

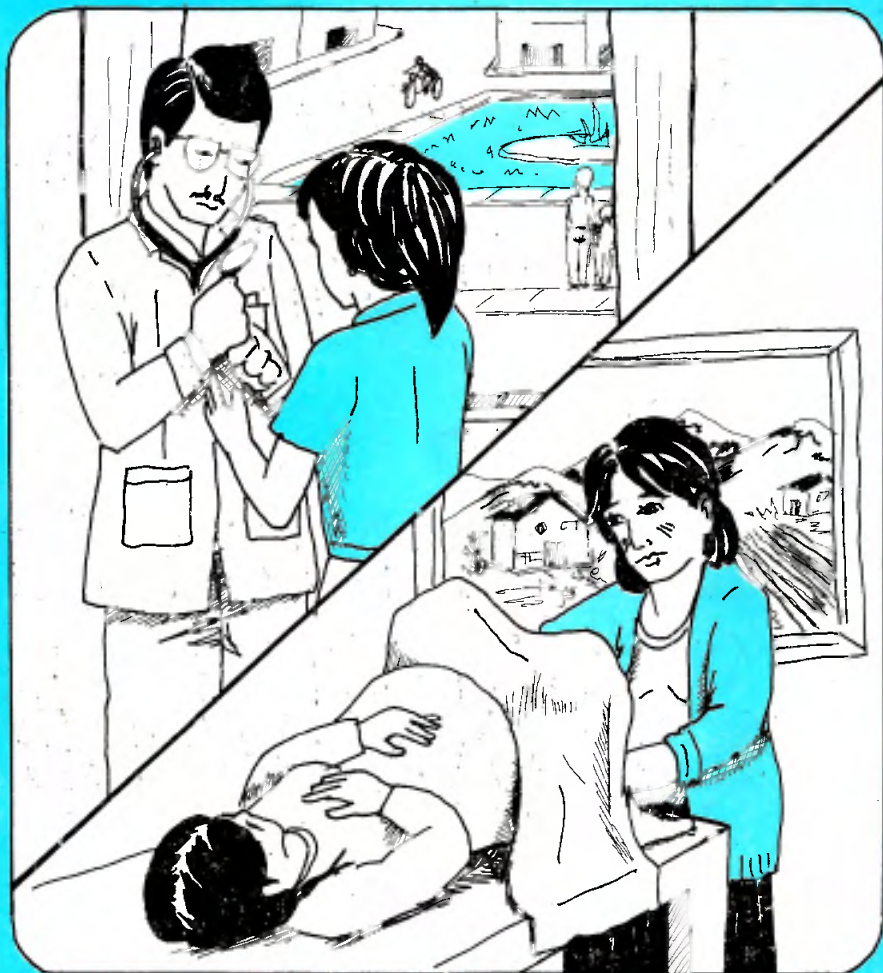


MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA TRADICIONAL
(INMETRA)



Articulación de la Medicina Académica con la Tradicional como Estrategia de Salud



Dr. Manuel Fernández Ibarquén

Manuel Fernández Ibarguen

**Articulación de la Medicina
Académica con la Tradicional
como Estrategia de Salud**

**INMETRA - Instituto Nacional de Medicina Tradicional
Lima -Perú**

1994

Primera Edición

© INMETRA, Lima, Perú 1994

Ficha Bibliográfica:

Fernández Ibarquen Manuel. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Medicina Tradicional-INMETRA. 1994. Articulación de la Medicina Académica con la Tradicional como Estrategia de Salud. Lima, Perú. 122 p.

Impresión: Gustavo Dongo Aguirre

Las Casas 041 San Isidro, Lima (Perú) - Abril 1994.

DEDICATORIA

Dedico este libro a todos los trabajadores de la Salud pública y así mismo les invoco a que sigan contribuyendo con su esfuerzo para vencer las múltiples dificultades en pro de la salud de los peruanos.

Trabajar con mentalidad positiva por el Perú, porque se avisa grandes posibilidades para alcanzar el progreso. El desarrollo SI ES POSIBLE, porque el Perú tiene grandes posibilidades naturales y si logramos un buen capital humano, aseguraremos el porvenir del país.

Dr. Manuel Fernández Ibarguen
Sub Jefe de Pliego del INMETRA

PROLOGO

MANUEL FERNANDEZ, es un trabajador leal y sacrificado de la Salud Pública por haber llevado el estandarte del Sector por más de 30 años.

Ha demostrado en este lapso una trayectoria limpia, reconocida oficialmente, a través de medallas y diplomas otorgados por el Sr. Ministro de salud.

Este libro recoge la experiencia de Fernández en su largo recorrido por todas las regiones del país. Hace un diagnóstico de la realidad sanitaria del país y, al mismo tiempo; plantea una propuesta de articulación de la Medicina Académica con la Tradicional para afrontar la problemática de salud.

El problema es arduo, y este excelente servidor de la salud comunitaria lo presenta en forma concisa y organizada. Se trata de un trabajo que abre importantes caminos en el perfeccionamiento de la Atención Primaria de la salud en las áreas rurales de nuestro país.

**Dr. Fernando Cabieses Molina
Presidente del Instituto Nacional de Medicina
Tradicional**

PALABRAS PREVIAS

Debo expresar que este libro es el fruto de la inquietud por contribuir con un grano de arena en la búsqueda de alternativas frente a la problemática de salud de nuestro país; específicamente está orientado a mejorar las coberturas de la atención sanitaria en la población rural tomando como estrategia el nexo de la Medicina Académica con los practicantes de la Medicina Tradicional. Esta propuesta está basada principalmente en la experiencia vivida en contacto con la realidad sanitaria en las tres regiones heterogéneas del país por más de 30 años al servicio de la Salud Pública. La metodología de como lograr este objetivo lo veremos en el desarrollo de los capítulos siguientes.

El elemento fundamental de esta propuesta, es el agente o practicante de la Medicina Tradicional representado por los curanderos, herbolarios, shamanes, hueseros, parteras empíricas y otros, que son los únicos guardianes de la salud en un gran sector de la población rural de nuestro territorio.

Debo merecer una especial mención la contribución del Dr. Fernando Cabieses en su condición de fundador del Instituto Nacional de Medicina Tradicional y como Director actual del mismo, cuyo ejemplo de trabajo y constancia ha sido una fuente de inspiración permanente para la consecución de este trabajo.

El Perú es depositario de inmensos recursos potenciales naturales de los que se sirve la Medicina Tradicional; la OMS, en su estrategia "Salud para todos en el año 2000" reconoce las bondades de la Medicina Tradicional y recomienda a los países miembros la incorporación a la Salud Pública de los recursos y técnicas de la Medicina Tradicional.

El Autor

INDICE

Prólogo, por el Dr. Fernando Cabieses.....	7
Palabras Previas.....	9
I. INTRODUCCION.....	15
1. Principios Doctrinarios de Salud Pública.....	15
2. La Articulación de la Medicina Académica con la Tradicional como Estrategia para Elevar el Nivel de Salud. Hipótesis de Trabajo..	20
II. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD.....	23
1. Estado de Salud.....	23
1.1 Natalidad.....	23
1.2 La Esperanza de vida al Nacer.....	24
1.3 Mortalidad.....	24
1.4 Morbilidad.....	28
2. Sistema de Servicios de Salud.....	30
3. Factores Condicionantes del Estado de Salud.....	30
3.1 Demográficos.....	30
3.2 Socio Económicos.....	30
3.3 Ocupación de la Población.....	32
3.4 Nutrición.....	32
3.5 Saneamiento Ambiental.....	32
3.6 Vivienda en el Perú.....	32
3.7 Cobertura del Sector Educación.....	32
3.8 Patrones Culturales.....	34
4. Problemática de la Salud Rural.....	34
III SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	37
1. El Ministerio de Salud como Organó Rector.....	40
1.1 Objetivos.....	41
1.2 Funciones.....	41
1.3 Estructura.....	42

2. Creación de las ZONADIS.....	46
2.1 Características de las ZONADIS.....	51
2.2 La Democratización y Participación Social.....	51
3. Creación del Instituto Nacional de Medicina Tradicional INMETRA.....	56
4. Implicancias de la Medicina Académica.....	61
IV LA CAPACITACION DE LOS AGENTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL.....	63
1. Modelo para capacitación de agentes de la medicina tradicional.....	64
2. Recursos Potenciales de la Medicina Tradicional.....	70
V LA ARTICULACION ACADEMICA TRADICIONAL.....	73
1. Ambitos de la Articulación.....	75
2. Otra Dimensión de la Articulación.....	81
3. Articulación y Trabajo de Equipo.....	83
4. Las Parteras y la Promoción Nutricional.....	83
5. Fitobotiquines de la comunidad.....	84
VI LA ATENCION PRIMARIA EN EL PERU.....	87
1. Concepto.....	87
2. Antecedentes.....	88
3. Política de Salud y Atención Primaria.....	91
4. Módulos de Atención Primaria de Salud / MAPS.....	93
5. Participación Comunitaria.....	95
6. Recomendaciones.....	96
7. Resumen de la Evaluación del Programa.....	97
8. Apreciación Global de la Atención Primaria.....	99
9. Requerimientos de Agentes de la Medicina Tradicional y Parteras Tradicionales.....	103
VII COSTO EFECTO DE LA NUEVA ESTRATEGIA.....	109
Bibliografía.....	115
Glosario de Términos Operacionales.....	117

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico		Pág.
1	Situación de Salud	25
2	Indicadores Demográficos 1992	27
3	Esperanza de Vida al nacer	27
4	Tasa de Mortalidad x mil 1990	29
5	Defunciones Materno Infantil	29
6	Factores Condicionantes del Estado de Salud	31
7	Indicadores de Salud a Nivel Mundial	33
8	Enfermos con Tuberculosis 1987-1991	33
9	Esquema de la Cepal	36
10	Organización Institucional Sector Salud	39
11	Organización Del Sistema Nacional de Salud	40
12	Niveles de salud	43
13	Relaciones Técnico Funcionales del MINSA con los Gobiernos Regionales	45
14	Síntesis de la Relación de salud del País	47
15	Estructura de una ZONADIS	54
16	Regiones Políticas del Perú y ZONADIS	55
17	Estructura Orgánica del INMETRA	57

TITULO I

INTRODUCCION

1. PRINCIPIOS DOCTRINARIOS DE LA SALUD PUBLICA

Para un mejor ordenamiento de las ideas, considero necesario enunciar como premisa de este trabajo, algunos principios doctrinarios de la Salud Pública:

“La Salud es el estado de bienestar físico, mental y social del hombre y no solamente la ausencia de enfermedad”.

TODOS TIENEN DERECHO A LA PROTECCION DE SU SALUD, LA DEL MEDIO FAMILIAR Y LA DE LA COMUNIDAD ASI COMO EL DEBER DE CONTRIBUIR A SU PROMOCION Y DEFENSA. LA PERSONA INCAPACITADA PARA VELAR POR SI MISMA A CAUSA DE UNA DEFICIENCIA FISICA O MENTAL TIENE DERECHO AL RESPETO DE SU DIGNIDAD Y A UN REGIMEN LEGAL DE PROTECCION, ATENCION, READAPTACION Y SEGURIDAD.

Art. 7 Constitución Política del Estado-1993

“El goce del más alto nivel en salud alcanzable, es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica o social”.

“La salud de todas las personas es fundamental, para la obtención de la paz y la seguridad y es dependiente de la máxima cooperación de los individuos y de los Estados”.

“La Atención Primaria de Salud, es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación”.

Alma Ata
Conferencia Internacional
OMS/UNICEF
1978

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DE LA POLITICA DEL SECTOR.

