el usuario, la población.
- 2) Tenemos en cuenta el entorno (cuáles son nuestras oportunidades y amenazas).
- 3) Los ofertantes de salud, el establecimiento de salud.

En base a todos estos insumos, es que se llega a hacer un análisis de la situación en salud, entonces luego se precisa de una lluvia de ideas para identificar el problema y escoger uno.

Cuarto momento normativo: Los objetivos.

Luego pasaremos a convertir los problemas priorizados y sus nudos críticos en objetivos generales y específicos, respectivamente, recordando que los objetivos son los resultados específicos que queremos obtener. Un objetivo describe un cambio y tiene que ser verificable y observable.

Estas son unas claves para plantear bien los objetivos importantes:

1. Los objetivos deben ser formulados como acciones terminadas.
2. Debe escogerse un verbo de acción con fuerza, no débiles como: establecer, ordenar, instalar, etc.

Los requisitos para formular objetivos:

1. formularse con verbos de acción o fuerza
2. cuantificables y medibles
3. indicar tiempo preciso
4. pertinentes en relación a los problemas y estrategias
5. alcanzables y realistas
6. claros, precisos y concretos

Los objetivos deben tener "AROMA":

- Adecuados
- Realistas
- Oportunos
- Mensurables
- Alcanzables

Quinto momento: Estrategias

Es decir las maneras de llevar adelante lo que queremos cambiar en el establecimiento de salud, es el cómo lo haremos. Se diferencian varias como:

- Estrategias competitivas: el usuario nos percibe como únicos o porque tenemos el menor costo.
- Estrategias cooperativas: son estrategias de poder técnico, político o administrativo. Las estrategias pueden ser negociación, cooptación o coalición. Se recomienda la negociación.

Nosotros siempre debemos tener en cuenta al hacer la planificación, la construcción de escenarios. En caso de que se trate de un escenario optimista, el cambio que nosotros proponemos va a ser conducente a la solución del problema.

El evaluador en salud tiene que tener esta clasificación entre escenarios, bien sea que sigan las cosas como están, empeoren o mejoren; y allí hay varias variables para ver, desde el punto de vista

político, económico, sociológico, demográfico y de salud.

Sexto momento. Táctico Operacional. La programación

Definimos las actividades y tareas de cada objetivo específico, determinamos qué recursos requiere para ejecutarlo, preparamos un presupuesto para las actividades, establecemos los indicadores y el cronograma de ejecución y asignamos las responsabilidades de las mismas.

Tengamos en cuenta que por cada objetivo específico, nosotros elaboramos entre 2 a 3 actividades para cumplir ese objetivo entonces podemos decir según nuestro problema de salud si son **actividades de salud, actividades de la gestión o actividades de la inversión** de acuerdo a la naturaleza de ellas y pasamos luego a hacer nuestra llamada matriz de programación.

Todo esto lo tienen ustedes en la Guía de Prácticas, paso a paso cómo se llega hasta la matriz de programación, sin olvidar que se tienen que programar las acciones de supervisión, monitoreo y de la evaluación y entonces allí tenemos completo todo el panorama del modelo de plan operativo. La matriz de programación es un instrumento resultado del proceso de programación en el que consideramos seis fases: actividades y tareas, meta y asignación de recursos, costos, indicadores, cronogramas y responsables.

Entonces estos son los 6 momentos de la planificación, el análisis de situación el primer momento, es lo general o global, y en lo más específico, el denominado análisis de problemas. A estos dos primeros momentos también se les llama **el ser**, así está la situación, así partimos.

Después viene la identificación de la Misión y la Visión de los servicios de salud, son dos momentos, misión y visión; después se hace un cuarto momento que es diseño de los proyectos y la operación, (diseño, cómo **«debería ser»**) entonces este tercer y cuarto momento otros lo llaman el momento del **«debe ser»**.

Nosotros en este tema hemos dicho primero que así está la situación y después que así debe ser, pero tenemos que analizar si es viable lo que nosotros queremos cambiar, **¿será factible?**. Entonces, pasamos a construir la viabilidad, el quinto momento que es la construcción de la viabilidad para hacer el programa operacional, este quinto y sexto momento (sobre todo el quinto) dicen que es el **«poder ser»**; entonces una cosa es lo que yo actualmente tengo, otra cosa es lo que **debe ser** y otra lo que **puede ser**; este es el aporte importante que ustedes deben recordar en planificación y programación de salud, los momentos son: el momento explicativo (Es **el ser**), el momento normativo (del **debe ser**), el momento estratégico (**el puede ser**) para pasar luego al táctico operacional (**el hacer**).

Cuando nosotros pensamos que tenemos que programar debemos de tener idea de ¿qué es un programa de salud?

Definición de programa de salud

Es un ordenamiento fundamentalmente administrativo, consiste en la administración de diferentes formas.

La estructura del programa se basa en tres cosas:

1. El ámbito de intervención, es decir, ¿cuál ha de ser el ámbito de intervención de lo que estamos programando?
2. La asignación poblacional.
3. El riesgo poblacional.

Un primer punto importante es ¿qué población yo voy a impactar con mi programa?, va a ser en un distrito, un colegio, una fábrica; tenemos que definir entonces la magnitud de la interacción.

Por otro lado ¿Cuáles son los riesgos que existe en estos ámbitos de interacción?

Por otro lado tenemos la tecnología y las normas.

Cuando hablamos de **tecnología y normatización** del programa recordemos que hay 4 componentes, hay policomponentes funcionales, el componente **técnico, el educativo, el administrativo y el operativo**. Vamos a ver uno por uno.

El componente técnico: Tiene que ver con la **investigación**, es importante definir cuál es la mejor la solución del problema, por eso tenemos que investigar por qué existe el problema, si hemos analizado antes, si hemos hallado las causas va a ser más fácil identificar una solución. En esta parte es importante la investigación operativa que nos va a aportar mayor información sobre nuestro problema para identificar mejor su solución.

Un segundo componente del componente técnico es la llamada «**capacitación**». El recurso humano debe estar actualizado.

Después el otro componente, el educativo tiene que ver con el famoso IEC, que quiere decir información, educación y comunicación y tiene que ver con lo que está pasando dentro y fuera de nuestro servicio de salud que estamos programando, por eso es que lo llamamos lo intrainstitucional y extrainstitucional.

El otro componente es el administrativo, donde vemos cómo está su equipamiento, su abastecimiento, los insumos, los recursos.

Para poder ejecutar un programa tenemos que ver con qué tecnología contará nuestro establecimiento de salud para solucionar ese problema, si tendrá equipos, si es un problema de espera prolongada tendremos computadoras, de tal manera que nos facilite la rápida identificación del usuario que viene aquí y puede ser atendido rápidamente por el médico y la obstetrix de turno, entonces tiene que ver con tecnología y la aplicación adecuada de la tecnología, y tiene que ver con las normas.

Si nosotros tenemos unas normas que nos dicen, que en la obstetrix o el médico su horario de entrada es a las 8 en punto de la mañana y si llega a las 8:05 no hay ningún problema, pero a las 8:10 ya tendrá descuento y si llega después de las 8:30 ya no se le pasa el jornal del día, es como si no hubiera llegado, esto lo definen las normas.

Entonces para solucionar un problema tenemos que ver las normas que rigen actualmente por lo tanto, una idea importante es que los programas se organicen como un conjunto de operaciones y a su vez se definan en relación a resultados, eso sí hay que precisar bien el objetivo porque teniendo el objetivo nosotros decimos esto resultó, la articulación entre resultados, acciones y recursos, esa relación es muy importante en los programas de salud.

Habíamos mencionado anteriormente que el concepto de programa es un concepto administrativo destinado a la obtención de objetivos específicos, por eso es que se le asignan recursos, económicos, físicos, humanos. En la programación entonces se tienen en cuenta estos recursos, así estamos en un programa de planificación familiar, de salud de la mujer, de salud reproductiva, vemos si estos programas cuentan con los recursos necesarios.

En lo administrativo, también tenemos que ver cómo se llevan adelante el monitoreo y la evaluación y por último no nos olvidemos que en lo administrativo entra la llamada «participación social». La participación social es un componente dentro de lo administrativo, donde se contemplan las diferentes maneras en que la población usuaria de los servicios participa en el manejo de los recursos.

Y por último el componente operativo, en donde en salud vienen a ser atenciones mismas, la atención en salud, las consultas externas, las atenciones en emergencia, la toma de muestras, Rx, etc.

¿A qué nos va a llevar la programación?

La programación tendrá un producto que se llama plan operativo, ese es el producto de la programación en salud, por ejemplo qué hacemos del mes de julio hacia diciembre, 6 meses de programación en salud. Ese es el concepto de lo que destaca en el plan operativo es la matriz de programación (ver parte grande de las copias), la relación contiene parte del problema, objetivos, actividades, metas, costos (ingresos públicos, ingresos propios), cronogramas).

Por último tenemos que tener en cuenta en la programación desde el inicio cómo se evalúa. Partimos

de necesidades sobre todo desde la opinión de la demanda y entonces para evaluar los programas tenemos que tener indicadores de estructura, indicador del proceso y para ver nuestra eficacia y eficiencia tenemos indicadores de resultados y para saber cuál es el impacto de lo que hemos programado hay indicadores llamados de impacto.

La mayoría de autores habla de indicadores de estructura, indicadores de proceso indicadores de resultado, como qué impacto se incluye dentro de resultado y se habla entonces de 3 tipos de indicadores en evaluación.

Los indicadores de estructura van a evaluar nuestros objetivos y nuestros servicios; los indicadores de proceso las actividades que estamos realizando; los de resultado van a evaluar los resultados inmediatos que le llamamos los productos; mientras que los indicadores de impacto ven los resultados en la población.

Si queremos disminuir la tasa de mortalidad infantil al término de 1 año haciendo acciones para evitar la muerte por deshidratación ¿cuál sería el impacto, si empezamos con una tasa de 100 y a fin de un año terminamos con una tasa de mortalidad de 70? El impacto en la población será el diferencial en mortalidad de 100 a 70 por cada 1 000 nacidos vivos.

Los resultados inmediatos es que hemos disminuido en tantos niños que se salvaron con acciones de rehidratación porque por ejemplo la promotora recuperó niños con resultados inmediatos.

En última instancia, el impacto se mide como la cantidad de niños que se evita que mueran hoy, es una diferencia entre impacto y resultado inmediato.

BIBLIOGRAFÍA

1. APRISABAC. Manual de Planificación Local en un Establecimiento del I Nivel. Cajamarca, 1997.
2. BUSTIOS, Carlos. Gerencia en Salud Pública. Departamento de Medicina Preventiva y de Salud Pública Lima. 1999.
3. DEVER, A. *Epidemiología y Administración en Servicios de Salud*. OPS, 1991.
4. ENSAP – MINSA. Planificación Estratégica en Salud Edición ENSAP 1996.
5. JIMENEZ, J. *Manual de Gestión para Jefes de Clínicas* MSD, Madrid, 1997.
6. LAMBERT. *Instrumento Clave para la Gestión Empresarial*. Barcelona, Edición Folio SA 1994.
7. LAZO, O. Programación en Salud Pública. ENSAP Lima 1994.
8. MEDINA, J. Módulo de Autoaprendizaje Planificando en Salud. UNSAAC-Maestría en Salud Pública 1999
9. MEDINA, J.; LOBÓN, I.; ALARCÓN, M. Plan Operativo Institucional Programa de Fortalecimiento – MINSA 1998.
10. MEDINA, J. y Col. *Manual de Salud Comunitaria* UNMSM 1999.
11. MINSA – OGP. Esquema Plan Operativo 2000 Lima 1999.
12. MINSA. Los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS) MINSA 1996.
13. MINSA – DISA. Cajamarca Plan Estratégico 2000 - 2005.
14. MINSA. Lineamientos de Política de Salud 1995 - 2000 Lima, 1995.
15. MOTTA, P. Gestión Contemporánea. La ciencia y el Arte de Ser Dirigente. ENSAP Lima, 1996.

16. MOTTA, P. *Manual sobre Tendencias Contemporáneas en la Gestión de la Salud*. OPS Washington, 1996.
17. PORTELLA, J.; HIDALGO, L.; CHAVEZ, J. *Manual de Planificación Estratégica* 1998.
18. ROBLES, L. Apuntes de Clase Planificación Estratégica en Gerencia. Maestría en Gerencia, UNMSM 1999
19. ROVERE, M. *Planificación Estratégica 1998 de Acciones en Salud* OPS Washington, 1995.

20. VELASQUEZ, A.; MURILLO, J. Supervisión, Monitoreo y Evaluación, Programa Fortalecimiento, MINSA, 1998.

LA ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL BÁSICO DE ATENCIÓN

Licenciado en Administración Carlos Bendezú Watanabe

Corresponsable de la creación del Programa de Administración Compartida.

INTRODUCCIÓN

En Agosto de 1990, la nueva administración en el Perú empezó a desarrollar un programa de estabilización económica, con el propósito de revertir el proceso de deterioro del aparato productivo y de la sociedad en su conjunto y restaurar el equilibrio macroeconómico, indispensable para lograr un crecimiento efectivo del país. El programa de estabilización económica fue acompañado por una serie de reformas que apuntaban a promover la competitividad del país en el contexto internacional y desregular la actividad económica.

Las reformas económicas han dado un resultado sorprendente, pues se ha revertido el proceso inflacionario, la economía está en franco proceso de crecimiento, el déficit fiscal se está reduciendo dramáticamente y hoy el Perú es uno de los países que más motiva al inversionista extranjero.

Sin embargo este proceso de reformas, por un lado ha ahondado la situación de pobreza de la sociedad peruana, y por otro ha dado lugar a una menor asignación en el gasto público en salud.

Empero el gobierno es consciente, que si bien hay escasa asignación de recursos en el sector, también hay notables deficiencias en la organización y administración de las instituciones públicas de salud y los recursos de todo tipo.

A fin de superar las deficiencias anotadas, el trabajo en salud está siendo direccionado en función de una escala de prioridades orientadas a cubrir las necesidades básicas **de salud pública** de grandes grupos poblacionales de escasos recursos a un costo razonable mediante intervenciones cuyas externalidades influyan con amplitud e impacto en mejorar su calidad de vida.

Una línea importante de trabajo es el redimensionamiento del gasto público en salud orientándolo a la atención de programas más eficaces en función de los costos que contribuyan en mayor medida a ayudar a la población más necesitada.

Para este efecto se ha iniciado el Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud y, dentro de él, al Programa de Administración Compartida tendiente a que los Puestos y Centros de Salud oferten en forma oportuna, eficiente y eficaz la prestación de un paquete de servicios que resuelva los principales problemas de salud con la participación directa de la población organizada en la gestión de los recursos humanos, económicos y materiales del establecimiento de salud.

La premisa fundamental del PAC es la **Focalización del Gasto público en salud hacia la Universalización de una atención médica básica, simplificada y de calidad a la población.**

Considerando que la salud constituye un bien que el ser humano requiere para su realización como persona y un factor fundamental para el desarrollo de la nación transformándose así en un medio para conseguir el progreso social y económico del país, la eficiencia debe ser considerada como objetivo prioritario.

EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA

I. ANTECEDENTES

Aunque la organización y administración del sector salud y de las instituciones que la conforman son sólo factores contribuyentes de la mejora en la situación de salud en el Perú, estos sistemas presentan problemas importantes, que de no resolverse, se convertirán en estorbo sustancial para el logro de los

objetivos de salud; así se puede mencionar lo siguiente:

- Se gastan fondos de salud en intervenciones de escasa eficacia en función de los costos;
- Los más necesitados siguen careciendo de servicios de salud;
- El desequilibrio entre los recursos asignados a las acciones asistenciales recuperativas y a las de prevención y promoción de la salud.
- Existe un despilfarro significativo en el uso de los escasos recursos, duplicación de esfuerzos, gastos innecesarios, etc.
- Disparidad en el gasto por persona entre instituciones públicas y privadas.

De otro lado, existe un divorcio importante entre los objetivos de salud y las organizaciones que se utilizan para alcanzarlos, por ejemplo el Ministerio de Salud y el IPSS.

Lo anterior, que es producto de un diagnóstico sobre la organización y gestión del sector salud, ha mostrado la necesidad de efectuar una reforma sustantiva en el sector salud cuyos principios y acciones deben apuntar a modificar la direccionalidad e intencionalidad del sistema de salud vigente que posibilite la descentralización efectiva de la toma de decisiones en el nivel local con la participación cogestionaria de la comunidad organizada, con el objeto de hacer un uso más eficiente de los escasos recursos, creando las condiciones mínimas para satisfacer las necesidades más urgentes de atención de salud en las áreas más pobres y lograr que mayor cantidad de población pueda acceder a los servicios de salud.

II. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA (PAC)

| Aspecto | Forma de Participación |
|---|--|
| Etapa o Momento | En la discusión En la toma de decisiones (desde la definición de los mecanismos para el involucramiento de la comunidad, hasta el manejo de los recursos) En el entrenamiento En la ejecución de las tareas En la evaluación En la utilización de los servicios |
| Mecanismos o instrumentos de participación | Individuos Organizaciones comunitarias de salud Otras organizaciones comunitarias Comité de desarrollo de la comunidad |
| Horizonte Temporal | Permanente Temporal |
| Tipo de acciones | Variable y dependiente de los objetivos del programa |

El Programa de Administración Compartida (PAC) se concibe como una Política Nacional de Salud que promueve el proceso de ordenar los esfuerzos conjuntos de la comunidad organizada y el Estado, para administrar y potenciar los recursos de los Centros y Puestos de Salud, ampliar su cobertura y mejorar la calidad de atención.

Se apoya en una política que reconoce las múltiples posibilidades de relación entre el sector Público y el Sector Privado en el campo de la salud y privilegia aquellas que a nivel local buscan el logro de la equidad, calidad y eficiencia como principios básicos.

III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PAC

El Programa de Administración Compartida pretende:

- Garantizar en los Centros y Puestos de Salud una atención básica de salud a la población y al medio ambiente de manera permanente, oportuna y eficiente.
- Mejorar la calidad y **cobertura de los servicios de salud** con criterios de equidad y responsabilidad compartida entre la parte institucional y la comunidad organizada

El PAC constituido mediante Decreto Supremo N°001-SA-94, busca que los actuales Centros y Puestos de Salud presten la atención de salud que debieran, lo que en la actualidad no cumplen, debido a múltiples razones como las siguientes: Muchas veces el jefe del servicio no asume mayor responsabilidad sobre la población que debe atender; su salario es independiente al servicio que ofrece, por lo que no se esfuerza en realizar un buen trabajo; por ser el último escalón de la cadena burocrática, casi nunca está abastecido de medicamentos u otros insumos.

Se busca que los establecimientos del primer nivel de atención sean coadministrados con la comunidad, pero el financiamiento de las mismas siga siendo responsabilidad del Ministerio de Salud.

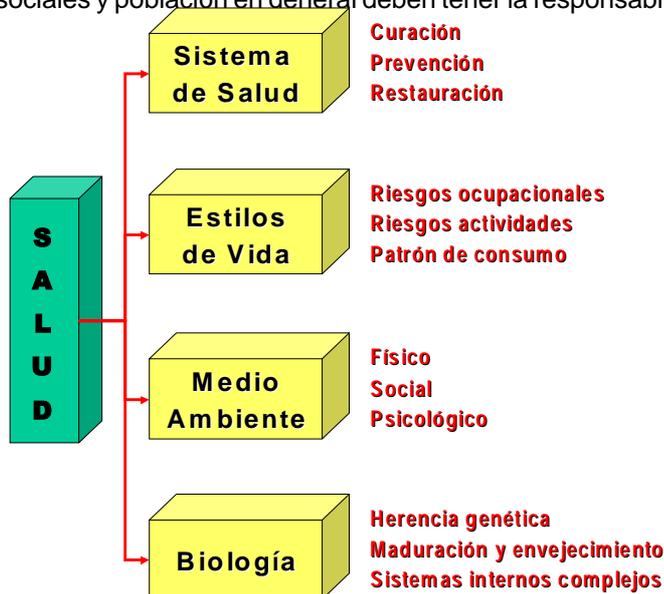
El dispositivo legal define el ámbito geográfico o población a ser atendida por cada establecimiento de salud que se coadministre; el presupuesto básico para un funcionamiento eficiente; los mecanismos de control y supervisión de las Centros y Puestos coadministradas; y, las modalidades de contrato o convenio con instituciones de la comunidad.

IV. SOPORTES BÁSICOS DEL PAC

- Participación de la Comunidad Organizada en la Gestión de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención.**

La participación comunitaria pasiva, en el sentido de ejecutar acciones decididas por otros y en otros niveles no ha dado resultados sostenibles, por ello el PAC propicia una participación corresponsable del Estado y de la comunidad organizada que sea activa, deliberada, organizada, continua y consciente en la gestión del Puesto o Centro de Salud.

Las organizaciones sociales y población en general deben tener la responsabilidad del cuidado de la



salud de sus miembros y de sí mismos. Los Puestos y Centros de Salud deben garantizar el derecho que la comunidad tiene de decidir y de tomar acciones en la identificación y delimitación de la problemática de salud y establecer las prioridades para la acción a partir de soluciones factibles y viables, culturalmente aceptadas y tecnológicamente soportables por la capacidad y/o disponibilidad financiera institucional y comunal.

- Descentralización.**

El PAC es producto de una explícita voluntad política para impulsar una auténtica descentralización

de servicios de salud que permite aumentar su capacidad de respuesta frente a los problemas de salud de la población.

En ese sentido, fue importante comprender que la expresión local tiene una dimensión nacional en el desarrollo de políticas sociales que se orienten hacia la distribución equitativa de los servicios y recursos, la democratización de las estructuras de poder y el reconocimiento del rol rector y solidario del Estado.

La organización del PAC basa su estrategia en la transferencia y delegación de autoridad y de responsabilidad hasta los niveles locales, en virtud a que quienes están más próximos y en contacto más permanente con la realidad, están en mejores condiciones para conocerla y saber de sus alternativas de solución.

c. Gerencia en la Gestión de los establecimientos de salud.

La Administración Compartida de los Centros y Puestos de Salud requiere de cuadros técnicos que estén imbuidos de las lógicas de gestión y de gerencia necesarias para organizar servicios y acciones que involucren políticas tendientes al autosostenimiento y a la excelencia técnica que permita, además de la eficiencia, eficacia y efectividad, la equidad social en la prestación de los servicios.

La gestión y gerencia debe, entre otras acciones, buscar la identificación e integración del trabajador de salud con su propio trabajo y con los planes institucionales a través de su participación activa y de un adecuado programa de estímulos y de incentivos.

Se hace imprescindible modificar los comportamientos administrativos vigentes que no responden a los retos de la modernidad; es necesario avanzar de lo procedimental, rutinario y normativo hacia una nueva concepción gerencial con adecuados y oportunos sistemas de soporte y de información, donde la administración por objetivos deberá centrarse en la satisfacción del usuario.

La administración por objetivos posibilita el establecimiento de acuerdos y compromisos de desempeño; esto significa establecer grados de cumplimiento que se consideren como satisfactorios y modalidades de entrega de fondos en función de los resultados comprometidos.

d. Revitalización Institucional de los Centros y Puestos de Salud.

Un componente ineludible del Programa de Administración Compartida es la revitalización del establecimiento de salud potenciando sustantivamente su infraestructura (infraestructura física, equipamiento, mobiliario y dotación de medicamentos) así como la supraestructura a través de la adopción de un modelo de atención integral de la salud que vea a la persona en su integridad y no a la enfermedad; que busque la calidad y la calidez humana; que busque la equidad y la solidaridad.

e. Repotenciamiento de la calidad de los recursos humanos.

Las organizaciones no cambian cuando se modifican sus normas legales; son los recursos humanos con su componente tecnológico los que «hacen a las organizaciones». En esta perspectiva se promoverá la recuperación de la excelencia científico-técnica perdida en el sector salud, comprendiendo diferentes dimensiones, en especial la mejora de la condición científica y la calificación profesional del personal de salud ubicados en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Sin embargo, esto no puede quedarse sólo en aspectos de capacitación; se precisa, además, llevar a cabo un programa integral de desarrollo de recursos humanos, que se traduzca en mejoras sustantivas tanto en su capacidad técnico-instrumental y en su capacidad de gestión, como en mejoras en sus condiciones de trabajo.