El Ministerio de Salud no propone distribuir la riqueza según los varios modelos capitalistas o marxistas. El propósito del Sector Salud es proporcionar servicios a la gran mayoría de la población marginada y pobre. Se considera como prioritaria una inversión en Salud, orientada a los sectores de menores ingresos, para promover una verdadera política de inversión en el capital humano que aumente la productividad de la población.

Política de Salud 1980

“Un público bien informado y una activa cooperación de su parte es de la mayor importancia para el mejoramiento de la salud de los pueblos”.

“Los Gobiernos tienen responsabilidad por la salud de sus pueblos, lo cual sólo puede ser cumplida mediante la provisión de adecuadas medidas de salud y sociales”.

EL Perú, Miembro Activo de la Organización Mundial de la Salud, considera válidos los principios doctrinarios de la Salud tanto en la Constitución, como en el Código Sanatorio listo para su promulgación, así como en el actual Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y otras disposiciones legales. No sólo reconoce la esencia de los principios enunciados, sino los amplía para darles mayor validez ejecutiva, tanto a nivel normativo como ejecutivo. Considera además, que la salud es un bien irrenunciable y que el derecho a la misma comienza desde el momento de la concepción.

Para desarrollar su acción, el Ministerio de Salud ha ido progresivamente perfeccionando su estructura y organización, tareas que están concluyendo actualmente con la finalidad de ofrecer una atención de carácter integral basada en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, poniendo en práctica los ZONADIS (Zonas de Desarrollo Integral en Salud) como base del Sistema Nacional de Salud.

A pesar de los progresos logrados, se hace cada vez más evidente que el alcanzar un nivel de salud adecuado es responsabilidad de varios Sectores del Gobierno y no únicamente del Sector Salud. La pluralidad de factores condicionantes del nivel de salud y la participación multisectorial ha sido mundialmente reconocida en la “Declaración de Alma Ata” y en las “Recomendaciones” de la “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud” en setiembre de 1978.

Dichas recomendaciones tienen importancia por la influencia que vienen ejerciendo en el establecimiento de las políticas, planes y programas de salud en los países en desarrollo, al introducir nuevos enfoques para el logro del bienestar. Aquí algunos párrafos:

“Que los gobiernos incorporen y fortalezcan la atención primaria de la salud dando importancia a la coordinación de actividades que en los diferentes sectores se refieren a la salud”.

“Que se estimule y asegure la plena participación de la comunidad para que los individuos, las familias y las comunidades puedan hacerse responsables de su salud y bienestar asignando personal y recursos suficientes para estos propósitos”.

“Que la acción coordinada de los Sectores involucrados y la participación de la comunidad incluya enseñanzas relativas a los problemas más frecuentes y los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos; la promoción del suministro de alimentos y nutrición apropiada; un abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico; la asistencia materno infantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; la promoción de la salud mental y el suministro de medicamentos esenciales”.

La tarea de lograr una cobertura de servicios de salud a nivel nacional y una coordinación intersectorial para las acciones necesarias a nivel local, así como la participación ilustrada y activa de las comunidades, requiere de urgentes esfuerzos sectoriales en todos los niveles administrativos y de los recursos financieros necesarios para extender la actual infraestructura sanitaria, y aumentar los recursos para su funcionamiento.

A pesar de las insuficientes asignaciones presupuestales al Ministerio de Salud en los últimos años que limitan seriamente la calidad de sus acciones, se ha logrado la creación del Sistema Nacional de Salud que integra a las Instituciones prestatarias de Salud respetando sus propias autonomías: el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Seguridad Social, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales y el Subsector No Público, ofrecen oportunidades para actuar mancomunadamente a través de las ZONADIS con activa participación de las organizaciones de base en la formulación de políticas y en la ejecución de planes, programas y actividades para elevar el nivel de salud de la población.

Con este nuevo enfoque de doctrina sanitaria y con una mayor disponibilidad de recursos, el Ministerio de Salud podrá solucionar en forma progresiva la problemática de salud existente.

En esta tarea juega un rol importante el aporte de los Agentes o Practicantes de la Medicina Tradicional quienes, al ser incorporados al sistema formal, se convierten en guardianes oficiales de la Salud de sus comunidades; después de recibir la capacitación adecuada adquieren mayor liderazgo y mayor acierto en la atención de los pacientes de su comunidad.

La incorporación de los Agentes de la Medicina Tradicional al sistema Oficial constituye la conquista de un valioso aliado para la Salud, porque ellos son los conocedores del medio ambiente y de los recursos naturales con que atienden a sus enfermos; la comunidad cree en ellos porque son líderes reconocidos por la misma comunidad y, como tales, tienen ascendencia en la población a la que sirven.

2. LA ARTICULACION DE LA MEDICINA ACADEMICA CON LA TRADICIONAL COMO ESTRATEGIA PARA ELEVAR EL NIVEL DE SALUD.

El presente trabajo tiene el propósito de plantear alternativas para elevar el nivel de salud en la Población Peruana, en estrecha concordancia con el Sistema Nacional de Salud vigente que establece las ZONADIS como Unidades Territoriales de Desarrollo Integral en la Salud.

Frente a la problemática de Salud que confronta la población peruana, se plantea la Articulación del Sistema Médico Académico con el Sistema Tradicional a través de un Programa de Captación, Selección y Capacitación de los Agentes de la Medicina Tradicional, para luego ser incorporados como personal formal del Ministerio de Salud. Estos agentes son elegidos por sus comunidades y luego de ser adecuadamente capacitados, seguirán atendiendo a sus respectivas comunidades.

Se propone también que estos agentes incorporados al sistema oficial del MINSA perciban un sueldo mínimo vital. Esta es una manera indirecta de apoyar a la comunidad en el aspecto socio-económico.

Se espera mejorar la cobertura de atención sobre todo en el área rural y consecuentemente mejorar el estado de salud de la población. La medición se llevará a cabo en base a las variables y los indicadores del Estado de Salud con una estadística de los hechos vitales y demográficos en general. Los Agentes de la medicina tradicional deberán colaborar en la obtención de la información pertinente.

Se enfatiza que la articulación propuesta, no solamente es una estrategia para ampliar la cobertura de la atención en salud sino que tiene repercusiones muy significativas en favor

de la democratización real de la salud y la integración psicosocial de la población hacia una homogénea identificación nacional.

Es así posible elevar el nivel de salud de la población peruana mediante esta estrategia porque tenemos una secular tradición del trabajo corporativo y somos herederos de una cultura que realizó en armonía social grandes obras que son admiradas por el mundo moderno.

La Articulación que se propone como estrategia se funda también en el principio de cohesión de los recursos humanos y materiales del Sector. En vez de mantener separados los dos sistemas médicos se articulan para un mismo objetivo, utilizando los mismos servicios a nivel de la Atención Primaria, donde se imparte la medicina simplificada. Este es el punto de contacto mas importante para materializar la articulación de los dos Sistemas.

Es factible alcanzar esta meta, porque el costo no es elevado si tenemos a cambio una cobertura integral de recursos humanos debidamente capacitados para el área rural.

La capacitación propuesta cubre todo el país y todos los agentes tradicionales. Además es permanente y con participación de la Universidad Peruana y Centros Superiores de Formación de Recursos Humanos en Salud. Nuestra propuesta difiere de los Programas y experiencias de Atención Primaria de Salud que se dieron en el Perú en circunscripciones limitadas como proyectos aislados y desconexos a través de la Dirección General de Atención Primaria en el periodo 1984 con resultados poco halagadores. No se logró mejorar la cobertura y los indicadores de salud mostraron pocas diferencias en el índice general de la situación de Salud.

El costo/efecto de esta metodología será medido a través de los indicadores del nivel de salud, lo que guarda relación con los objetivos del Ministerio de Salud: promover la

salud integral de la población peruana a través de acciones adecuadamente articuladas; para lograrlo, es necesario promover la integración de todos los componentes de los servicios de salud tanto públicos y privados como comunitarios; en tal sentido, el D.S. 002-92-SA promulgado el 20 de Agosto de 1992 establece en su capítulo XI las disposiciones que norman la organización y funcionamiento progresivo del Sistema Nacional de Salud especialmente en su nivel primario, que son las Zonas de Desarrollo Integral de la Salud ZONADIS.

En la organización de las ZONADIS se hace intervenir a todos los elementos representativos de la comunidad, así como a los Sectores existentes dentro de la jurisdicción territorial para contemplar multisectorialmente y multidisciplinariamente los problemas de la comunidad y buscar las soluciones mas adecuadas, estableciendo las prioridades señaladas por la comunidad con criterio de eficiencia.

TITULO II

II.- DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD

La Situación de Salud, es la posición relativa que asumen los diferentes condicionantes del fenómeno Salud considerados como un efecto de la interrelación de factores socio-políticos, económicos y culturales que conforman el ambiente físico, biológico y social de la Nación.

La Situación de Salud tiene dos componentes principales: el Estado de Salud y el sistema de Servicios de Salud. Estas dos variables dependen a su vez de diversos factores de la realidad Nacional que están condicionando la situación de Salud del país (Gráfico N°1).

1. Estado de Salud:

El Estado de Salud es una característica de la población que incluye variables demográficas relacionadas con la susceptibilidad individual y colectiva frente a los riesgos ambientales; el estado de salud se analiza mediante indicadores negativos (mortalidad y morbilidad) y positivos (natalidad y expectativa de vida al nacer).

1.1. Natalidad:

Se aprecia una tendencia descendente de la natalidad aunque continúa siendo alta, excediendo ampliamente a la de los países desarrollados y al promedio de América Latina (Gráfico N°2).

1.2.- La esperanza de vida al nacer:

Expresa el número promedio de años que espera vivir el recién nacido, si las condiciones de mortalidad existentes a la fecha de su nacimiento persisten durante toda su vida. Este indicador resume las condiciones de vida de la población; es decir el ambiente donde se desarrolla, los niveles de ingreso, el acceso a los servicios de salud; así como los servicios principales que debe disponer la vivienda. (Gráfico N° 3)