V. ASPECTOS OPERATIVOS DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA

La Alta Dirección del MINSA aprueba los centros y puestos de salud que participan en el PAC, a propuesta de la Dirección Regional o Sub Regional de Salud, según corresponda; para esto se tomarán

en cuenta las solicitudes de la comunidad o de la autoridad de salud local, y las experiencias o acciones de salud comunitaria precedentes.

Con tal objeto en cada Dirección regional o subregional de salud se conformará un equipo de trabajo, responsable entre otros aspectos de identificar y evaluar los establecimientos de salud con mejores condiciones para formar parte del PAC, así como el nivel de organización, compromiso y experiencia en actividades de salud de la comunidad; capacitar a las comunidades involucradas y al personal de los establecimientos identificados; elaborar el presupuesto de necesidades de infraestructura, mobiliario, equipo e instrumental médico-quirúrgico, medicamentos e insumos, así como los bienes y servicios requeridos para la ejecución del Programa de Salud Local.

Una vez que la autoridad y el equipo Subregional han identificado el establecimiento, se procede a una tarea de motivación y sensibilización a los miembros del establecimiento y a los representantes de la comunidad a fin de constituir el Comité Local de Administración de Salud (CLAS).

El **Comité Local de Administración de Salud (CLAS)** es una asociación civil, sin fines de lucro, con personería jurídica de derecho privado, responsable de la administración de un establecimiento de salud del nivel básico de atención; está en una Asamblea General y un Consejo Directivo.

La Asamblea está constituida por cinco o siete miembros, uno de los cuales es el Jefe del Establecimiento. Los otros son nominados, en igual número, por la comunidad y el Estado.

Para la designación de los miembros comunales ante el CLAS, el Director Regional o Subregional, o quien lo represente, convoca a organizaciones e instituciones de la comunidad de mayor actuación en el campo de la salud, para que de entre ellos, elijan a los que los representen en el CLAS.

Para la designación de los miembros del CLAS en representación del Estado, el encargado del establecimiento propone a, por lo menos, cinco representantes de instituciones y/o personalidades de reconocido prestigio de la comunidad, vinculadas a actividades de salud o de desarrollo local. Dichas propuestas serán elevadas al Director Regional o Subregional quien los nombrará mediante Resolución.

Los miembros del CLAS elegidos y designados, serán convocados por el jefe del establecimiento, con la finalidad de: constituir el CLAS, elegir al consejo directivo, aprobar su estatuto y el proyecto de contrato. Un miembro de CLAS de un establecimiento no puede ser miembro de CLAS de otro establecimiento.

El Consejo Directivo será responsable de la inscripción del CLAS en los Registros Públicos; coordinar con el Jefe del Establecimiento la elaboración del Programa de Salud Local y tener listo el Borrador del Contrato.

Con la opinión favorable de la Alta Dirección del MINSA, el Director Regional o Subregional queda autorizado a suscribir el contrato de Administración Compartida con el Presidente del CLAS, el mismo que es aprobado por Resolución Ministerial.

Aprobado el Contrato se da inicio formal a la administración compartida. En estas condiciones el CLAS está expedito para recibir los recursos materiales y financieros que posibiliten el cumplimiento del Programa de Salud Local.

El cumplimiento de los objetivos y metas del programa de salud local son evaluados semestralmente por la autoridad regional de salud y, de acuerdo a sus resultados, el contrato puede ser renovado o resuelto.

¿Por qué se crearon los CLAS?

Los CLAS se crearon para mejorar la cobertura de los Servicios de Salud e incorporar modalidades totalmente diferentes en la distribución del gasto.

¿Cómo se organiza un CLAS?

CLAS significa Comité Local de Administración en Salud, los CLAS se organizan de la siguiente manera. En una asamblea comunal se reúnen todos los miembros de la comunidad y dentro de ellos

eligen a 3 representantes y el Estado a su vez elige a 3 representantes, con esos 6 representantes que son miembros de la comunidad se organiza una asociación que se inscribe en los registros públicos. El Estado no puede contactar con personas naturales, tampoco puede contactar con un club, tiene que contactar con una organización reconocida, entonces este comité formado por 5 ó 7 miembros son elegidos por la misma comunidad y son reconocidos como una asociación de derechos privados. Una vez que son reconocidos como asociación, como toda asociación tiene sus estatutos.

Y en esa condición, como ya tienen Personería Jurídica y tienen derechos y obligaciones, recién contar con el estado. Entonces el estado les dice, les propone una cosa muy sencilla.

Yo, Ministerio de Salud, te voy a ceder este Puesto o Centro de Salud para que lo administres y contigo CLAS firmo un contrato por 3 años para que tú atiendas a la población; y el Ministerio de Salud lo único que va a hacer es financiarte. El dinero no te lo voy a dar por los canales formales, sino te lo entrego directamente a cambio de que tú me cumplas en programa de Salud.

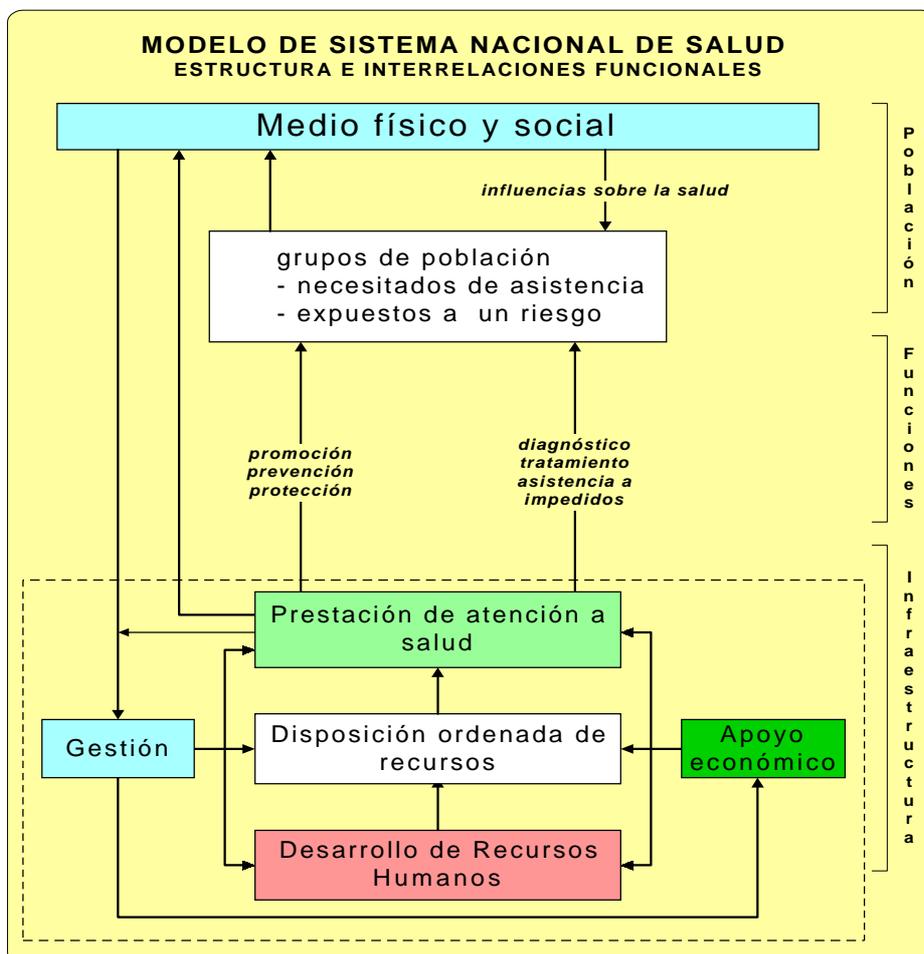
Entonces esa es la razón de ser del C L A S.

En el Establecimiento de Salud se realiza un cambio de jefe a gerente y por qué ese cambio de jefe a gerente:

Un Jefe simplemente recibe órdenes.

Un Gerente da Órdenes, toma decisiones.

Hasta este momento el establecimiento deja de “pertener” al Ministerio de Salud y forma parte de la comunidad.



Entonces la comunidad recibe el dinero y con el dinero contrata personal sin la traba burocrática de una entidad pública (una entidad pública para comprar un simple papel hace como 20 procedimientos) y se comporta como una entidad privada, compra directamente y contrata a la persona que ella quiere y cuando la población tiene acceso a ese financiamiento de servicios hay más transparencia; en algunos lugares la población tiene cuentas públicas.

SITUACIÓN ACTUAL:

Estamos hablando de 1 548 C L A S en 26 regiones, repartidas en 602 establecimientos de salud de los 5 000 que hay en promedio. Se recibe aprox. 31 500 de personas. Cada C L A S recibe en promedio 10 mil soles con ese dinero compran medicamento, exoneran pacientes, transfieren pacientes, etc. y cada establecimiento recauda como ingreso propio en promedio 10 000 soles.

Claro, hay C L A S grandes como chiquitos, esto es parte del proceso pero no todos estos 602 establecimientos están bien, están en proceso de desarrollo. Hay C L A S buenos y malos, hubieron casos donde hubo estafa de parte de los encargados por la población, recibían la plata y se desentendían de sus compromisos huyendo.

Hay cosas buenas como malas.

Las buenas nos permiten tener una convicción. Este año deben entrar unos 400 - 500 establecimientos a este programa, en Villa el Salvador incorporaremos 4 establecimientos.

Con estos se cumplen:

- Descentralización, el poder tiene la comunidad.
- Se autonomiza, porque la comunidad decide los horarios de atención, que puede ser de madrugada por ejemplo.
- Se incrementa la flexibilidad de horarios.

¿Cuál fue la reacción frente al cambio de gestión?

Este programa comienza en 1994 y la primera reacción fue adversa, porque quien tiene el poder difícilmente se desprende de el, entonces cuando retiras a un director (muchos eran del Ministerio mismo) había muchos problemas, ellos no saben cuanto personal necesitan, qué capacidad tiene, cómo van a saber más que otros y eso ha creado el sindicato mismo que comenzó a hablar diciendo que se está privatizando la salud, tratando de despedir al personal y esto es falso, eso sí sigue adquiriendo una suerte de conciencia a cambio.

Recomendaciones:

1. Que estudien o por su cuenta o se matriculen en cursos de Gerencia, porque la mayoría de Uds. van a comenzar su vida profesional como jefes.
2. Lean temas fundamentalmente relacionados a relaciones humanas. Mucho hace la relación humana antes que el conocimiento tecnológico.

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LAS INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN MÉDICA BÁSICA

Dr. José Miguel Arca

La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

ANTECEDENTES

La participación social en salud es un concepto que tuvo particular auge durante las décadas de los años setenta y ochenta.

Los destacados logros sanitarios alcanzados, por entonces, en los países de economías centralmente planificadas en Asia y América Latina, así como los provenientes de pequeños proyectos conducidos por organizaciones no gubernamentales e iglesias influyeron de manera decisiva en las mentes de los



planificadores, administradores e investigadores sanitarios a nivel mundial.

La experiencia de incorporación de la Medicina Tradicional, la formación masiva de los Médicos Descalzos en China y la masificación de la formación de profesionales médicos, la creación de los Consultorios de los Médicos de la Familia y de Médicos de la Montaña, el control de los Comités de Defensa de la Revolución en Cuba, fueron instrumentos decisivos en la extensión de la cobertura de los servicios de salud.

El incremento de la vida al nacer y el descenso marcado de la mortalidad infantil animaban entre analistas y gobernantes del Tercer Mundo, la esperanza de obtener logros importantes en la extensión de la cobertura de los servicios de salud, sin gran despliegue de recursos y en plazos relativamente cortos.

Todos los esfuerzos y esperanzas se conjugaron en una Conferencia Mundial convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Protección de la Infancia (UNICEF) en setiembre de 1978.

A la convocatoria concurrieron los representantes de los gobiernos de países, naciones y territorios miembros de los organismos sectoriales de Naciones Unidas y de organismos no gubernamentales. La reunión alcanzó importantes acuerdos y consensos. Ellos conformaron los contenidos esenciales de la **Estrategia Mundial de Atención Primaria en Salud** para alcanzar Salud para Todos en el año 2000. El documento final del evento es conocido como la **Declaración de Alma Ata**.

En la Declaración se comprendió a la educación sobre los principales problemas de salud, a la promoción del suministro de alimentos y una nutrición apropiada, a un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, a la asistencia materno infantil, incluyendo la planificación familiar, a la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, a la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales, al tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y al suministro de medicamentos esenciales, como los elementos esenciales para establecer los servicios sociales y de salud mínimos e indispensables para alcanzar salud para todos.

Para que los gobiernos miembros puedan poner a disposición de la mayoría de la población de sus países los servicios mínimos que satisfagan las necesidades esenciales, la Declaración recomendó que la Atención Primaria de Salud se debía organizar como nivel de atención de salud. Así se facilita la intersección y eslabonamiento de la conducción y gerencia de los pequeños hospitales, centros y puestos correspondientes a una jurisdicción sanitaria con las actividades y esfuerzos de autoasistencia sanitarios desplegados por las personas, familias y comunidades a favor de su salud.

La Declaración recomendó como estrategias, el apoyo multisectorial del Estado a los programas de desarrollo elaborados y aprobados por la comunidad, la participación de la comunidad en los procesos de gestión sanitaria, el desarrollo y puesta a disposición del público de tecnología apropiada y apropiable, y

la reorientación de los servicios de salud.

Debido al reconocimiento de que las actividades médicas y los recursos que ellas encierran no determinan la producción y mantenimiento de la salud de las personas, familias y comunidades; la Declaración asumió tres importantes aspectos como filosofía. En tanto el estado de salud de las personas se encuentra claramente condicionado por su acceso al consumo de bienes y servicios indispensables, como son los alimentos, agua segura y educación, resulta imprescindible orientar la distribución de tales recursos con criterio de equidad. En tanto el acceso al consumo de los diversos bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades se encuentra condicionado por su puesta a disposición, distribución y producción, el estado de salud de las personas forma parte del desarrollo general. Adicionalmente los esfuerzos que puedan desplegar el Gobierno y la Sociedad resultarían infructuosos si ellos no encuentran eco en la participación de las personas tomando iniciativas y adoptando comportamientos saludables.

Finalmente, la Declaración enfatizó sobre la necesidad de entender a la Atención Primaria de Salud como un instrumento eficaz para la promoción de la responsabilidad individual y colectiva a favor de la salud. Esto implicaba para los Gobiernos la obligación, por un lado, de informar sobre métodos y técnicas disponibles para colocarse en situación de ventaja sobre el medio en el que se desenvuelven usualmente las personas, sobre comportamientos y estilos de vida saludables; por otro, el proveer estructuras locales para identificar y tratar los problemas de salud, como promover la participación de la comunidad en la toma de decisiones.

CUADRO I

FORMAS DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA SEGÚN ASPECTOS SELECCIONADOS*

*Construido por el autor sobre la base de los aportes de Mario Bronfman y Marcela Gjelzer en su artículo "Participación Comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia? ¿O de qué hablamos cuando hablamos de Participación Comunitaria?" y el aporte de C. Agudelo en su artículo "Participación Comunitaria en Salud: Conceptos y Criterios de Valoración".

BIBLIOGRAFIA

1992 Los nuevos agentes sanitarios. En: La Planificación y Programación Sanitaria Comunitaria. DPMPSP. Lima, octubre, pp. 22 - 33.

1990 La Participación Social. HSD/SILOS-3. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Washington, D.C.

SISTEMAS DE SALUD

Dr. Gustavo Franco

Frente a la enfermedad en la población siempre ha existido una respuesta de la sociedad que ha recurrido a diversas formas de organización para luchar contra ella. Las formas iniciales eran la agremiaciones de sanadores que ejercían una práctica más o menos libre e itinerante, brindando atenciones a poblaciones que frecuentemente eran de pequeña magnitud y se encontraban dispersas. Con la evolución de las sociedades y los procesos de urbanización, las poblaciones se fueron agrupando crecientemente en espacios geográficos que requirieron la progresiva instalación de instancias que ordenaran la vida de las colectividades.

La agrupación de personas en las urbes incrementó el contacto entre ellas y permitió la transmisión de enfermedades contagiosas, habida cuenta del hacinamiento y las deficitarias condiciones higiénicas. Así, los gobiernos de estas urbes hubieron de generar mecanismos institucionales para atender a una creciente masa de personas, dando inicio a la creación de estructuras especializadas para atender la salud. Si bien desde la edad media ya hubieron instituciones llamadas hospital, los grandes sistemas de Salud son una realidad existente recién a partir de la segunda mitad del siglo XIX, y esto fundamentalmente en las naciones europeas. Estamos hablando entonces de un hecho relativamente reciente, porque tiene un período de existencia de unos 150 años que históricamente hablando es un lapso no muy grande. En

nuestro país la organización de un sistema nacional de salud es aún más reciente, diríamos a partir de los años 30 y con una fuerte expansión a partir de los 70.

Contrariamente a lo que muchas veces pensamos los médicos, el mantenimiento de la salud no depende, ni es responsabilidad, únicamente de las acciones que se realizan desde los servicios de salud, esto es, hospitales, centros y puestos, en los cuales trabajan los profesionales de la salud brindando atenciones médicas o realizando acciones de prevención. El siguiente gráfico nos puede ayudar a comprender los aspectos intervinientes en la determinación de la salud de las poblaciones. Laframboise y Lalonde establecen de la siguiente manera el campo de la salud.

En este esquema podemos apreciar que la salud se compone de varios aspectos que están vinculados con los procesos de salud-enfermedad. Podemos así hablar de cuatro grandes componentes.

1. **Sistemas de Salud**

Dentro del cual tenemos todas aquellas formas institucionales que tienen que ver finalmente con acciones que atañen a los siguientes tres aspectos: promoción/prevención, curación y recuperación / restauración. Son intervenciones que operan sobre los seres humanos, sanos en el primer caso, y enfermos –buscando curarlos y rehabilitarlos– en los dos últimos.

2. **Estilos de Vida**

Como dijéramos, el sistema de Servicios de Salud no es el único elemento que opera en el campo de la salud. Existe lo que se ha venido a denominar los **Estilos de Vida**, de gran importancia en esta última década y en las que vienen. Cuando ustedes reparan en la cantidad de programas radiales y televisivos de corte sanitario como los de ejercicios aeróbicos, la preocupación por el “fitness”, la comida balanceada, los suplementos de magnesio, calcio, etc., es porque existe una atención de la gente sobre cuestiones vinculadas con estilos de vida. No obstante estos programas puedan estar enfocados desde un punto de vista comercial (buscando vender un producto o servicio), también es una realidad que éstos surgen de una necesidad expresada socialmente. La gente quiere vivir mejor, llegar a los 60 años y no tener problemas artríticos, ni dolores musculares, menos infartos, o pensando en evitar la obesidad, ser más “light”, comer de una forma más «sana», etc. Todo esto prefigura lo que son estilos de vida.

Vemos también por otro lado, las campañas que existen para disminuir el consumo de tabaco, que están vinculadas con una forma de estilos de vida llamada algo así como «estilos de vida SIN HUMO». Los estilos de vida SIN HUMO prefiguran una forma de vida en la cual se busca evitar una serie de problemas asociados al consumo de tabaco. Según el cálculo que ha hecho la OMS a través de un grupo de expertos, vinculados con los grandes centros de investigación biomédica como Oxford, Harvard, Johns Hopkins, etc., es decir, los centros que producen y administran el conocimiento médico actual y los meta-análisis de investigación científica, ya se tienen proyectadas cuáles ver a ser las primeras causas de muerte en los próximos 25 años.

Se conoce que para el 2025 la primera causa de muerte va a ser por los problemas cardiovasculares, típicamente los infartos y sus consecuencias, los problemas cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, todas enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (el tabaco no sólo provoca problemas de cáncer de pulmón). Esto es importante porque los investigadores proyectan cuántos pacientes potencialmente enfermos van a tener problemas cardiovasculares. Todo esto implica costos enormes para la sociedad porque cuando un paciente sufre un infarto, su atención es costosa, hay una serie de procedimientos que se tendría que hacer para reponer a esa persona (trombólisis, rehabilitación cardiaca, toma de medicamentos de por vida, cambiar sus hábitos de vida de manera drástica). Y debemos acotar que, cuando uno accede a un servicio de salud público, el pago que se hace por la atención es parcial respecto a lo que realmente debería costarle al individuo. El Estado cofinancia los servicios públicos, y eso incrementa la presión sobre los recursos del país.

Cuando los países calculan que van a tener muchos pacientes con problemas de infarto de miocardio y patologías similares, se dan cuenta de las consecuencias económicas para el paciente y para el Estado, y cómo afectará ello al desarrollo del país. La razón: una población enferma es una población no productiva. Así, es lógico que un gobierno previsor implemente grandes campañas para disminuir el consumo de tabaco.

Los estilos de vida tienen también que ver con los hábitos de conducta sexual, siendo esto claro en los casos que buscan prevención de ETS.

3. Medio Ambiente

El tercer elemento es el medio ambiente. Nosotros vivimos en un entorno donde existen elementos de orden físico, social (dinámica de la población) y psicológico. El medio ambiente no sólo tiene que ver con los árboles y la capa de ozono, sino también con la situación social, la situación económica de la población, las angustias que derivan de ello (y que involucran el campo psicológico). También tiene que ver con la violencia y una serie de aspectos que alteran la vida de una población.

La violencia social y la violencia doméstica son aspectos que influyen en la población en general. Desde este punto de vista, el Perú es un país que ha pasado por todo un período de más de quince años de terrorismo, y esto tiene que haber tenido profundas consecuencias psicológicas, probablemente diferenciadas en magnitud y profundidad dependiendo del área geográfica.

Nuestra sociedad actual tiene un grado de psicopatología social o sociopatología, que se expresa de variadas formas, como el hecho de que existan grupos de jóvenes muy agresivos (como las pandillas y las «barras bravas»), que es una manifestación que podría estar relacionada con la violencia estructural que está fundada en limitantes condiciones y oportunidades para el desarrollo productivo. Entonces, lo que incorpora este componente de medio ambiente, no sólo se relaciona con los aspectos del medio ambiente físico, como la contaminación de los mares, la capa de ozono, el uso de fluorocarbonos, etc., sino que también considera otros aspectos del medio ambiente social y psicológico.

4. Biología

Esto habla de la funcionalidad interna de varios sistemas vinculados a la salud como el endocrino, el inmunológico, neurológico. Cuando una persona –por ejemplo– tiene una depresión, es decir, un problema de orden psicológico, hay una disminución de su capacidad de respuesta inmunológica, por lo tanto, es una regulación obviamente compleja entre sistemas internos. La biología es uno de los elementos que intervienen.

Cuando se hable de salud en global, se habla del resultado de la interacción que tienen estos cuatro componentes, no es cierto entonces que los sistemas de atención de salud, es decir, los hospitales y establecimientos de menor complejidad y sus unidades directrices, sean los únicos que tienen que ver con la salud y su recuperación. En realidad son muchos otros elementos los que están directamente vinculados con el campo de salud.

Hace unos 15 años se hizo una investigación sobre cuál era el peso o la intervención de esos cuatro elementos sobre la salud en un país desarrollado. La conclusión fue que de ellos, los estilos de vida son uno de los más importantes, ya que por ejemplo, algo que influye o va a influir sobre la salud, como la osteoporosis en las mujeres (en el caso de las mujeres sabemos que con la menopausia el metabolismo del calcio se altera ocasionando que los huesos se descalcifican más rápido) es una situación que además está ligada al consumo de calcio; entonces se planean estrategias de suplementación de calcio adicionalmente a impulsar una mayor actividad y ejercicios. Como dijimos, otro punto de los estilos de vida tiene relación con el hábito de fumar. La mayoría de jóvenes empiezan a los 14-15 años (70%), es una población que a los 20 años ya va a tener problemas de adicción y a los 40-50 años posiblemente infartos o neoplasias.

El rubro de estilos de vida aparece en estas investigaciones, de la década de los '70, como el de mayor peso en la configuración de la salud de una población; le sigue el medio ambiente, la biología y finalmente los sistemas de salud, que son los hospitales, clínicas ya sean privadas o públicas, que en ese país podían responder por el 10% de la salud de la población debido a que en ella ya estaban incorporados hábitos saludables de vida; obviamente ello incidía en una disminución de los problemas de cáncer o cardiovasculares, determinando personas más saludables y gente más activa porque hace ejercicio (está demostrado que está relacionado con un aumento de HDL y una disminución de la concentración de LDL).