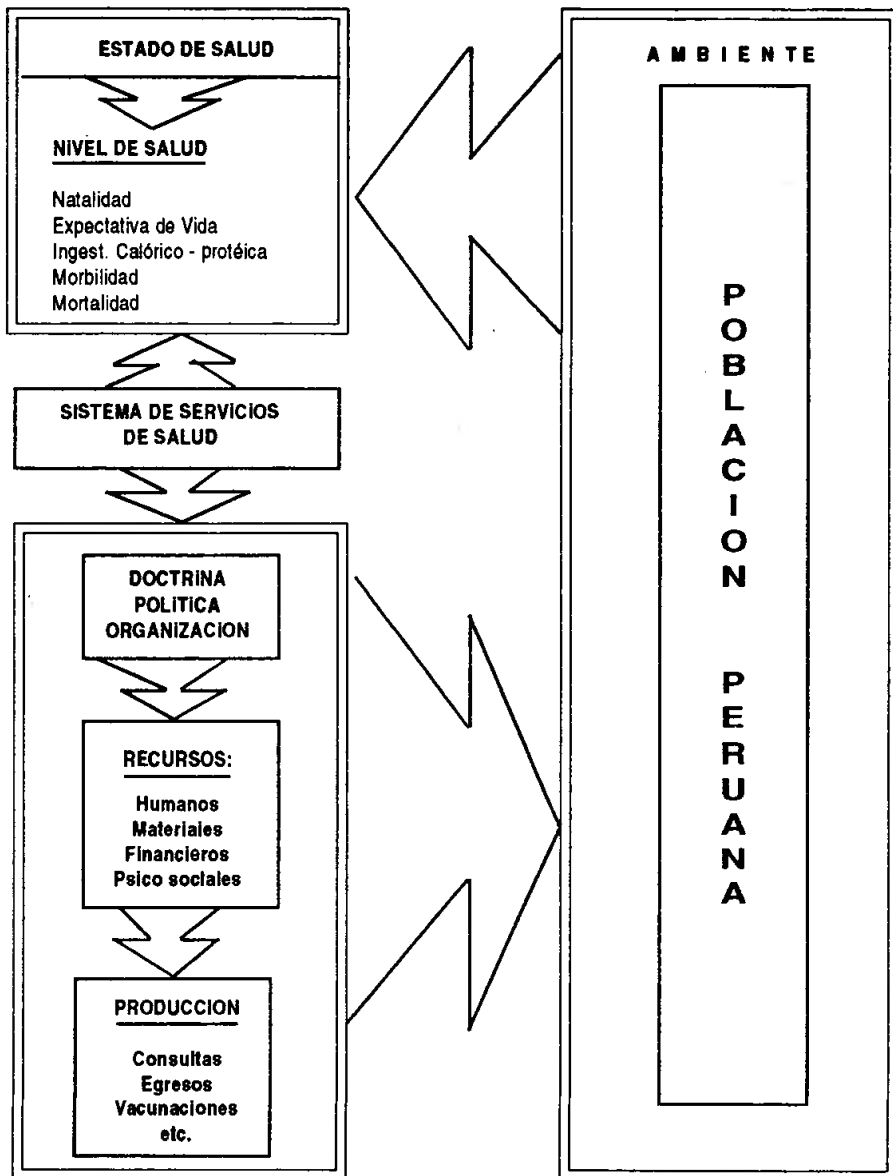
En el período 1950-1965 el tiempo promedio de vida de las personas se incrementó aproximadamente en seis meses por cada año calendario; durante el período 1965-1975, el incremento fue de un año, lo que indica que en este período la mortalidad descendió con mayor rapidez llegando a 56.5 años la esperanza de vida de los nacidos en el año 1975. Asimismo para el quinquenio 1980-1985, llegó a 58.6 años y para 1985-1990 se estimó en 61.4 años.

Para el período 1990-1995 la esperanza de vida en el país alcanzaría 64.6 años y en Lima Metropolitana 73.8 años, siendo la Provincia Constitucional del Callao (73.4.años) y los Departamentos de Lima (72.4 años) e Ica (69.6 años), los que registraron los valores más altos; Apurímac (56.0 años).

1.3.- Mortalidad:

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM); representa la frecuencia de las defunciones ocurridas por cada mil habitantes en el lapso de un año. Indica que la mortalidad de la población peruana se ha reducido significativamente en las tres últimas décadas. En el quinquenio 1950-1955 la TBM fue de 21.6 por mil, descendiendo a 10.5 por mil habitantes en el quinquenio 1980-1985. La reducción experimentada por la mortalidad ha sido más drástica que la disminución de la natalidad en el mismo período. Para 1985-1990 la TBM es en promedio 9.0 por mil y para el quinquenio 1990-1995 llegaría a 7.6 defunciones por cada mil habitantes; por departamentos se aprecian diferencias en los niveles de mortalidades debido a las desigualdades socio económicas. Las tasas más altas se

Gráfico N 1 SITUACION DE LA SALUD



encuentran en Huancavelica (15.7), Apurímac (13.5) y Cusco (13.4) mientras las tasas más bajas se ubican en Lima (4.6), Provincia Constitucional del Callao (4.8) y Tacna (5.7).

No obstante la tendencia descendente de la mortalidad en el Perú; ésta se mantiene muy alta (10.7 Mil habitantes). Supera el promedio de Latinoamérica y a la de los países desarrollados (Gráfico N°4).

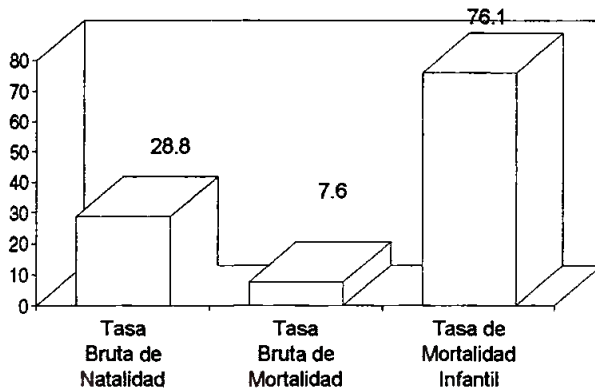
La medida proporcional según grupos de edad, muestra que la mortalidad de los menores de 5 años, si bien ha ido descendiendo paulatinamente, todavía representa alrededor del 45% del total de las defunciones; mientras que la mortalidad en los 65 y más años ha incrementado su peso relativo del 17.2% en 1960 a 25.1% en 1978. En los países desarrollados ocurre lo contrario: la mortalidad de 65 años y más representa la mayor proporción, mientras que la de menores de 5 años, fluctúa entre 1.8 y 4.%.

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI): representa las muertes de niños menores de un año de edad por cada mil nacidos vivos. Este indicador refleja las condiciones de vida en que se desarrollan los niños menores de un año, y presenta un decrecimiento en las tres últimas décadas a nivel nacional. En el quinquenio 1950-1955 alrededor de 159 niños, (de cada mil nacidos vivos) morían antes de cumplir un año de vida; en el quinquenio 1980-1985 la TMI disminuyó a 98.6 por mil. En el quinquenio 1985-1990 esta tasa fué de 88.2 y para 1990-1995 bajaría hasta 75.8 a nivel nacional. Para Lima Metropolitana sería de 40.6 (129.7), Cuzco (118.1) Apurímac (109.2), contrariamente al Departamento de Lima (45.1) y la Provincia Constitucional del Callao (41.3) que muestran las tasas más bajas en el país.

La mortalidad materna tiene también una tendencia a disminuir aunque muy lentamente, lo que hace que las tasas en nuestro país 31.8 por diez mil nacidos vivos, es muy alta

Gráfico N° 2

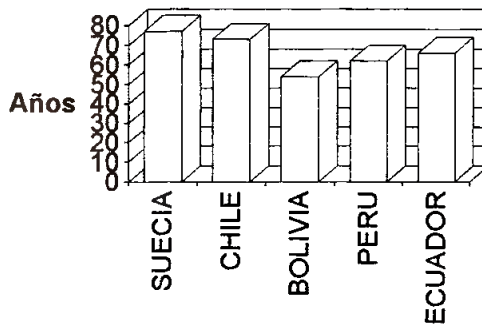
Indicadores demográficos 1992 (tasa por mil)



Fuente: Consejo Nacional de Población

Gráfico N° 3

Esperanza de Vida al Nacer (Años) 1989



Fuente: UNICEF 1992

comparada con lo que está ocurriendo en países desarrollados, Suecia tiene una mortalidad que no llega a 1 por 10 mil nacidos

Las enfermedades infecciosas y exógenas tienen un peso significativo como causa de muerte en nuestro país, sobrepasando el 53%, con una tendencia a mantenerse invariable. Por otro lado, las enfermedades degenerativas están adquiriendo un mayor peso relativo como causa de muerte, de 7% en la década del 40 pasa 15.3% en 1973 y a 18.5% en 1977.

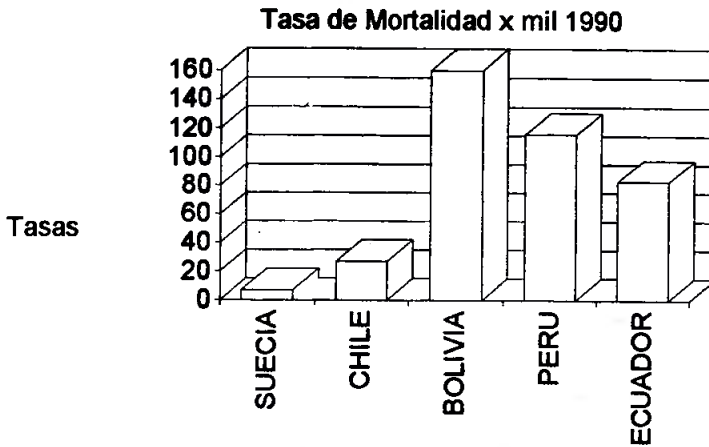
1.4.- Morbilidad:

Las cifras de morbilidad representan el número de individuos atacados por determinada enfermedad en determinado período. Las enfermedades transmisibles están adquiriendo mayor preponderancia. Las enfermedades relacionadas con el deficiente saneamiento ambiental han pasado del 21.1% en 1960 a 43.7% en 1980, sucediendo a la inversa con las enfermedades susceptibles de control por vacunaciones en que de 23.1% en 1960 desciende a 10% en 1980.

Considerando las diez primeras causas de morbilidad por enfermedades transmisibles tienen más importancia las gastro enteritis, el resfrío y las helmintiasis con una tasa de 469.3, 373.7 y 161.5 por mil habitantes respectivamente.

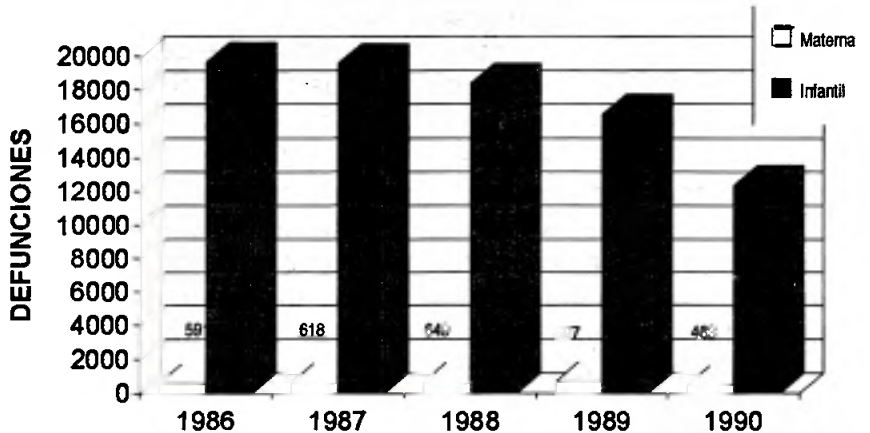
Merece especial atención dentro de las enfermedades contagiosas el comportamiento de la Tuberculosis cuya tendencia va en aumento; es decir, en vez de disminuir, el número de casos va en ascenso; esta tendencia es muy preocupante si tomamos en cuenta que está en alguna forma relacionado con el grado de nutrición de la población; la mejor forma de combatir esta enfermedad es mediante una alimentación balanceada. La educación Sanitaria y alimentaria juegan un rol importante frente a este daño.

Gráfico N° 4



Fuente: UNICEF 1991

Gráfico N° 5 Defunciones Materno Infantil 1986-1990



Fuente: DTEI. MINSA

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD:

El Sistema de Servicios de Salud es el conjunto de elementos, estructuras, recursos humanos, materiales y financieros que la sociedad designa para la prestación de servicios integrales de salud; en nuestro país, el Sistema de Servicios de Salud está constituido por instituciones públicas del Gobierno Central y Gobiernos Locales, Organismos Públicos, Instituciones Autónomas, Empresas Públicas y entidades No Públicas.

El análisis de este Sistema debe realizarse a través de la Política de Salud, la Doctrina Sanitaria, la Organización y Funcionamiento, Recursos y Producción del Sistema de Servicios de Salud.