La biología también es importante ya que hay enfermedades genéticamente determinadas; existe un proyecto de interés mundial denominado «Proyecto Genoma Humano». Este proyecto está haciendo el mapeo genético completo del ser humano. El mapa del genoma humano debe estar terminado para el 2005 o 2007, lo cual implica que, conociendo la estructura detallada de los genes del hombre, se podrá si una persona es «normal» o si tiene predisposición genética de tener la enfermedad de Alzheimer, algún cáncer, problemas neurológicos o psiquiátricos vinculados a genes. Esto es uno de los avances más importantes de los últimos años. Ahora bien, enfoquen esto desde la siguiente perspectiva: ustedes podrían dirigirse, profesionalmente, a un campo prometedor y éste lo es.

Diversos Sistemas de Servicios de Salud

Debemos entender que son diversos y heterogéneos, por eso es que son diferentes. Tenemos por ejemplo:

- **Inglaterra:** Es un modelo socializado, allí existen los General Practitioners (GP), que son los médicos de primer nivel que tienen a su cargo una cantidad de familias en manzanas cercanas al consultorio. Estos médicos son responsables por la salud de esa población. Aparte de atender en el consultorio, hacen labores de prevención, como visitar las casas vigilando la vacunación, crecimiento y desarrollo de los niños, etc. Cuentan con el equipo adecuado y suficiente para resolver problemas esenciales. El 80% de los problemas son fácilmente resolubles (resfríos, traumatismos leves, etc.); cuando el problema es complejo el GP lo deriva a un hospital, al cual no se puede acceder directamente sino con la autorización del GP. En cambio, acá cada uno va a donde puede si sus recursos se lo permiten, Clínica San Pablo, Hospital Loayza o al Puesto de Salud.
- **EE.UU.:** Es un sistema privado impresionante. Existen grandes empresas aseguradoras (funcionan bajo una lógica de seguro privado); el sector público es muy pequeño, existen seguros públicos como el Medicaid, que es el seguro para pobres y el Medicare, para los ancianos. Así, la gente que

no cuenta con recursos no paga, lo paga el estado (el Estado, al reconocer que esa persona no puede pagar le da una tarjeta para que se atienda).

- **Sistema Soviético**: Se ha dado un vuelco tremendo con los cambios que ha sufrido ese país en los últimos años, antes no había medicina privada, todo era público hasta fines de la década pasada.
- **Perú, Chile, Colombia, Brasil**: También son diferentes entre sí, ya que la organización de los sistemas de salud dependen de muchos factores como variables políticas, culturales, sociales, geográficas e históricas. Por ejemplo, el sistema británico está relacionado con su propia historia, en cambio nuestro sistema tiene 40 a 50 años aproximadamente. Acá se empezó en 1902, después de la epidemia de peste bubónica. En el Perú se empezó cubriendo la atención de los focos portuarios, como el Callao.

Esto se empezó allí porque era importante para el país empezar a cubrir nuestros problemas sanitarios desde allí, pues eran los lugares a donde llegaban los buques, descargaban la mercadería, pero había el problema de que los que descargaban la mercadería podrían estar enfermos y traer una enfermedad o una plaga, entonces el estado se preocupaba de intervenir en esta zona y se comenzaban a formar servicios de salud en la zona de las puertos. Luego se crea hacia 1935 el Ministerio de Salud y luego se crea el Seguro Social (a donde corresponden los hospitales antes llamados del Obrero y del Empleado).

Pero, ¿se puede decir que antes había un sistema?, considero que no. El Hospital Dos de Mayo, el Hospital Loayza y Hospital San Bartolomé, eran hospitales, pero no había una infraestructura de servicios, no habían inicialmente servicios primarios, no habían postas ni centros de salud.

Entonces, nuestro sistema es diferente también desde su formación. Los sistemas de salud son diferentes, pero se pueden reconocer algunos elementos comunes. Diremos que uno de los sistemas más complejos es el sistema de servicios de salud, que no es un sistema cerrado sino que está permanentemente en contacto con el entorno.

Existen cinco elementos que se articulan y esto le da el sentido de sistema. Un sistema es un conjunto de partes o componentes interrelacionadas, interdependientes, donde la suma es más que las partes; obviamente no es un sistema sumatorio (si esto es A y el otro B, el resultado de la prestación de recursos no es A+B), es más que eso y es el producto de un sistema que genera nuevas propiedades a partir de la interrelación de sus componentes. Veamos el siguiente gráfico:

Un sistema de salud tiene una infraestructura, que es como decir su estructura interna.

Componentes de la Infraestructura

Tenemos que los 5 elementos componentes son:

- Desarrollo de Recursos de Salud.
- Disposición ordenada de Recursos.
- Prestación/Atención en Salud.
- Apoyo Económico (Financiamiento).
- Gestión.

Para que se establezca un sistema tiene que haber un desarrollo de recursos y esos recursos tienen que ser gestionados y tener un apoyo financiero para que se organice en forma adecuada y a eso se llama Disposición ordenada de recursos, el resultado de la interacción de estos, está vinculada con la prestación de atención.

Esos son los cinco elementos, y forman lo que se denomina la infraestructura del sistema de salud. Veamos ahora cada uno de ellos.

Prestaciones

El sistema de servicio de salud, genera una serie de prestaciones. Se llaman **Prestaciones** a las atenciones de las personas; pueden ser de *promoción*, de *prevención*, de *protección*.

La prestación de atención de salud se realiza mediante una serie de acciones (de promoción, de

prevención, de protección) sobre grupos de población. Esta intervención puede ser sobre gente que puede estar necesitada de asistencia y requiere ser atendida o sobre población que esté expuesta a riesgos; se busca así evitar que esas personas enfermen.

Así, las acciones de inmunización o vacunación, tienen que ver con estrategias sobre grupos de población expuestos a un riesgo. Las prestaciones de Atención a la Salud también tienen que ver con el diagnóstico del tratamiento o la asistencia a los impedidos. Estos grupos de población que regresan e influyen sobre su medio físico y social, es decir, esta gente ingresa a la sociedad y a su vez al medio físico y social en general influye sobre su salud (el clima por ejemplo que es el medio físico). Y no sólo actúa sobre una persona, actúa sobre varias personas. En el medio social también tenemos la violencia, que afecta psicológicamente, cuando no físicamente. Es uno de los grandes rubros de patología que está cambiando en los últimos tiempos, es el rubro que tiene que ver con traumatismos, cuya presencia es cada vez mayor en la población, sobre todo en la población en edad reproductiva. A los países les interesa esta población porque es la población que produce.

Desarrollo de recursos de Salud

¿Cuáles son los recursos de salud?

1. **Personal de Salud:** Es todo aquel individuo que tiene que ver con la atención, con intervención sobre una persona. El personal de salud es el médico, obviamente también lo es la enfermera, el psicólogo, la nutricionista, la técnica y hasta el conserje que tiene las funciones del personal de salud. Cuando hablamos de recursos de salud, estamos hablando de un área donde se asume que todas esas personas saben lo que tienen que hacer y saben hacerlo bien, entonces este es uno de los problemas que están en evolución actualmente, particularmente en lo que atañe a los médicos por la proliferación de facultades de medicina que va a incidir notablemente sobre su práctica.

La proliferación de facultades de medicina que no reúnen los requisitos para garantizar la calidad de los futuros profesionales médicos va a incidir en la salud de la población y en el mercado laboral de los médicos, porque cuando hay una determinada cantidad de médicos, la negociación en el mercado laboral es de un tipo, pero una mayor oferta de médicos va a permitir trabajar a un menor precio

2. **Infraestructura Física:** El desarrollo de Recursos de Salud también tiene que ver con servicios (infraestructura física), postas, hospitales; además estamos hablando de la tecnología que utilizan.
3. **Investigación:** Son los conocimientos, la capacidad de almacenar datos y saberes, los estudios clínicos, la investigación biomédica, de la cual su realidad en el país es dramática. Entonces investigación también es un recurso. ¿Qué cosa no se considera un recurso?; el dinero, pues este sirve para financiar la obtención de un recurso, con el dinero se compra lo que se necesita, se financian los recursos, pero el dinero en sí mismo no es un recurso.

Apoyo Económico o Financiamiento

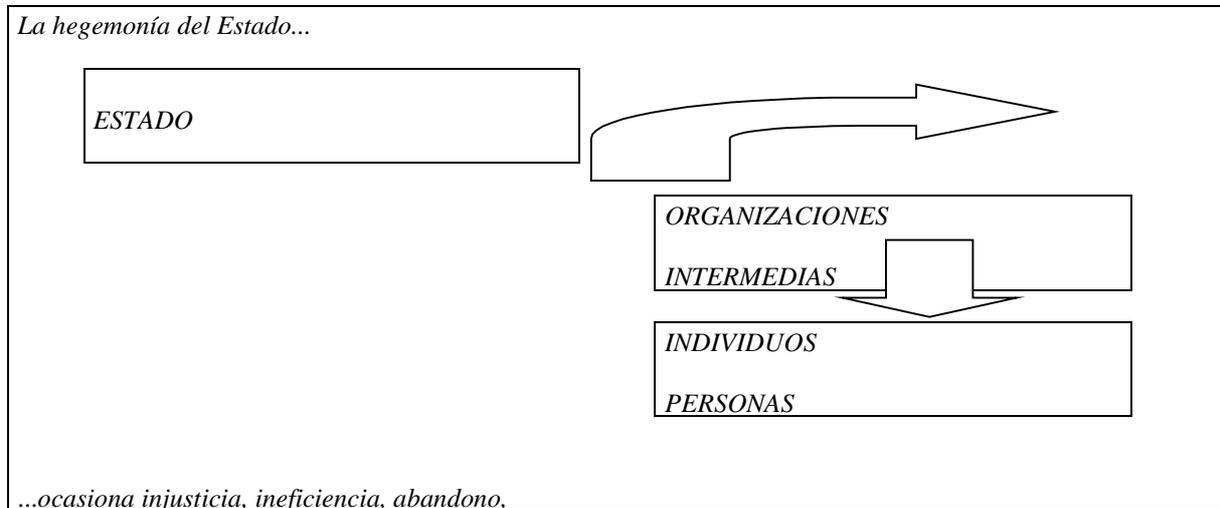
El apoyo económico es importante para que el sistema funcione.

- Financiamiento público: Fuentes públicas de administración por el Estado, mantienen 5000 postas de salud, hospitales.
- Servicios de salud financiados por el empleador; como los centros de Salud de los mineros, de la Backus,
- A nivel de Beneficiencia, tienen su policlinico donde atienden a la gente.
- Aportaciones de la comunidad local, como las cooperativizadas.
- Ayuda extranjera.
- Ayuda financiera en caso de desastres y de particulares.

Disposición Ordenada de Recursos

1 *Por ley financia universalmente las prestaciones de salud colectiva y focaliza el financiamiento de las prestaciones de salud individual en poblaciones pobres y extremadamente pobres.*

¿A qué alude la disposición ordenada de recursos? Tiene que haber una entidad sanitaria que dirija el sistema, la cual vendría a ser el Ministerio de Salud en el Perú. Luego, existen organizaciones como los seguros que pueden ser estatales o privados. También los organismos no gubernamentales, como las ONGs, y otras organizaciones en la sociedad civil que cumplen una función vinculada a salud, que pueden



estar dando charlas de nutrición, o de salud reproductiva. De modo que estas ONGs están utilizando recursos en forma organizada. A veces hay enfermeras, médicos que trabajan en las ONGs y que están trabajando en zonas que reciben financiamiento, que probablemente corresponden a una fuente particular.

Pero también la disposición de recursos puede configurar la norma de un sector privado independiente. Las clínicas y consultorios.

Gestión

Otro elemento que interviene ahí es la gestión, que comprende:

- La conducción del sistema:*** El Ministro tiene que conducir el Ministerio de Salud, pero tiene sus directores regionales. En cada departamento hay un director (un “ministro local”) que controla lo que pasa en su área. Y en cada uno de estos sitios hay un director que dirige, coordina. En el IPSS hay una presidencia ejecutiva que dirige la institución.
- Toma de decisiones:*** No sólo son personas que dirigen, sino que deciden. Y para decidir tienen que planificar, ejecutar, evaluar, generar información, dar normas, reglamentar; y esto va a ocurrir en el Ministerio, en la Seguridad Social y también en el Sector Privado.

Todas esta integración de elementos sirve para que finalmente se dé una prestación de salud, que puede ser en atención primaria, secundaria o terciaria.

MISIÓN Y VISIÓN DEL SECTOR SALUD. ROLES SECTORIALES

Dr. Gustavo Franco

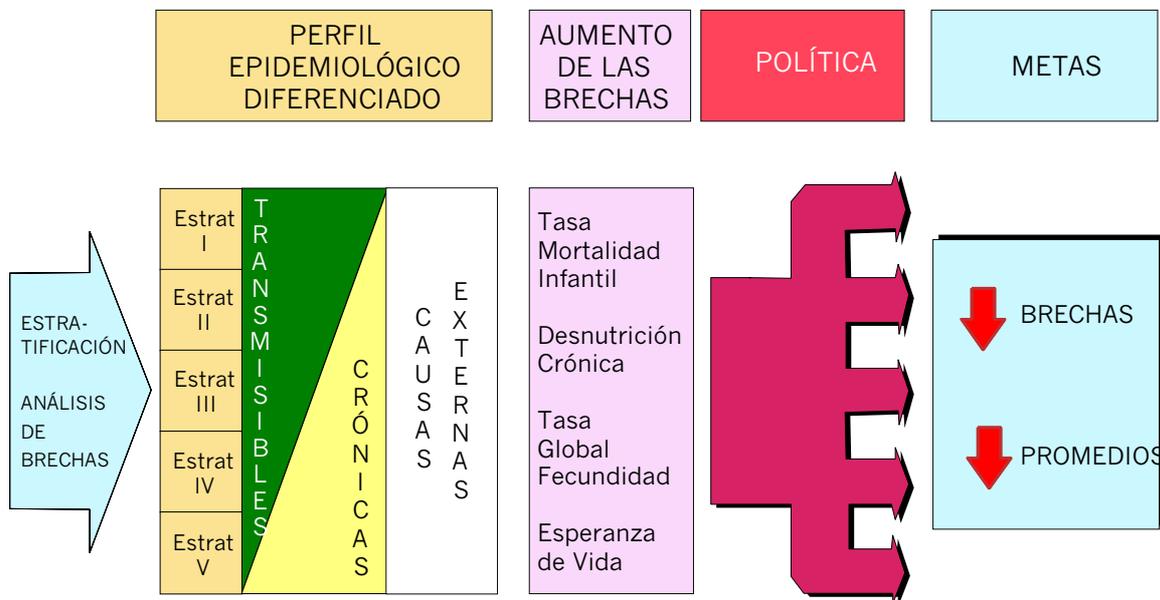
Vamos a hablar ahora sobre Visión y Misión tomando en consideración qué cosas han cambiado en el mundo, y qué es importante de tener en cuenta. Actualmente hay un procesos de cambio en la salud muy complejo los médicos están preocupados y ello ocurre porque enfrentan nuevas presiones a las cuales no estaban habituados. Existe la necesidad de adquirir nuevas competencias; por ejemplo, en gerencia de servicios, algo que los médicos antes rehusaban. Se decía ¿gerencia? ¿Para qué, si yo soy médico? Yo voy a estudiar terapéutica, voy a ir al simposio de cirugía, etc., pero nadie sentía la necesidad de saber gerencia, ni administración, o economía de la salud.

Todo esto se relaciona con un fenómeno mundial que hay que tener en cuenta. Hasta principios de esta década existía un Estado que financiaba la salud, educación, etc., sobre todo en los países desarrollados (en el Perú nunca ha sido así). Todos estos países han reformado esta situación y la han cambiado de alguna forma. Hay una revalorización de la persona, antes las personas no contaban demasiado para las instituciones salvo como receptores pasivos de la atención, más importantes eran las instituciones y sus burocracias. Si ustedes iban a un servicio o a una tienda, si querían los atendían y si no, no. Pero ahora no es así. Hay actualmente una economía global, configurando lo que se denomina globalización de la economía. Todo el mundo habla de competencia y competitividad. Ocurre también con ustedes, por sus notas, todo es el ranking, todo es competencia.

Les decía que el Estado está en cambio, antes había una primacía de las instituciones sobre la población, sobre la gente y el individuo no tenía peso, no tenía capacidad de reclamar, la institución lo apabullaba. Una persona iba a un hospital y lo atendían mejor o peor dependiendo de quien lo atendiera. También era tratado así en una banco, tienda, empresa, etc., no había forma de que esa persona reclamara, no existían los mecanismos para que esa persona hiciera valer su derecho a ser atendido como persona humana.

Parecerá una exageración, pero en realidad era así, las instituciones tenían un peso sobre las personas. Y esto ha cambiado y cada vez más, porque ahora las personas pesan más que las instituciones, las personas cuestionan, salen en la TV, antes esto no era posible, las personas salen, denuncian a los alcaldes, etc; hay otro tipo de cuestiones que hacen que la persona humana esté revalorizada.

Cuando el Estado es hegemónico, el Estado está por encima de las organizaciones y las organizaciones están por encima de la gente, y esto ocasiona injusticia, indigencia, abandono. Los que tienen algún poder hacían el favor a la gente. Graficando, si la gente iba a comprarle un tarro de leche, pues ellos hacen el favor de vender la leche; si una persona venía a una atención de salud, en los servicios de salud, le hacían el favor de atenderla. Esta situación generó injusticia e ineficiencia. Cuando uno no está buscando las oportunidades de servir, de ayudar, de hacer algo, uno se vuelve ineficiente. Miren lo que pasa por ejemplo en el Banco de la Nación, es un ejemplo de un organismo público de ese tipo, miren cómo atienden a la gente y váyanse después a otro banco para que vean y se den cuenta de que aquello realmente ocurre.



Les decía que se hay una revalorización del ciudadano. Antes subordinados al poder del Estado y a las organizaciones, hoy tienen derecho a la participación y al resarcimiento; resarcimiento cuando algo negativo han sufrido ellos y entonces el individuo puede reclamar, y el Estado –incluso– deberá pagar.

Por ejemplo, si vemos el noticiero, la gente ya reclama, critica y pide que se descubra. Esta revalorización no sólo significa que el ciudadano sube en su capacidad de reclamar sus derechos, sino que también tiene deberes y debe cumplirlos: esa es la idea.

Veamos, ¿cuál era la realidad en nuestro país?

- Deterioro económico, que aún continúa.
- Descuido del medio ambiente, que influye negativamente en la salud.
- Abandono de las políticas sociales: La salud estaba en un estado negativo, no había medicamentos, no había nada, los hospitales estaban constantemente en huelga, al igual que los colegios y las universidades, era un caos.

- ~~Reaparición de patologías y aparición de otras nuevas.~~
- ~~Ineficiencia e insuficiencia de los servicios.~~
- ~~La población proyectada para el siglo XXI es un aumento de la población en edad reproductiva, entre los 15 y 40 años.~~

PRIORIZAR LA SALUD
Aumentar los recursos para salud

USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS ASIGNADOS A SALUD
Reestructuración sectorial para la equidad

Un estudio realizó la estratificación del Perú, se establecieron 5 estratos desde el más rico al más pobre. El estrato V es Lima, que teóricamente es la población con mayor posibilidad económica. El estrato I está constituido por los lugares en rojo, los más pobres, donde la gente se muere de hambre, donde no hay servicios, la gente no tiene plata. Son zonas en la mayor parte del país, de pobreza, tenemos un país básicamente pobre. En el estrato II (gente pobre) adquieren gran importancia las enfermedades transmisibles, enfermedades cardiovasculares que no ocurren en niños sino en gente adulta; causas externas, como traumatismos. En el estrato V de mayor posibilidad económica, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de importancia y esto por el distinto estilo de vida, después vienen las enfermedades transmisibles pero en menor proporción, los traumatismos también son menores; y es mayor los tumores y las neoplasias.

Antes las provincias pobres y las provincias ricas (mejor dicho menos pobres) tenían más o menos el mismo perfil de enfermedades, ahora las brechas entre ambas han aumentado, eso quiere decir que los que tienen menos recursos se enferman más que la gente de provincias ricas, los pobres se han hecho más pobres, en las provincias ricas hay más servicios, más acceso, la población está más informada; es decir, hay mayores posibilidades de cuidar su salud.

En el Perú la tasa de mortalidad infantil ha disminuido, pero si comparamos la tasa de mortalidad infantil de Lima con la de Huancavelica, veremos que la brecha ahora es muy grande, cosa que antes era menor.

Otro ejemplo claro de que las brechas han aumentado lo constituyen la tasa de desnutrición crónica. En Arequipa ha disminuido, pero si la comparamos con la de sitios más pobres veremos que la brecha es muy grande. Otras brechas encontramos comparando la tasa de fecundidad y la esperanza da vida.

Entonces, ¿qué se debe hacer en salud?

- **Promover la primacía de la persona humana**, promover la primacía, la importancia, el gobierno de la persona humana sobre las instituciones del sector. En otras palabras, los pacientes tienen que ser cada vez menos tolerantes, exigir más una buena atención, una atención de calidad, tanto en lo profesional como en el trato humano, poner a las instituciones a su servicio.

Por ello se propone que el Estado se encargue de promover y defender los derechos de la persona en el campo de la salud. Actualmente es posible quejarse por una mala atención y que esta protesta sea considerada adecuadamente

- **Propiciar la corresponsabilidad del Estado, de las instituciones de civiles y de los individuos en el cuidado de la salud.** Todos tenemos que ver con la salud.

Cuando ustedes ejerzan su carrera, piensen siempre que al atender a una persona de su país están atendiendo a una persona que produce para su país, es decir, hay que ver esto como objetivo nacional. Debemos tener una forma de poder transmitir esto a la población. Tenemos una función

social.

Población sana es sinónimo de población productiva, de un país que crece. Un país de enfermos, de TBC, de desnutridos, etc., no es una población competitiva.

Los recursos públicos tienen que ser destinados fundamentalmente a la región de salud. Pero estos recursos son siempre insuficientes. Entonces, el Estado debe enfocar estos recursos en la población que más lo necesita, y esa población está en provincias. Y para ello tiene que desplazar recursos y localizar sus intervenciones, de acuerdo a la extensión de población de salud colectiva.

Hasta el momento el Estado subsidia grandes hospitales, los cuales están produciendo menos de lo que tienen que producir, es decir, se da una subutilización. Se tiene un tremendo hospital y la mitad del hospital no funciona, y eso le cuesta al Estado, y a fin de cuentas a la población, que es la que paga los impuestos. Es por ello que se busca un máximo rendimiento de esos recursos, lo que probablemente no es tan efectivo en el hospital, sino en otro nivel de atenciones.

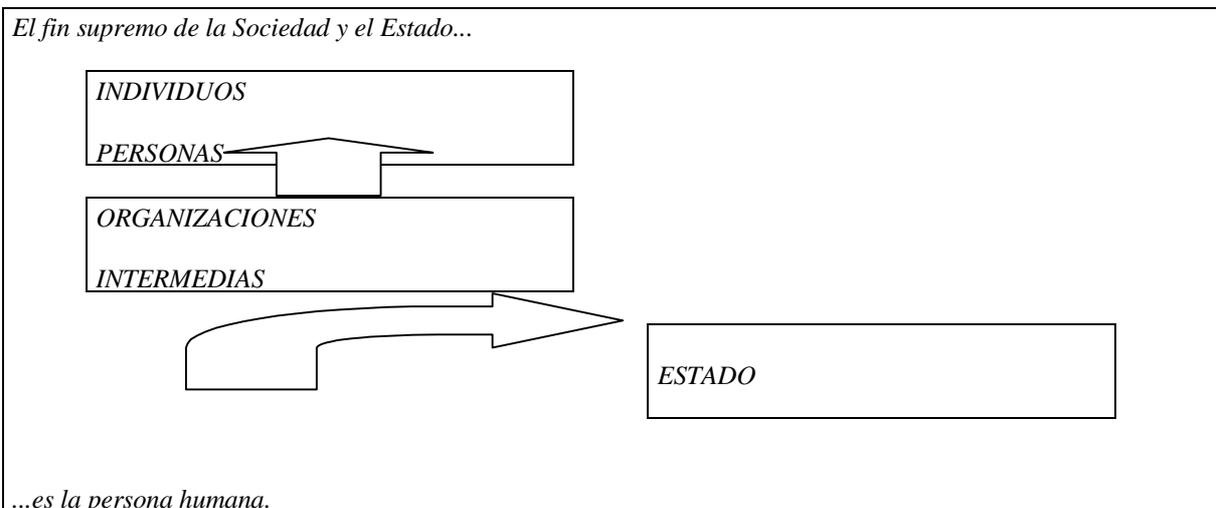
Eso significa buscar mayor eficiencia en la atención de los recursos y buscar más claridad en la prestación, progresivamente. Éste es el discurso de la calidad, orientado cada vez más en términos de calidad de la intervención a la comunidad. Los pacientes se quejan de la mala calidad del trabajo.