3. FACTORES CONDICIONANTES DEL ESTADO DE SALUD

Para una mejor apreciación de la situación de salud del Perú, es necesario precisar e identificar los factores condicionantes como son:

3.1 Factores Demográficos

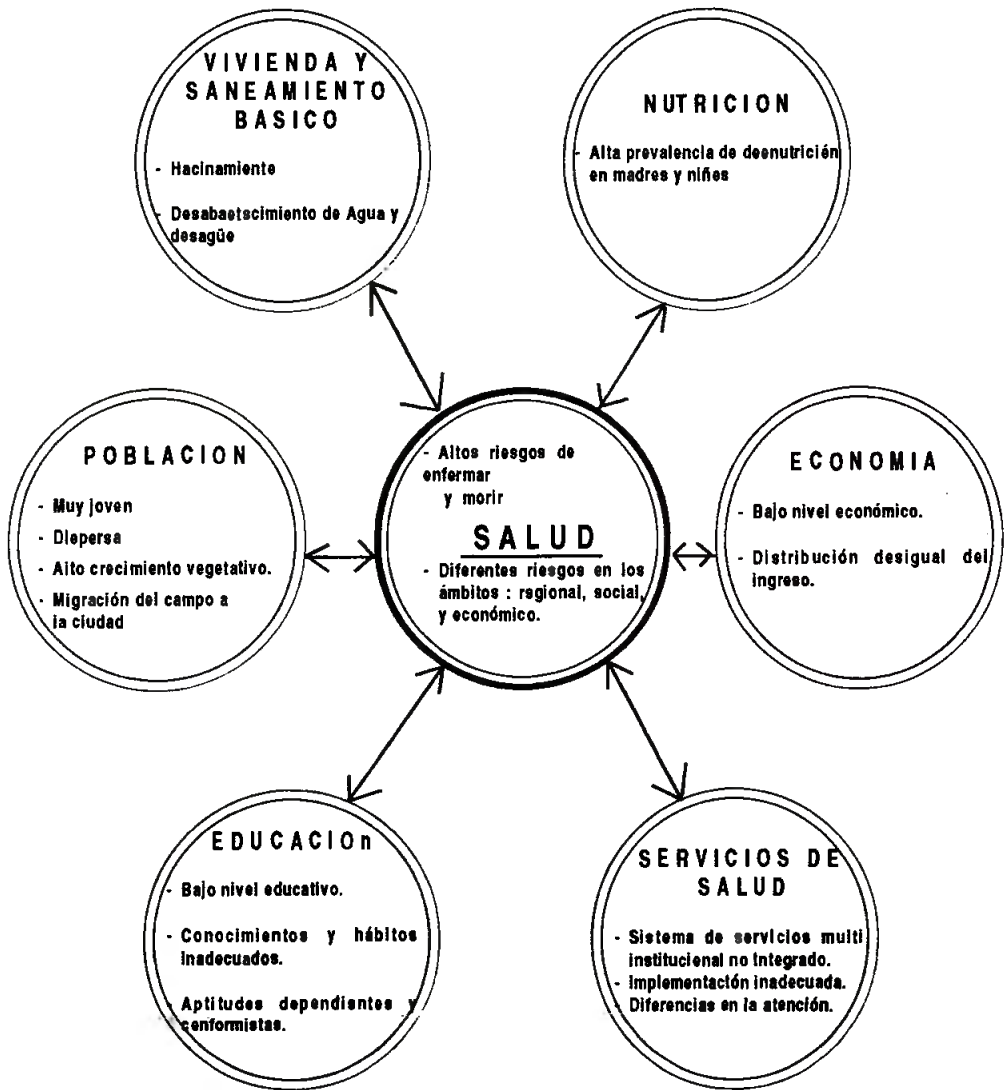
Caracterizada por un elevado índice de crecimiento de la población con alta tasa de natalidad por encima del promedio para América Latina y con una estructura joven que determina un aumento acelerado de la demanda de servicios. Esto hace que la población económicamente activa tenga una alta carga de dependencia. A su vez, por la situación de la violencia interna la población rural ha hecho abandono del campo, emigrando a las ciudades y originando serios problemas en la vivienda y espacio vital urbano que no permiten alcanzar el nivel adecuado de bienestar.

3.2 Factores Socio-Económicos

La población peruana tiene muy bajo ingreso per cápita, y consecuentemente déficit en la satisfacción de las

Gráfico N° 6

FACTORES CONDICIONANTES DEL ESTADO DE SALUD



necesidades vitales, incidiendo en una alimentación deficitaria, la que a su vez condiciona bajas defensas en el organismo, y lo hace presa fácil de la enfermedad y la muerte. El grupo más vulnerable es la población infantil.

3.3 Ocupación de la Población

Los altos índices de sub-empleo y desempleo, constituyen un fenómeno que favorece la fermentación social que termina en acciones de violencia interna que confronta el país.

3.4 Nutrición de la Población

Es prevalente la desnutrición en un gran sector de la población, siendo los niños los más afectados, y favoreciendo las enfermedades transmisibles; hay una relación directa entre la nutrición y la incidencia de enfermedades evitables.

3.5 Saneamiento Ambiental

El saneamiento básico es deficiente. El 51% de la población carece de agua potable, disposición de excretas y alcantarillado, condicionando la mayor propagación de las enfermedades transmisibles.

3.6 Vivienda en el Perú

Un gran sector de la población vive en condiciones precarias, en tugurización y hacinamiento, lo que constituye otro factor negativo que favorece la propagación de las enfermedades contagiosas. La contaminación del ambiente es otro factor que pesa negativamente sobre la salud de la población general; este es un problema serio donde aún los países desarrollados están en la búsqueda de soluciones.

3.7 Cobertura del Sector Educación

Con alto índice de analfabetismo, el 40% de la población rural adulta no sabe leer. Este porcentaje se mantiene constante en el tiempo, no obstante los esfuerzos de los sucesivos gobiernos por superar esta situación; el rendimiento escolar es también bajo.

Gráfico N° 7

INDICADORES DE SALUD A NIVEL MUNDIAL

Año 1990/1991	Ingreso Alto	Ingreso Medio	Peru 1/	Ingreso Bajo	Todo el Mundo
Consumo de energía percapita	5,106	1,351	451	376	1,343
PBI percapita \$	21,050	2,480	1,070	350	4,010
Poblacion Urbana %	77	62	71	39	51
Tasa Bruta de Mortalidad	8	8	8	10	9
Tasa de Mortalidad Infantil	8	38	53	71	53
Tasa Bruta de Fecundidad	1.8	3.2	3.4	3.8	3
Esperanza de Vida al Nacer	77	68	64	62	66
Tasa de Analfabatismo	4	21	15	40	35
Medicos/Habitantes	25*	12**	10	-	13
Camas/Habitantes	8*	3**	1.5	-	4
Gasto Percapita en Salud.	1,860*	105**	49	-	323
Tasa Bruta de Natalidad	13	25	27	30	26
Años de Vida Perdidos	11#	13##	32	141###	-

1/ Peru se encuentra entre los países del Ingreso Medio.

* Países con economía de mercado consolidada.

** Países Latinoamericanos.

E.E.U.U.

Chile.

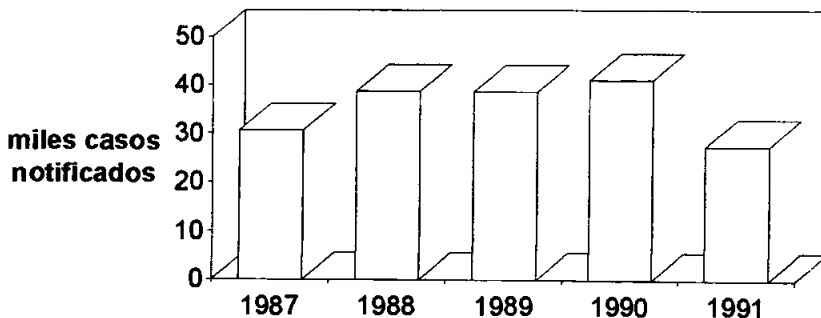
Mozambique.

Fuente : Banco Mundial 1993.

Elaboracion : MINSA-OEI.

Gráfico N° 8

Enfermos con Tuberculosis 1987-1991 (miles)



Fuente: Ministerio de Salud

3.8 Patrones Culturales

La población rural peruana, por ser pluricultural y plurilingüe, posee diversidad de hábitos, costumbres e idiomas que dificultan la homogenización de los conocimientos y prácticas de salud positivas.

De todos los factores condicionantes de la Situación de Salud señalados, el factor que incide con mayor peso o significación es el socio-económico, como lo demuestra el esquema de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina).

-EL FACTOR SOCIO-ECONOMICO.- La situación socio-económica del Perú tiene su expresión en un perfil epidemiológico sumamente complejo, característico de un país sub-desarrollado, donde prevalecen simultáneamente las enfermedades infecciosas que son producto de la pobreza, la malnutrición y las condiciones precarias de higiene combinadas con enfermedades crónicas, degenerativas y otros problemas como la violencia, la drogadicción, los accidentes de tránsito, etc. propios de las grandes urbes y las implicancias de la vida moderna. El deterioro de los niveles de salud, agudizados en los estratos poblacionales menos protegidos, se aprecia por una elevada tasa de natalidad, alta prevalencia de la desnutrición en menores de seis años y elevados índices de la mortalidad materna que se mantienen casi estacionarios.

La desproporción entre las necesidades y demandas cada vez más crecientes de la población y los recursos limitados que se disponen en el contexto de una crisis financiera, hacen que la problemática de salud del país se mantengan invariable.

4. PROBLEMÁTICA DE LA SALUD RURAL

La problemática de Salud en la población rural, se puede escenificar así: Juan Pérez vive con su mujer embarazada en una aldea lejana, conformada de 5 casitas de paja, tiene 3 hijos y otro está en vías de nacer, llega el

momento del alumbramiento, Juan sale de su casa en busca de la partera llamada Joaquina Huamán, quien vive distante a 3 kilómetros. No hay carretera, el desplazamiento es a pie; así y todo se encamina y logra utilizar los servicios de la partera Huamán, muy conocida en esa zona.

Joaquina atiende a su paciente con la experiencia que tiene. Nadie duda que el parto será un éxito. Juan se prepara para recibir al nuevo vástago y en verdad, al amanecer del día siguiente, se siente el llanto de una criatura: se produjo el hecho vital con éxito; luego de atender a la parturienta doña Joaquina imparte las recomendaciones para que no se produzcan complicaciones, luego tiene que retirarse y volver a su casa; entonces hay una recompensa por sus servicios, no necesariamente dinero. Pueden ser especies alimentarias, animales domésticos como el cuy o la gallina o una rumita de cebada, etc.

La atención del parto sigue en estas circunstancias desde generaciones pasadas y se mantiene en la mayor parte de la población peruana; De cada 100 nacimientos 70 son atendidos por la partera empírica y 30 solamente por la mano profesional a la luz de las estadísticas a nuestro alcance.

Igual cosa sucede con la atención de los enfermos en general donde el curandero es buscado por sus servicios para curar al enfermo y recibe recompensas en forma similar a las parteras tradicionales.

Ante esta situación se propone un método progresivo para que todos los agentes tradicionales incluyendo preferencialmente a las parteras empíricas, después de una capacitación adecuada sean incorporadas al Sistema Formal ganando un sueldo mínimo vital para atender a sus necesidades; a cambio de ya no cobrar dinero pudiendo recibir recompensas en especies de los pacientes atendidos; de esta manera se estaría apoyando indirectamente a la misma comunidad, ya

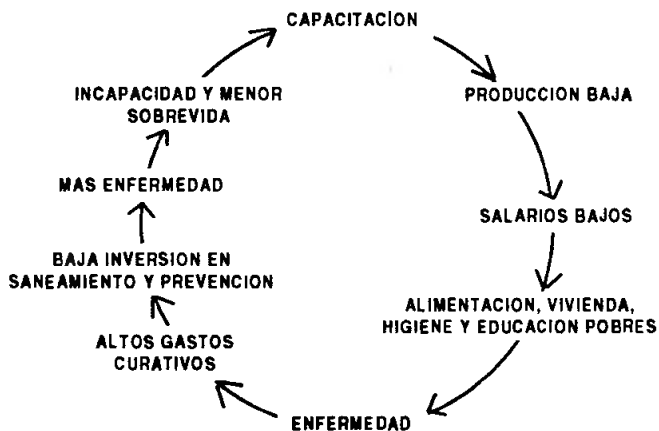
que en adelante seguirían siendo atendidos por sus médicos tradicionales pero en forma gratuita o en un sistema tradicional de trueque solidario.

Esta metodología es una forma clara de democratizar la atención sanitaria y la búsqueda de una meta anhelada, cual es la cobertura integral de la atención.

En el seno de la población rural, que está acostumbrada a vivir dentro de un sistema de limitaciones económicas, un sueldo mínimo vital para los agentes tradicionales de salud tiene significación y tiene un efecto multiplicador en el nivel económico, de esa comunidad.

Además el agente al no cobrar en dinero por sus servicios, la comunidad se ve aliviada en su economía y la población va tomando conciencia del apoyo del Estado y valora su presencia indirecta.

**GRAFICO Nº 9 ESQUEMA DE LA CEPAL
RELACION DE LA ECONOMIA Y LA SALUD
ESQUEMA DE LA CEPAL**



Descripción esquemática del círculo pobreza-enfermedad, donde se muestran los aspectos de la secuencia desde un bajo nivel de condiciones de vida hasta la enfermedad, que origina más pobreza.

TITULO III

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Es el conjunto de instituciones, organizaciones y demás entes públicos y privados del Sector Salud y otros Sectores así como de personas naturales y jurídicas vinculados directa e indirectamente con el cuidado de la salud de la población.

El Sistema Nacional de Salud ha sido organizado por el actual Gobierno,

Ha sido diseñado por un equipo de técnicos en Salud Pública de acuerdo a la R.M. N° 650-92-SA/DM por la cual se les encargó proponer la organización, articulación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Se ha sentado como premisa el compromiso de lograr la meta propuesta por la OMS de "**Salud para todos el año 2,000**" es evidente que en vez de acercarnos a dicha meta nos hemos ido alejando de ella; en efecto haciendo un enjuiciamiento, se sostiene que si en 1977 el 25% de la población tenían cobertura satisfactoria de Salud; 50% podía acceder a una cobertura insuficiente y el 25% restante carece de atención institucionalizada de Salud, en 1990 se estimaba que la población sin cobertura habrá aumentado al 40% otro 40% accedería a una cobertura insuficiente y apenas el 20% gozaba de cobertura satisfactoria.

Podemos apreciar así que no se cumple el derecho constitucional formal que consagra la protección integral de la salud. Lo mismo sucede con la meta de "salud para todos, el año 2000" mientras se dice que otros países del tercer mundo la alcanzarán en el término previsto.

Hay dos causas fundamentales que retardan o impiden nuestro avance: la falta de concertación y coordinación entre las instituciones vinculadas con la salud y la insuficiente participación de la sociedad y la comunidad organizada en el cuidado de la salud.

Para afrontar de inmediato esta problemática, el D.S. Nº 002-92-SA, Reglamento de Organización y Funciones del actual Ministerio de Salud, promulgado el 20 de agosto de 1992, contiene en su Capítulo XI las disposiciones que norman la organización y funcionamiento progresivo del Sistema Nacional de Salud; aquí nace las ZONADIS o Zonas de Desarrollo Integral de la Salud.

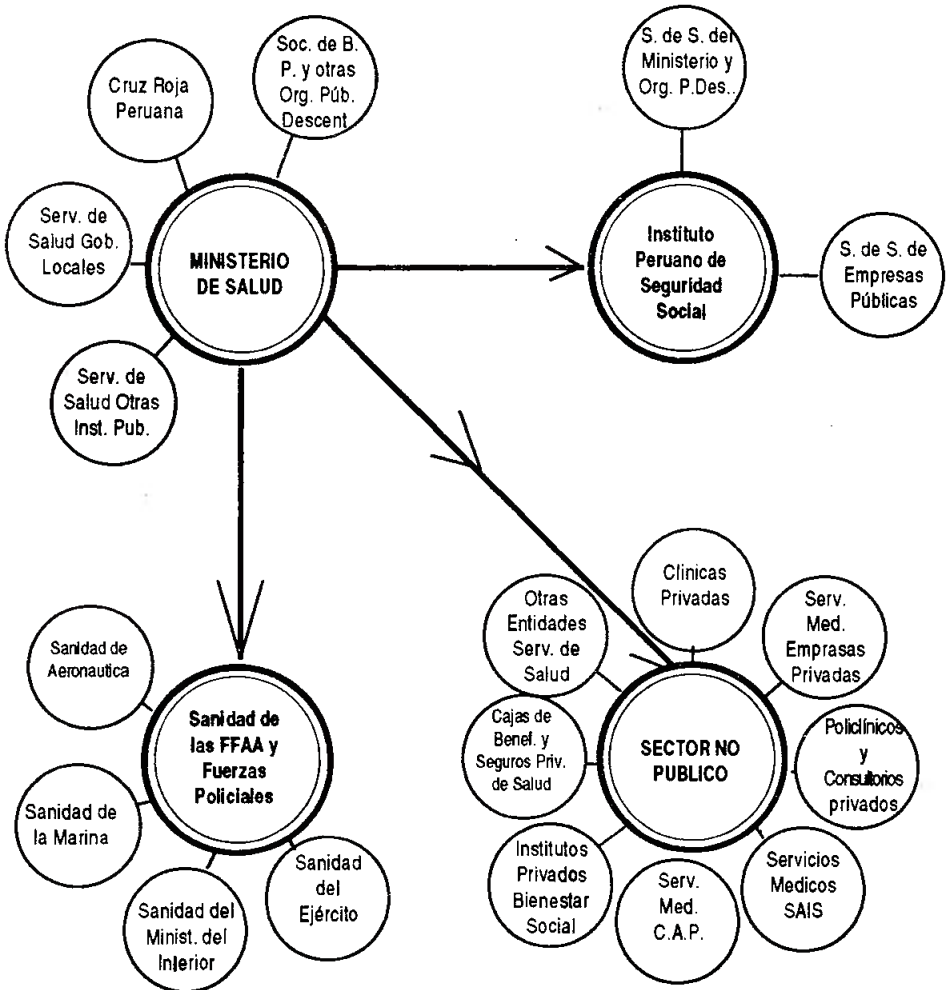
El Sistema Nacional de Salud, es el instrumento fundamental para hacer realidad el derecho a la Salud. Está constituido, como ya se mencionó, por la integridad de instituciones, organizaciones y dependencias públicas y privadas del Sector Salud y otros sectores vinculados directa e indirectamente con la salud de la población.

El Ministerio de Salud, es el ente rector del Sistema y el Consejo Nacional de Salud su órgano coordinador, presidido por el Sr. Ministro e Integrado por 15 miembros.

Entre los componentes del Sistema Nacional de Salud, están el Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, Sanidades de los Ministerios de Defensa y del Interior, Gobiernos Regionales, Servicios de Salud del Sub-Sector No Público, Universidades, Colegios Profesionales y las organizaciones de base. Los componentes del Sistema, deben

Gráfico N° 10

ORGANIZACION INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD 1982



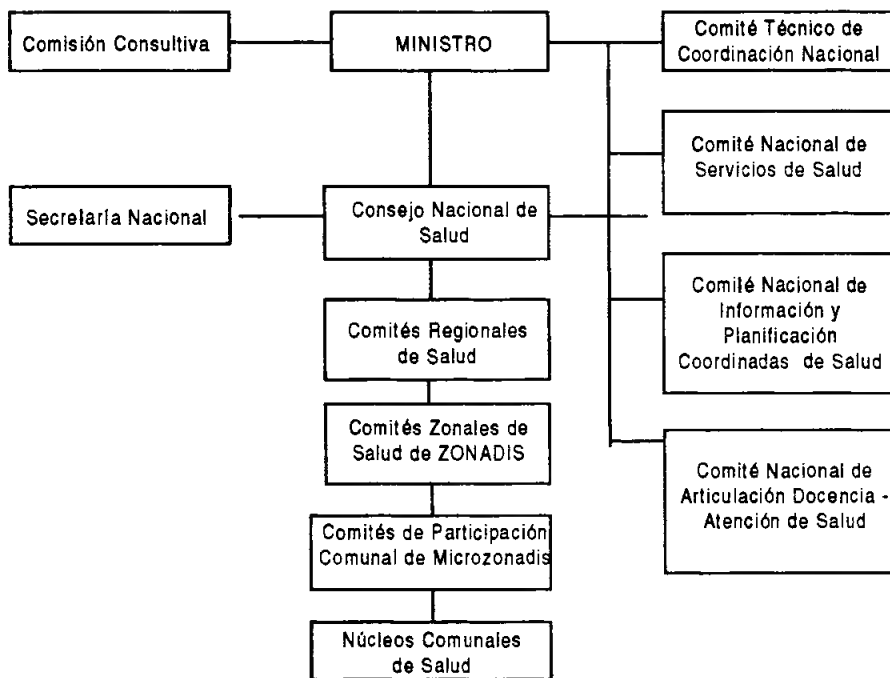
concertar políticas y coordinar sus planes y programas, de acuerdo a los lineamientos de las políticas y la normatividad emitidas por el Ministerio de Salud.

1. EL MINISTERIO DE SALUD COMO ORGANO RECTOR

De acuerdo al D.S. N° 002-92-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, es el órgano del Poder Ejecutivo y ente rector del Sistema Nacional de Salud, y tiene por finalidad promover, proteger y recuperar la salud y el nivel de vida de la población peruana.

Gráfico N° 11

ORGANIZACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



El Ministerio, en armonía con el Art. 16 de la Constitución, propone al poder Ejecutivo la aprobación de la Política Nacional de Salud, dirigiendo, controlando, supervisando y evaluando su aplicación y fomentando las iniciativas destinadas a ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, dentro de un régimen pluralista.

Objetivos del Ministerio de Salud:

- a) La defensa de la vida y la salud de las personas, orientando los recursos del Estado y de la sociedad en su conjunto al establecimiento de las bases de un desarrollo social coherente.
- b) La democratización de la salud, con el fin de facilitar el acceso universal y equitativo a los servicios sociales en defensa de la salud y compartir el conocimiento de la medicina científica con la medicina tradicional.
- c) La revalorización permanente del Sector Salud, como instrumento de desarrollo de la política social, en función de un modelo de atención participatorio, solidario y de cobertura universal.

Funciones Generales del Ministerio de Salud:

- a) Formular y dirigir la política nacional de salud de acuerdo con la política general del Gobierno y los planes de desarrollo nacional.
- b) Formular, en coordinación con los gobiernos regionales, el plan sectorial de salud, así como supervisar y evaluar su cumplimiento.
- c) Planificar, organizar, coordinar, conducir y evaluar el desarrollo del Sistema Nacional de Salud.
- d) Emitir normas de alcance nacional que regulen las acciones de los componentes del Sistema Nacional de Salud en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y velar por el cumplimiento del Código de Salud, el Código del Medio Ambiente y demás normas reguladoras.