El Ministerio, respecto a los establecimientos de salud bajo su supervisión, también tiene que modernizarse, no sólo en equipamiento, sino también en procedimientos, en procesos más gerenciales, más ejecutivos, menos pérdida; eso es modernización, y es fortalecimiento de las capacidades. Así no se dará el caso de que el Ministerio sabía de sus propios servicios, pero no sabía lo que pasaba por ejemplo en la clínica Angamos, como si estuviera fuera del sistema. Obviamente había una falta de autoridad. En conclusión, hay que asegurar una mayor racionalidad en la asignación y eficiencia de la administración de los recursos.

Es también necesaria una convergencia nacional y sectorial, es decir, una intervención múltiple de diversos entes que no están en el sector salud como el Ministerio de Economía, de Industria, Turismo, Transportes y Comunicaciones, Minas, etc.

Todo eso tiene que ver con la salud, por ejemplo, el asiento de los relaves mineros en la contaminación de los ríos; el asunto de la intervención del petróleo en zonas ecológicas. El asunto del uso irracional de agroquímicos para evitar que se pierdan las cosechas, siendo estas contaminadas en diversos grados de toxicidad.

Todo necesita una coordinación sectorial y una convergencia nacional por un Perú saludable, necesita



Salud Comunitaria

ayuda en todos los terrenos, y en los cuales nosotros como médicos tenemos una responsabilidad que asumir. Porque finalmente vamos a trabajar en el Sector Salud: en el sector privado, en el seguro social, en el sector público, en nuestra clínica o en nuestro consultorio. Somos recursos del Sector Salud y tenemos que asumir responsabilidades con nuestro país.

POLÍTICAS DE SALUD, REFORMA SECTORIAL Y MODERNIZACIÓN

Dr. José Miguel Arca G.V.

En la actualidad la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en adelante San Fernando, muestra una baja participación (20%) en el número de Médico - Cirujanos (Licenciados en Medicina Humana) debidamente inscritos y matriculados en el Colegio Médico del Perú (CMP). Hace apenas 50 años, hacia 1948, San Fernando aportaba anualmente el 100% de los nuevos profesionales médicos. Claro, éramos la única Facultad de Medicina en el país. Teníamos *el monopolio* de la formación médica.

A esta condición, la formación médica centralizada en Lima, se atribuyó el hecho de que el 70% de los egresados se quedaran en la Capital. Esto alentó la idea de la descentralización de la formación médica y motivo la creación de otras facultades en el interior del país. Hacia mediados de la década de los 50 se autorizó la constitución y el funcionamiento de las facultades de Medicina Humana en las universidades nacionales de Trujillo y Arequipa. Así se logro dar inicio a la descentralización de la formación.

A inicios de la década de los años 60 San Marcos y San Fernando se vieron confrontadas con nuevos problemas. Fueron acusadas de contar con un estamento estudiantil muy politizado. Por los resultados se puede afirmar que se consideró que el problema podría ser resuelto mediante la implementación de estrategias diversas.

Una de ellas postuló y organizó las actividades docentes sobre la base de la participación económica de los estudiantes en el financiamiento; estrategia que dio cuerpo a la fundación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Otra consideró la necesidad de fundar nuevas universidades públicas en las que se evitara la politización estudiantil; esta estrategia dio cuerpo a la fundación de la Universidad Nacional de Ica, incluyendo la formación médica. Finalmente, se consideró la necesidad de contar con centros universitarios con jóvenes politizados pero con un signo diferente al de San Marcos; esta estrategia dio cuerpo a la fundación de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Esta última se fundó sobre la base de la filial Lima de la Universidad Nacional del Centro.

Como se comprenderá, en los años 60, el panorama para San Fernando cambio radicalmente. Se inició para ella, imperceptiblemente y en las peores condiciones, la era de competir. Las primeras manifestaciones sobre del impacto de la situación se expresan en dos posiciones relevantes para levantar barreras de mercado contra sus competidores: hacia fuera, constituir el *Alma Mater* de la instituciones dedicadas a la formación escolarizada de profesionales médicos; y, hacia dentro, sobrevivir a la "traición" que diera cuerpo a la fundación de la Cayetano.

Claro que la redistribución espacial y la diversificación institucional de opciones para la formación médica tuvo cierto impacto. Después de un largo período el porcentaje de profesionales médicos residentes y practicantes en Lima descendió en dos puntos.

En la actualidad disponemos de un mayor número de facultades de medicina, más de una veintena. Solo en Lima tenemos 6 facultades de medicina: dos públicas y cuatro privadas. De los actuales centros de formación egresan alrededor de 1 200 médicos anualmente. Y la tendencia al incremento de instituciones formadoras y diversificación de sus productos continúa vigente. Se dice que tanto la Pontificia Universidad Católica del Perú como la de Universidad de Lima incursionarían pronto en la formación de profesionales médicos.

Cualquiera sea la explicación que pudiéramos construir para los hechos presentados, lo cierto es que hace buen tiempo San Fernando dejó de ser la única facultad de medicina con financiamiento público del Perú, como dejamos de ser la única facultad de medicina en Lima y la única facultad de medicina con financiamiento público en Lima. Hoy, insistimos, San Fernando no es más que un centro formador de profesionales médicos entre más de una veintena. Y aporta aproximadamente el 20% de los nuevos médicos que ingresan anualmente al mercado profesional. Así, desde hace buen tiempo, aunque no tenga conciencia de ello, San Fernando está expuesta a una severa competencia en el financiamiento público (rentas) para sus actividades de investigación, de docencia y de proyección social. Pero también se encuentra expuesta a la competencia en relación a las preferencias de los jóvenes que optan por los estudios en medicina.

Algunos analistas sostienen que a causa de lo expuesto, a causa de la diversificación espacial e

institucional de la formación médica, nuestra profesión ha logrado ocupar por primera vez y de manera sostenida un espacio en la televisión. Nos referimos a la cotidiana presentación de información sobre diversos casos de negligencia médica. Los principales esfuerzos de explicación pública, explícita e implícita, se han basado en un esquema lógico simple: si muchas facultades, muchos estudiantes, pocos buenos profesores; entonces mala calidad de la enseñanza; entonces cantidad de médicos que egresan sin una adecuada formación; entonces impericia y mala praxis.

San Fernando: de primera opción, al rechazo como opción de elección de los estudiantes.

Como la generalización de la prensa incluye a todos los centros formadores, sin distingo, resulta oportuno preguntarse: ¿Qué hace lo descrito tolerable a San Fernando? Rogamos al lector conceda la oportunidad de presentar un par de anécdotas para formular una respuesta satisfactoria.

Recientemente presenté una situación figurada a un grupo de prácticas de la Asignatura de Ciencias Sociales Aplicadas a Medicina. En ella, las autoridades gubernamentales habrían dispuesto la creación de un fondo público a financiar becas integrales para seguir estudios médicos. Con él, se financiarían en el ámbito nacional los costos de manutención de jóvenes de escasos recursos y los costos de la formación en que incurrieran las facultades de medicina, públicas o privadas, que ellos eligieran. Además, el supuesto incluyó que cada uno de los integrantes del grupo se habría inscrito como candidato a la beca y posteriormente habrían rendido y aprobado un examen de cobertura nacional.

Con la seguridad de que la situación figurada había sido suficientemente explicada y comprendida se les preguntó: ¿En esas condiciones qué facultad de medicina elegirías para seguir tus estudios? La respuesta fue rápida y contundente: 17 eligieron a San Fernando como centro de formación y 2 optaron por Cayetano Heredia (10%).

En temporalidad diferente y anterior, apliqué el mismo procedimiento a un núcleo pequeño de la Asignatura Salud Comunitaria. El resultado fue sorprendente. El primer estudiante en responder, cuasi presionado y evidentemente incómodo, optó por Cayetano. El segundo, con cierta demora pero sin muestras de incomodidad, adoptó similar opción; al igual que el tercero. El cuarto, suelto de huesos y sin demora eligió lo mismo. Como se aprecia en este segundo grupo el 100% eligió una opción diferente a San Fernando. En un lenguaje más severo: la rechazó.

Aunque los análisis de tendencias se basan en anécdotas y en su construcción, en tanto proyecciones a futuro, no se demanda rigurosidad; es conveniente **advertir** y **remarcar** que la presentación que sigue es una construcción interesada, cuyo único fin es comprender la urgente necesidad de aplicar los lineamientos centrales de la reforma en salud.

Hacemos esta advertencia porque de lo dicho al momento se deriva que en la temporalidad que media entre las asignaturas de Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina y Salud Comunitaria (escasos semestres), la opinión de los usuarios fundamentales, o si se quiere de los clientes principales de nuestra Facultad, varía notablemente. Queda claro que la primera opción en las preferencias implica un descenso del 90% a 0% entre sus propios consumidores. En un lenguaje más severo: la exclusión de San Fernando como primera opción de elección se incrementa del 10% al 100%

Esto significa que si los estudiantes tuvieran la libertad de elegir la facultad de su preferencia, no optarían por San Fernando. Acudirían a implementar el trámite de traslado de matrícula. Una de las fuentes de explicación para la brecha constatada en la variación de la opción de elección es el tipo de financiamiento.

Digámosle al lector de una buena vez el resultado de nuestra percepción. La dramática migración en las preferencias y en tan corto tiempo significa que los jóvenes estudiantes de San Fernando se encuentran en búsqueda de una buena formación y rechazan la impartida. Y, tal cual es presentado el razonamiento, si los estudiantes fuesen portadores del financiamiento hacia el tercer año de estudios buscarían activa rápidamente el traslado de matrícula hacia la facultad de sus preferencias. Probablemente esto motivaría una rápida reacción de los docentes y las autoridades. Su tradicional, loable y manifiesta disposición al diálogo se vería estimulada al ver que junto con la migración de la matrícula de los estudiantes migra el financiamiento de las actividades; y, con ello, se agota la sustentabilidad de su condición de docente.

El lector, inquieto por cierto, adhiriendo o abominando el discurso presentado se preguntara ¿pero, como se relaciona él con las “*Políticas de Salud, Reforma Sectorial y Modernización*” que es el tema que debemos desarrollar?

Permítasenos entonces la presentación de la segunda anécdota autorizada. Hace un buen tiempo, una mujer madre de varios niños, de edad madura, extracción popular, lambayecana, embarazada, concurrió al hospital de referencia de su localidad solicitando atención de parto. Es intervenida y para arrancarla de una discapacidad o la muerte, a causa de una complicación, se le transfunde sangre y se tiene éxito. Posteriormente, se estableció que en transfusión sanguínea, le inocularon un agente que la condenaba a morir.

La mujer, mujer valiente, pidió directamente explicaciones a quienes la intervinieron y sólo obtuvo silencio como respuesta. Posteriormente el Departamento de Ginecoobstetricia tampoco le pudo ofrecer una respuesta satisfactoria. Concurrió ante las autoridades del Hospital pero ellas no encontraron responsables. Como, además de valiente se trata de una mujer perseverante presentó su caso ante las autoridades de la Región de Salud. El comportamiento de las instancias de administración de los servicios de salud públicos y de gobierno sectorial fueron similares al de los escalones precedentes.