- e) Regular y controlar la acción sanitaria en función de las necesidades de la población, asegurando la calidad y cobertura de las prestaciones de los servicios de salud.
- f) Promover, coordinar y orientar el intercambio de cooperación técnica y financiera nacional e internacional en salud.
- g) Fomentar, difundir y orientar la investigación y desarrollo de tecnologías adecuadas a la realidad nacional, incluyendo la medicina tradicional.
- h) Promover, realizar y orientar la formación y capacitación de recursos humanos en salud, adecuándolos a las necesidades de la población.

1.3 ESTRUCTURA DEL MINISTERIO DE SALUD

La Estructura Orgánica del Ministerio de acuerdo a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 584 es la siguiente:

A. Alta Dirección

- a) Ministro
- b) Vice Ministro

B. Organo Consultivo

Comisión Consultiva del Ministerio de Salud.

C. Organos de Concertación

- a) Concejo Nacional de Salud
- b) Comité Técnico de Coordinación Nacional
- c) Comité Nacional de Integración Funcional

D. Organo de Control

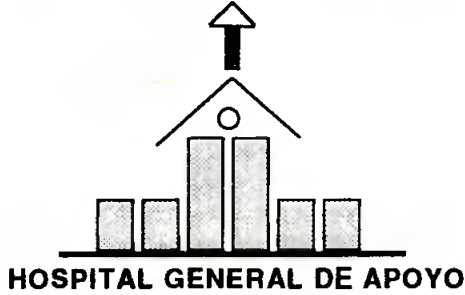
- a) Inspectoría General
 - . Oficina Ejecutiva de Control de Programas y Normas de Salud.
 - . Oficina Ejecutiva de Control Administrativa y Financiero

Gráfico N° 12

4



3

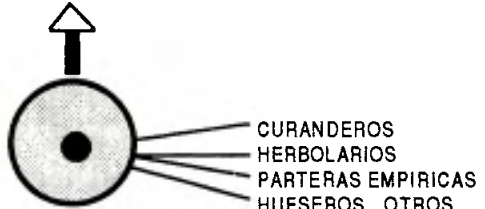


2



1

AGENTES DE MEDICINA TRADICIONAL



**NIVELES DE SALUD
(Ministerio de Salud)**

E. Organos de Asesoría

a) Oficina General de Planificación

- . Oficina Ejecutiva de Planes y Programas
- . Oficina Ejecutiva de Presupuesto
- . Oficina Ejecutiva de Proyectos de Inversión

b) Oficina de Asesoría Jurídica

- . Oficina Ejecutiva de Asesoría Jurídica - Administrativa
- . Oficina Ejecutiva de Asesoría Jurídico - Sanitario

c) Oficina de Financiamiento, Inversiones y de Cooperación Externa

- . Oficina Ejecutiva de Gestión Técnica
- . Oficina Ejecutiva de Promoción, Integración y Programación

d) Oficina General de Epidemiología

- . Oficina Ejecutiva de Vigilancia y Evaluación Epidemiológica
- . Oficina Ejecutiva de Investigación, Capacitación y Desarrollo de Sistemas.

F. Organos de Apoyo

a) Oficina General de Administración

- . Oficina Ejecutiva de Personal
- . Oficina Ejecutiva de Economía
- . Oficina Ejecutiva de Logística
- . Oficina Ejecutiva de Bienestar Social

b) Oficina de Estadística e Informática

- . Oficina Ejecutiva de Estadística
- . Oficina Ejecutiva de Prensa

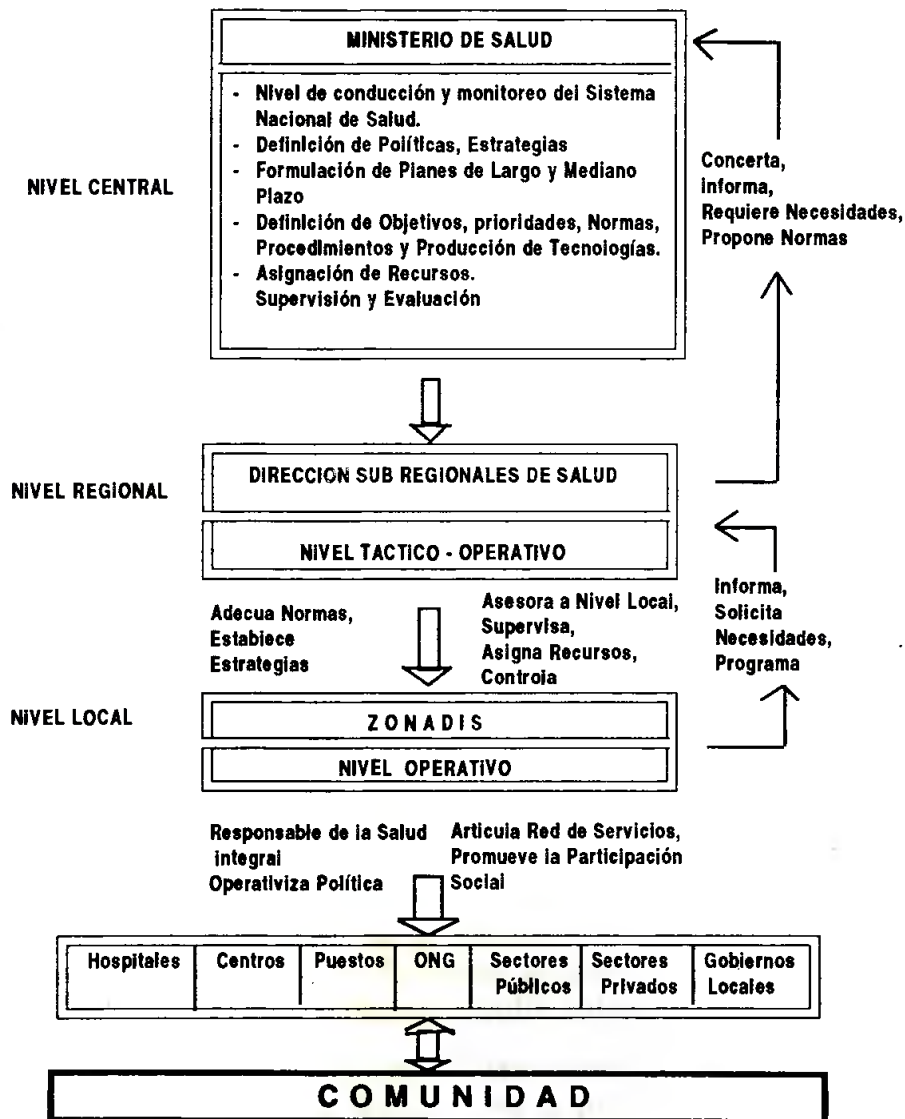
G. Organos de Línea de Nivel Central

a) Dirección General de Salud de las Personas

- . Dirección Ejecutiva de Programas de Salud
- . Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud
- . Dirección Ejecutiva de Normas Técnicas para Infraestructuras en Salud.

Gráfico Nº 12

RELACIONES TECNICO - FUNCIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD CON LOS GOBIERNOS REGIONALES



Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria

- b) Dirección General de Salud Ambiental**
 - Dirección Ejecutiva de Saneamiento Básico**
 - Dirección Ejecutiva de Ecología y Medio Ambiente**
 - Dirección Ejecutiva de Higiene Alimentaria y Control de la Sonases**

- c) Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas**
 - Dirección Ejecutiva de Registro y Normas**
 - Dirección Ejecutiva de Pesquisas e Inspecciones**
 - Dirección Ejecutiva de Gestión Comercial**

- H. Organos Desconcertados y Especializados**
 - Dirección Subregionales de Salud de Lima y Callao**
 - Institutos Especializados**

- I. Organismos Públicos Descentralizados**
 - .Instituto Nacional de Salud**
 - .Instituto Nacional de Medicina Tradicional**
 - .Instituto Nacional de Protección del Medio Ambiente para la Salud**
 - .Escuela Nacional de Salud Pública**
 - .Sociedades de Beneficencia y Juntas de Participación Social.**

2. CREACION DE LAS ZONADIS

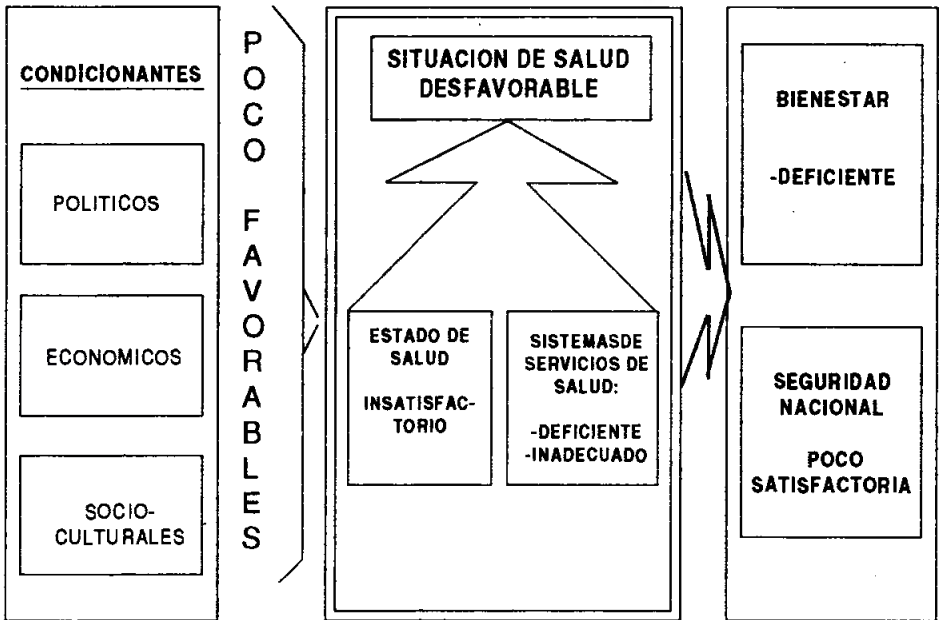
Por R.M. N°650-92-SA/DM, promulgada el 30 de Octubre de 1993, se ha designado la comisión de Expertos encargada de proponer la organización, la articulación y funcionamiento progresivo del Sistema Nacional de Salud y Asesoría de los diversos organismos integrantes del Sector Salud.

Dicha Comisión establece o crea las ZONADIS o Zonas de Desarrollo Integral de la Salud las cuales constituyen, el

Gráfico N° 14

SINTESIS DE LA SITUACION DE SALUD DEL PAIS

CONCLUSIONES



nivel básico primario de la Organización y prioridad del Sistema Nacional de Salud. Son los sistemas locales de salud y tienen por finalidad brindar atención integral de salud a la población comprendida en los espacios geosociales previamente definidos.

En las ZONADIS se desarrolla la participación real de la comunidad organizada así como de las instituciones y dependencias del sistema cohesionados funcionalmente para afrontar los problemas de salud, cuya responsabilidad es colectiva y donde predominan los factores sociales.

Las disposiciones legales comentadas, así como la Organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de las primeras ZONADIS ya en ejecución tienen el significado de fortalecer nuestro proceso nacional de transformación y desarrollo en salud, hacia la meta de "salud para todos".

Como Organismo rector, el Ministerio de Salud establece y conduce la política de salud y establece los lineamientos de política del Sector, dando la direccionalidad de las acciones de salud. Por el Sistema Nacional de Salud, también se incorporan todas las Instituciones prestatarias de Salud, como las Sanidades de las Fuerzas Armadas, las que manteniendo su autonomía pueden formar parte del Sistema, en ciertas acciones de salud frente a la comunidad.

Toda esta doctrina inscrita, en el marco teórico del Sistema Nacional de Salud, es correcta como teoría; pero aún falta materializar en hechos reales y concretos las acciones coordinadas de las múltiples instituciones prestatarias de salud para mejorar realmente la cobertura de la atención. Esta es la tarea más difícil de vencer, pero no imposible.