Al no encontrar solución, acudió ante la autoridad judicial. Esta acogió el caso, lo estudio y admitió que efectivamente había sido dañada y que el daño se extendía a la unidad familiar. Sus niños pequeños habían perdido sus relaciones en el barrio y eran hostilizados en el colegio porque el diagnóstico de la enfermedad que aquejaba a esta mujer era el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). El tribunal determinó que los responsables del daño ocasionado debían resarcir a esta mujer pagando en sociedad S/ 200 000 de reparación civil.

Claro que, como ya lo habrá comprobado el lector, existe una distancia enorme entre las anécdotas de San Fernando y la de Lambayeque. Cierto. Las manifestaciones del daño son diferentes; sin embargo, la esencia que las origina resultan similares.

La similitud radica en lo siguiente. En San Fernando son las Autoridades, el Consejo de Facultad las que regulan y determinan las relaciones entre sus instituciones (Programas Académicos y Departamentos Académicos); entre sus instituciones y sus usuarios; y, entre sus usuarios. Además, son ellas las depositarias del financiamiento público y de la potestad de determinar dónde lo colocan (financia).

En suma, las autoridades son portadoras de dos grandes poderes en relación a sus usuarios (los estudiantes): *el gobierno* o la potestad de decidir qué se hace o se deja de hacer, y *el financiamiento* (su principal instrumento de gobierno); pero además, organiza, dirige, supervisa y evalúa *la prestación* del servicio educativo. De esta manera, San Fernando legisla, financia y ofrece el servicio a la vez. Todo esto obliga al estudiante a quedarse y no ofrece oportunidad para manifestarse.

En el segundo caso, el Ministerio de Salud regula, propone e impone las reglas entre las instituciones del Sector, entre las instituciones y las personas y entre las personas en favor del cuidado de la Salud; es decir, *gobierna*. El Ministerio de Salud *financia* (1) la prestación de servicios de salud colectiva e individual. Y, finalmente, organiza, dirige, supervisa y evalúa la producción de *prestaciones*.

Esta es la esencia que fundamenta la similitud de ambos casos. Los estudiantes, individual y colectivamente, no disponen de mecanismos que faciliten la protección de sus derechos. Resultan, en cierto sentido, siendo nada en la Facultad; mientras la Facultad lo es todo. Los usuarios de los servicios públicos de salud resultan, en cierto sentido, siendo nada; mientras que los servicios lo son todo. Es decir la institución, la institucionalidad, está por encima de los individuos.

Este es, finalmente, el principal problema por el que hay que reformar el gobierno, el financiamiento y la organización de las prestaciones de salud en el país.

El principal objetivo del Estado y sus instituciones es la ciudadanía. No es conveniente ni apropiado que el centro de la atención del Estado se focalice en las instituciones, sean ellas el MINSA, el IPSS, o cualquier otra. El centro de la atención del Estado no pueden ni deben ser los 1 200 profesores que trabajan en San Fernando, la responsabilidad y prioridad central son los 2 500 estudiantes de medicina que estudian en ella. El centro de la atención del Estado no pueden ni deben ser los 80 000 trabajadores

del Ministerio de Salud, la responsabilidad y prioridad central son los 23 000 000 de peruanos.

Son totalmente diferentes una postura de la otra. No es lo mismo 1 200 profesores que 2 500 estudiantes; no es lo mismo los 80000 trabajadores del ministerio de Salud que los 23 000 000 de peruanos, la responsabilidad central del estado no son los primeros, sino los segundos. Es por esto que las cosas deben cambiar. La primera opción se puede apreciar en la siguiente figura:

La justificación de la Reforma en Salud

Lo relatado ocurre por una visión estatal en la que se privilegia a las organizaciones intermedias como la Facultad de Medicina o los servicios públicos de salud en relación al individuo, a la persona humana. La experiencia inmediata indica que los sistemas estatales basados en esta visión han ocasionado injusticia, ineficiencia y abandono.

Por ejemplo, asociar la condición pública de San Fernando a la oferta de servicios educativos gratuitos o a asociar su condición a que los aportes económicos de los estudiantes sean igualitarios conlleva injusticia. Es realmente sencillo convenir en que no es justo que estudiantes de medicina tengan que abandonar sus estudios porque no cuentan con recursos económicos que les permitan solventar su manutención y los costos que se derivan del proceso educativo. Y que, en estas condiciones, resulta una mayor injusticia que aquellos que pueden pagar por encima de las tasas igualitarias actuales, no lo hagan.

El sistema de administración de la Facultad resulta *ineficiente* en relación a estudiantes de bajos recursos: o los obliga a prolongar su período de estudios o abandonarlos. Simplemente porque su sistema de agenciamiento financiero y recaudación se limita al aporte del tesoro público y a tasas de participación económica igualitarias. Condición que hace *ineficaz* al gobierno de una facultad pública en relación a la equidad

El resultado es el abandono de los estudios por aquellos que constituyen los destinatarios esenciales del financiamiento público de la educación superior: los estudiantes menos favorecidos por los beneficios del proceso de desarrollo.

Resulta igualmente injusto e ineficiente que la sociedad se esfuerce en formar 1200 nuevos médicos anuales para obtener como resultado la lacerante constatación de investigadores, planificadores y administradores de salud en relación al abandono de la población. El 20% de los peruanos siguen estando excluidos del conjunto del sistema de servicio de salud (occidental se entiende); siendo que su protección constituye una función central del estado y del MINSA.

Las tareas de la reforma: El perfil epidemiológico

Esta conducta global de nuestro Estado generó en el pasado una estratificación grande de la población en relación a su participación a la producción y el acceso a bienes y servicios.

Con datos de 1993 se construyó un Mapa de Salud Provincial. El arrojó que sólo 11 provincias (5,85%) de 188, mostraban un nivel de salud muy bueno; 23 (12,23%), bueno; 30 (15,96%), regular; 71 (37,77%), malo; y, 53 (28,19%), muy malo.

Un estudio reciente indicó la existencia de estratos poblacionales que implican perfiles epidemiológicos diferenciados. En él se distinguieron 5 estratos. En el estrato I se encuentra la población extremadamente pobre; mientras que, en el V se encuentran quienes tienen relativo acceso al consumo de bienes y servicios.

Cuando se analizaron los perfiles epidemiológicos de estos 5 estratos se percibió que ellos se encuentran constituidos por una mezcla de morbimortalidad basada en enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas y las denominadas causas externas o morbimortalidad explicada y determinada por el impacto de la violencia (social y política) y los accidentes.

El predominio de la participación de las enfermedades transmisibles o de las enfermedades crónicas es la característica diferencial de los estratos. Las primeras predominan en los estratos I y II, el estrato III

se caracteriza por un casi equilibrio entre ambas; mientras que en los estratos IV y V predominan las segundas.

Las causas externas prácticamente no muestran variación en su participación entre los diferentes estratos.

Así se comportan indicadores como tasas de morbimortalidad infantil, morbimortalidad materna, tasa de desnutrición crónica, tasa de global de fecundidad y esperanza de vida al nacer.

La mortalidad infantil es relativamente elevada cuando se la compara con países en estadios de desarrollo similares al nuestro. Es además muy heterogénea cuando se analiza el comportamiento al interior del país. Es muy elevada en los estratos I y II; y, en ellos, los niños fallecen por causas fáciles de evitar como son las enfermedades transmisibles. Como se sabe muchas de estas ceden a métodos y tecnologías sencillas; las mismas que se encuentran a disposición del público y son de fácil apropiación y bajo costo.

En franjas de los estratos IV y V, la mortalidad infantil se asemeja a la existente en países industrialmente avanzados. Se encuentra centrada en el período neonatal precoz y tardío. Requieren de tratamiento complejo y especializado y, por lo general, sus costos son elevados.

Comportamientos estadísticos similares se constatan con relación a los indicadores de las otras variables propuestas.

Ante tal situación, el Gobierno, el Ministerio de Salud, los investigadores, planificadores y administradores de salud tienen la responsabilidad de proponer, formular políticas que nos permitan reducir las brechas. Cuyo éxito debe manifestarse en un descenso de los promedios.

La necesidad de optimizar el uso y ampliar los recursos disponibles.

Para asegurar el éxito de las políticas es necesario concentrar nuestra atención en que: tenemos que aumentar los recursos para salud ya que son insuficientes; y, mostrar que utilizamos el que se nos ha sido asignado de manera eficiente.

Si en el último período aumentaron los recursos públicos disponibles, para cerrar la brechas mostradas, y el 20% de los peruanos sigue excluido de los sistemas de servicios de salud existentes en el país y el número absoluto de ellos aumenta; en adelante nadie nos dará recursos (dinero).

El manejo eficiente es necesario para lograr el apoyo económico de la sociedad; pero además necesitamos aumentar los recursos disponibles en el Sector por que el planeamiento apropiado para resolver el perfil de enfermedades que afecta a la población conducirá al éxito. El se expresará en la población de los estratos I, II, y III, ya no enfermara ni morirá a causa de enfermedades transmisibles; las superará y entonces los daños, enfermedad, secuelas, muerte estarán centrados en enfermedades crónicas y heredo degenerativas. De manera, que lo que hoy es una preocupación central, controlar las enfermedades transmisibles (la diarrea en niños, por ejemplo), se transformará en la preocupación por controlar la enfermedad coronaria y a diabetes entre adultos jóvenes y maduros.

Entonces, a mayor éxito sanitario mayor será la cantidad de recursos financieros necesarios y con mayor razón tendremos que demostrarle a la sociedad que los recursos proporcionados son debidamente

empleados. Algunos analistas, en el loable afán de conseguir ampliar los recursos disponibles en el Sector salud argumentan que no ha cambiado nada, no nos hacen ningún favor. Por el contrario sus argumentos pueden tener resultados inconvenientes. Si nada ha cambiado entonces el gobierno y la sociedad inquirirán sobre las inversiones realizadas y las brechas ocurridas entre lo ofertado y lo conquistado.

| PROBLEMA | CAUSAS | CONSECUENCIAS | ACCIONES |
|-----------------------------------|--|--|--|
| Muerte materna y perinatal | <p>Inmediatas: Hemorragia Aborto Infecciones Toxemia Asfixia Bajo peso al nacer Prematuridad</p> <p>Subyacentes: Falta de información Fact. Socioculturales Barreras culturales Baja capacidad resolutive Baja cobertura del CPN y del parto controlado Mala calidad atención Mal trato Costos</p> <p>Estructurales: Analfabetismo Exclusión social y económica Brecha geográfica Pobreza</p> | <p>* Alto costo social y generacional.</p> <p>*Reproducción social de la pobreza expresada en círculos viciosos muerte-pobreza</p> | <p>Inmediatas: Capacidad resolutive cerca de poblaciones pobres. Mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios. Detección temprana</p> <p>Subyacentes: IEC a la población Cambios e incorporación culturales en los servicios y población. <i>Trabajo articulado con ACS en CPN y parto</i></p> <p>Estructurales: Políticas de lucha Contra la pobreza Educación Ingresos Carreteras</p> |

Es que, como en todo, en el Sector Salud también existen por lo menos dos maneras de enfocar el análisis: oportunidades o problemas. Es preciso tener presente que cuando uno se orienta principalmente por el análisis de los problemas se enfoca en el pasado; mientras que cuando se orienta por el análisis de las oportunidades se enfoca en el futuro.

El objetivo central del Gobierno

El objetivo central anunciado por el gobierno para el período 1996-2000 es reducir drásticamente los niveles de pobreza. Este es un objetivo que debería trasladarse de un objetivo de Gobierno a un objetivo de Estado; es decir, un objetivo tanto del gobierno y como de la sociedad civil.

Para alcanzarlo se propone enfocar las actividades del Sector en reducir la brecha poblacional de 20% de excluidos de los servicios de salud. Para avanzar en esto debemos incrementar el acceso de la población a los servicios de salud financiados con recursos públicos, complementar actividades con servicios disponibles como los de las sanidades, el Instituto Peruano de Seguridad Social y lograr que la población este satisfecha,. Recordando las anécdotas sobre las opciones y preferencias de los sanfernandinos, necesitamos que el 10% de estudiantes insatisfechos en el primer año de estudios no se trasformen en el 100% de insatisfacción, en apenas algunos semestres. La forma de evitarlo es lograr un gran acuerdo entre los sectores de opinión que facilite el despliegue de esfuerzos destinados a hacer realidad un nuevo Sector Salud caracterizado por eficiencia, equidad y calidad.