En la actual Organización del Sistema Nacional de Salud, quedan establecidas como elemento fundamental, las ZONADIS o Zonas de Desarrollo Integral de Salud. Las ZONADIS responden a un modelo basado en la articulación de

todas las Entidades, Instituciones y Organizaciones Populares para participar en las acciones de Salud y desarrollo integral.

Queda establecido, que la Zona de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS) es el nivel primario básico de la organización del Sistema Nacional de Salud en espacios geosociales previamente definidos.

Está integrado por establecimientos de salud y otras dependencias cohesionadas funcionalmente, cuyas actividades están relacionadas con la promoción, la prevención y protección de la salud de las personas y el medio ambiente.

La ZONADIS cuenta con una unidad operativa mínima de carácter administrativo, el cual será implementado con carácter prioritario de acuerdo a la política del Sistema Nacional de Salud y para poner en marcha los programas de salud.

La ZONADIS tiene la característica fundamental de interrelacionar y cohesionar funcionalmente a los servicios de salud, instituciones, organizaciones, dependencias y personas Naturales y Jurídicas, Públicas y Privadas del Sector Salud y otros sectores vinculados directamente con las acciones de Salud. Los establecimientos de Salud existentes en estos espacios territoriales, conformarán las redes de servicios según niveles de complejidad. La ZONADIS no sólo es una forma particular de organización que comprende exclusivamente a los servicios de salud, sino se debe interpretar como un modelo de cambio integral de desarrollo y particularmente, como modelo de reforma técnica y administrativa del sector salud:

Las ZONADIS se organizan en función de los objetivos humanistas y doctrinarios del sector salud como son:

-La defensa de la vida y salud de las personas, orientando los recursos del Estado con criterio de eficiencia y de la sociedad en su conjunto, al establecimiento de las bases de un desarrollo social coherente.

-La democratización de la salud, con el fin de facilitar el acceso

universal y equitativo a los servicios sociales, en defensa de la salud y compartir e intercambiar el conocimiento de la medicina científica con la medicina tradicional, para el logro de una atención más eficaz e integral de la población rural principalmente.

-Las ZONADIS son también expresiones políticas de gobierno, que busca la revaloración permanente del Sector Salud como instrumentos de desarrollo de la política social; en función de un modelo de atención participatorio, solidario y de cobertura universal. En este objetivo juega un papel importante la acción de los agentes tradicionales capacitados como veremos más adelante.

-En el ámbito geo-social de las ZONADIS, se interrelacionan una gran variedad de elementos que contribuyen a la salud desde los hogares, las escuelas, los centros de trabajo, los lugares de esparcimiento, la vía pública y la red de servicios de salud. El conjunto de recursos intra y extra-sectoriales incluye a todos los proveedores de los servicios de salud, individuales o institucionales, privadas o públicos, de la seguridad social y de la medicina tradicional.

-La ZONADIS, constituye pues el espacio territorial para la conciliación y concertación, para la solución de los principales problemas de la salud, de su jurisdicción y administración racional de los recursos para la salud.

-Está organizado con criterio geográfico, demográfico socio-económico, político, ambiental y cultural, además de tomar en consideración las entidades públicas y privadas de la sociedad civil, las organizaciones populares de base, así como los servicios del sector salud.

-Se convierte en elemento estratégico del cambio; es instrumento redistributivo de los recursos y el poder en base del diseño del Sistema Nacional de Salud, por la Regionalización y en el ámbito administrativo por la Descentralización y Desconcentración.

Características de la ZONADIS

Las ZONADIS constituyen el punto natural de convergencia de la planificación porque en ella se armonizan las necesidades de la comunidad con las prioridades, las políticas nacionales y la disponibilidad de los recursos.

Los servicios de salud ubicados en una ZONADIS deberán adoptar una estrategia y dirección única, para la solución de los problemas de salud de su jurisdicción, en concordancia con los planes y programas de desarrollo integral de la ZONADIS sin dejar de tomar en cuenta las estrategias y soluciones locales a los problemas.

El nuevo esquema de gestión para los servicios de salud deberán permitir el acceso a esos servicios a todos los habitantes de la comunidad, sin distinciones ni limitaciones, independientemente de su capacidad adquisitiva, lejanía geográfica, lenguaje o creencia religiosa. Este es el sentido humanista de la atención de la Salud.

La democratización y Participación Social

Las ZONADIS se convierte en el vehículo a través del cual se establecen relaciones de responsabilidad mutua entre el Sistema Nacional de Salud y la sociedad a la que sirve. De esta manera se constituye la ZONADIS como un ente de promoción social.

-La participación social debe entenderse más que como un proceso político y social, como una necesidad impostergable de devolver el control y el manejo de la salud, a las personas, familias y comunidades de base; es decir, al pueblo organizado. Esta será la meta final de este proceso, como una descentralización efectiva.

Importancia de la ZONADIS

Al haber establecido la estructura y funcionamiento corporativo de las ZONADIS, el Sistema Nacional de Salud ha condicionado favorablemente para que se materialicen las articulaciones del sector Salud conforme la propuesta del presente trabajo; todas las entidades, organizaciones y la comunidad en general, participan en la identificación de sus necesidades y al mismo tiempo buscan soluciones en base a sus recursos disponibles.

Esta propuesta es factible y viable porque la ZONADIS es un factor condicionante positivo para materializar la Articulación Académico - Tradicional. Al incorporar a los agentes tradicionales, se está garantizando la cobertura de la atención integral, porque ellos están presentes en todas las aldeas del territorio; tienen ascendencia en sus comunidades porque son líderes elegidos por sus bases y reconocidos por su propia comunidad; son entes permanentes en el servicio, porque ellos son también parte de la comunidad; han nacido, viven allí y conocen la idiosincrasia de la población a la que sirven; conocen sus problemas y necesidades prioritarias; así mismo cada agente tradicional es depositario de un bagaje de conocimientos y experiencias en cuanto a las propiedades curativas de las plantas medicinales; ellos manejan y utilizan en el tratamiento los recursos naturales principalmente; todo este conjunto de experiencias de los agentes tradicionales son ricas fuentes de investigación para enriquecer a la medicina académica, específicamente a la medicina peruana.

La articulación que se propone a través de este trabajo es total, vale decir todos los elementos humanos, organizados o no, que formen parte de una ZONADIS, deben participar en la problemática de la Salud.

Es necesario hacer una mención del por qué creemos que la Atención Primaria de Salud no alcanzó los resultados

esperados, no obstante tener el apoyo político de los gobiernos pasados y de contar en algunos casos con recursos financieros por convenios. La respuesta a esta interrogante es muy sencilla: porque los Proyectos y Programas de Atención Primaria no hicieron participar al Sistema Tradicional. En ninguno de los documentos revisados aparecen los agentes de la Medicina Tradicional programados para un curso de capacitación a nivel de los servicios de Salud, con el personal formal de Salud. Mucho menos aparece la participación de la Universidad y los centros formadores de recursos humanos para la Salud, en la capacitación de los agentes tradicionales. Los agentes tradicionales, en su multiplicidad de concepciones de la Salud y la enfermedad, emplean procedimientos, técnicas y conocimientos recibidos de sus antepasados, que de generación en generación se vienen transmitiendo. Ellos son los verdaderos guardianes de la Salud de un gran sector de la población peruana. Son líderes reconocidos por sus comunidades y por lo tanto tienen ascendencia en ellos; son permanentes en el servicio porque ellos nacen y viven en la misma comunidad; lo contrario ocurre con los sanitarios del Sistema formal: son gente foránea para la comunidad, nombrados o designados por el nivel superior; su presencia es poco apreciada y mal utilizada en muchos casos. El Sanitario al sentirse huérfano en todo sentido, busca la manera de salir, por permiso o enfermedad crónica, y como consecuencia, el Puesto Sanitario queda cerrado. Este es el problema frecuente de la atención de la Salud en el medio rural; hay otros casos muchos más graves, cuando se trata de dar salud a las fronteras vivas del país; es decir a los habitantes lejanos de las vías de comunicación como ejemplo podemos mencionar a los habitantes de Puerto Esperanza, en el Breu y Cantagallo en la frontera con Brasil a donde el Sanitario que ingresa a trabajar tiene que esperar un año para salir a Pucallpa. En sitios como éstos el problema del abastecimiento es crónico y por esta razón casi no hay personal que quiera ocupar esos puestos; profesionales, técnicos y auxiliares se resisten a trabajar en esas condiciones aunque

las remuneraciones se duplican hasta triplican en algunos casos.

El único medio para llegar a estos remotos lugares de nuestro territorio es el puente aéreo en avionetas o helicópteros con poca capacidad de carga. Estos vuelos son esporádicos y de alto costo y riesgo. Todos estos factores se interponen negativamente y el Sector Salud no logra una cobertura integral de la Salud.

GRAFICO N° 15

ESTRUCTURA DE UNA ZONADIS
(Consejo Directivo con sus componentes locales)



Gráfico N° 16



3. CREACION DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA TRADICIONAL

P R E A M B U L O :

Antes de abordar las funciones del INMETRA quiero señalar algunas remembranzas o reflexiones sobre el "Como nació el INMETRA" quién o quiénes lucharon ante los poderes públicos desde 1988 cuando se llevó a cabo el II Congreso Internacional de Medicina Tradicional, hasta su cristalización como Instituto.- Cuánto tiempo duraron las gestiones, cuántos obstáculos se vencieron, quiénes son los gestores.- No queremos mencionar nombres; sólo queremos señalar que hubieron personas que se interesaron con vocación de servicio hacia la población necesitada, revalorando nuestra rica Medicina Tradicional.

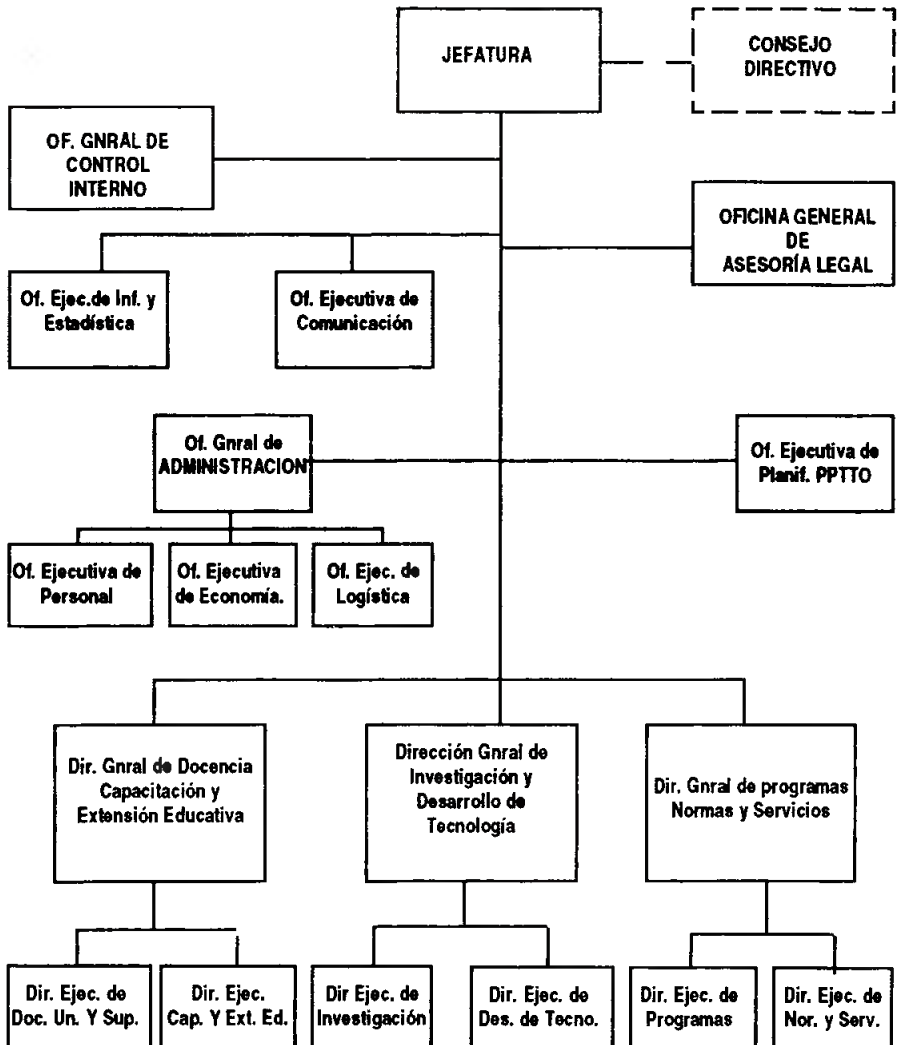
Ahora somos un equipo de trabajo, con una mística de servicio, para revalorar nuestro rico potencial de la Medicina Tradicional, para ponerlo al servicio de un gran sector de la población peruana.

En este contexto de crisis para la salud que confronta el país, surge la idea de crear un Instituto para revalorar la medicina tradicional del Perú, el cual, llega a su culminación después de una larga gestión. Se cristaliza entonces la creación del Instituto Nacional de Medicina Tradicional como un Organismo Público Descentralizado del Sector Salud, señalando como objetivos la revaloración y rescate de los aspectos positivos de la Medicina Tradicional, para desarrollar actividades de Investigación, Docencia, Capacitación así como el planteamiento de políticas y estrategias de armonización con los conocimientos y experiencias tradicionales de salud de los diversos grupos culturales de nuestro país.

El INMETRA comenzó sus actividades en 1991, período en que se inició una implementación que aún prosigue. Hasta

Gráfica N° 17

ESTRUCTURA ORGANICA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA TRADICIONAL



la actualidad continuamos afrontando las dificultades propias de una institución nueva desde la infraestructura hasta la dotación de equipos y materiales para las actividades de investigación en el campo de la Medicina Tradicional.

ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL INMETRA EN 1992-1993

En los años 1992-1993 el INMETRA ha realizado actividades significativas no solamente a nivel de la Capital, sino en diferentes Regiones del país, donde se han creado las filiales del Instituto Nacional de Medicina Tradicional con la finalidad de rescatar la rica flora medicinal de cada región, para promoverla y ponerla al servicio útil y organizado de la Atención Primaria de Salud.

Dictado de Cursos

Se dictaron cursos de Medicina Tradicional en la Escuela de Enfermeras "Arzobispo Loayza" adscrito a la Universidad Peruana Cayetano Heredia; en la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo de Lambayeque en la Facultad de Enfermería; en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica; en la Región Andrés Avelino Cáceres, IPSS y en la Filial de Tarma.

Conferencias

Conferencias a cargo de la Planta Académica del INMETRA en las Universidades de Lima, Lambayeque, Piura, Arequipa, Cusco, Tacna, Huancayo, Iquitos, Cajamarca, Huaraz, Ucayali, etc.

Encuentros Regionales de Medicina Tradicional

Organizado por la Filial del INMETRA de la Región Grau de Piura, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Piura.

- Encuentro Regional de Medicina Tradicional, Universidad

- Nacional San Antonio de Abad Región INKA.
- Encuentro Regional en Chulucanas organizado por la Filial Piura con gran concurrencia de participantes.
- Encuentro Regional Nor-Peruano, organizado por la filial de la Región Nor Oriental del Marañón - Chiclayo.

Creación de Filiales del INMETRA.

Las filiales, son organizaciones constituidas por personas, profesionales multidisciplinarios con vocación de servicio, que en forma Ad Honorem prestan sus servicios para rescatar y revalorar el rico potencial de la Medicina Tradicional de cada Región.

Hasta el momento se han creado las siguientes Filiales:

Filial Huancayo en la Región Andrés Avelino Cáceres.

Filial Piura en la Región Grau.

Filial Chiclayo en la Región Nororiental del Marañón.

Filial Huaraz en la Región Chavín.

Filial Arequipa en la Región Arequipa.

Filial Pucallpa en la Región Ucayali.

Filial Cajamarca en la Sub Región Nororiental del Marañón.

Filial Jauja en la Región Andrés Avelino Cáceres.

Filial Trujillo en la Región de La Libertad.

Filial Tarma

Filial Huacho.

PUBLICACIONES del INMETRA

1. Pedro Arellano Jiménez. El Libro Verde Nº1. Dr. Guía de Recursos Terapéuticos Vegetales (40 páginas) Mayo 1992.
2. Fernando Cabieses Molina L. a Coca ¿dilema trágico? (120 páginas). 1992
3. Fernando Cabieses Molina Apuntes de Medicina Tradicional. (414 páginas). 1993
4. Gottardo Agüero J. Medicina Tradicional en el Perú. Un ensayo de su sistematización y Utilidad 1993. 120 pgs.
5. Manuel Fernández I. La Articulación de la Medicina Académica con la Tradicional como Estrategia. 1994. 120 pgs. (En curso)

INVESTIGACION

En el campo de la investigación en Medicina Tradicional tenemos los siguientes rubros.

- a) **Ensayos clínicos con principios activos naturales de las Plantas Medicinales.**
- b) **Estudios de Antropología médica que incluye la Etnomedicina y la Etnobotánica.**
- c) **Desarrollo de Modelos de Articulación de la Medicina Académica con la Tradicional.**
- d) **Proyectos de Normatividad para la Legislación adecuada de la Medicina Tradicional en el Perú.**
- e) **Programas del Jardín Botánico, encargado del cultivo de plantas medicinales y alimenticias características del país, así como del cultivo experimental de ciertas especies Medicinales de las tres Regiones del país; con aplicación de Tecnologías para su adaptación.**
- f) **Transferencias de Tecnologías con capacitación, para la instalación de Biohuertos así como de Jardines Botánicos por Regiones para rescatar la flora de cada Región.**

CONVENIOS CON EL INMETRA

1. **Convenio suscrito entre el Ministerio de Salud y la Empresa Nacional de la Coca ENACO para trabajos de investigación en el campo Farmacológico y Clínico de la hoja de coca.**
2. **Convenio con el Hospital Nacional "Dos de Mayo" por el cual el INMETRA dispone del campo clínico abierto para llevar a cabo ensayos clínicos de Fitoterapia en coordinación con el Cuerpo Médico, así como el apoyo de Laboratorio Clínico para trabajos de investigación.**

3. **Convenio con la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque, según el cual el INMETRA dicta el curso de Medicina Tradicional en las Facultades de Medicina y Enfermería de esa Universidad.**
4. **Convenio con el Country Club “El Bosque” para impartir conocimientos sobre las Plantas Medicinales y promover el cultivo en los espacios libres que posee el mencionado Club.**
5. **Están en curso otros Convenios de ámbito Internacional.**

Implicancias de la Medicina Académica

Es necesario hacer un enfoque o enjuiciamiento del Sistema Médico Académico o Científico, llamado también Sistema Médico Occidental, el cual para desarrollarse necesita de materiales, equipos cada vez más sofisticados y personas calificadas los cuales son de alto costo. Los servicios resultan caros para una población con bajos ingresos; entonces este sistema sirve solo al sector de la población que tiene posibilidades económicas para pagar la prestación de servicios; por más esfuerzos que haga el Estado por mejorar la cobertura integral a la población por este sistema, es imposible, ningún presupuesto puede alcanzar para un país como el nuestro. Por esta razón se propugna una articulación con los Agentes del Sistema Médico Tradicional. El Sistema Médico Académico u Occidental aspira a una sofisticación costosa cada vez más compleja de equipos y aparatos auxiliares para el diagnóstico y tratamiento. Requiere alta inversión para equipar estos servicios. A nivel de la Atención Primaria, donde deben articularse las acciones combinadas de ambas medicinas no se requiere de equipos ni materiales de alta inversión.

El costo de la actividad es a ese nivel realmente bajo en comparación al Sistema Académico urbano, lo que hace factible

extender la cobertura integral de la Atención Sanitaria enlazando los recursos humanos del Sistema Tradicional. Otro hecho importante es que los Agentes Tradicionales utilizan mayormente los recursos naturales de su jurisdicción como medios de curación; por eso reiteramos que es posible dar salud a la población marginada y a costo razonable.

TITULO IV

LA CAPACITACION DE LOS AGENTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL

La Capacitación de los Agentes de la Medicina Tradicional, constituye la piedra fundamental donde se apoyará la Articulación Académico - Tradicional.

La capacitación de los practicantes de la Medicina Tradicional, incluye a las Parteras Tradicionales, curanderos, hierberos y hueseros y persigue los siguientes propósitos:

- a) El adiestramiento adecuado en los aspectos prácticos y técnicos de la atención de los enfermos en el medio rural, conforme a los Programas elaborados para esta finalidad.
- b) La concientización de los Agentes de la Medicina Tradicional como instrumentos de cambio de actitud frente a la problemática de Salud, para que ellos influyan, como líderes que son, en sus respectivas comunidades difundiendo la Educación Sanitaria y otras acciones de participación.
- c) La capacitación debe ser total e integral, vale decir, en todo el país y para todos los servidores del Sector Salud en todos los niveles de la atención sanitaria, enfatizando el nivel periférico, Puestos Sanitarios y Centros de Salud.

d) La capacitación se dará en doble sentido, es decir, por un lado el Sistema Académico o Científico imparte conocimiento a los Agentes; pero también ellos, los practicantes, imparten sus experiencias y prácticas en el arte de diagnosticar y curar por medios tradicionales. Ambos sistemas se nutren mutuamente por este procedimiento y así nace la articulación auténtica.

La elaboración de los Programas de Capacitación tienen que contemplar diversos ángulos, según el nivel cultural de los Agentes; cuando se trate de grupos que saben leer y escribir, estos tendrán un programa diferente para que lean e interpreten los cursos. Aquellos grupos conformados por analfabetos tendrán otro tipo de Programas basados fundamentalmente en la práctica y menor tiempo en teoría.

MODELO PARA CAPACITACION DE AGENTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL

Existen muchos modelos y experiencias en la capacitación de los agentes de la Medicina Tradicional (Curanderos, parteras, hierberos, hueseros) incluyendo el modelo de la Organización Mundial de la Salud para Parteras Empírica; pero no existen modelos aceptados y aprobados para capacitación de todos los agentes o practicantes de la Medicina Tradicional; por otro lado, estos modelos de capacitación tienen que adecuarse a la variedad de agentes practicantes que, según el grupo cultural al que pertenecen, ejercitan una metodología en la curación de las enfermedades que el grupo cultural acepta.

El Perú, por ser pluricultural y pluriétnico tiene una notoria variedad de medicinas tradicionales en las tres Regiones naturales.

El modelo de capacitación que se propone está basado y orientado al nivel cultural y a las necesidades más urgentes de la comunidad donde los agentes de la Medicina Tradicional

deben contribuir con eficiencia cuando reciban la capacitación; en tal sentido este modelo trata de interpretar esas necesidades prioritarias que la comunidad tiene interés resolver para mejorar sus condiciones sanitarias.

Consideramos que el programa de capacitación de los agentes de la Medicina Tradicional debe cumplir con varias condiciones esenciales:

- a) Los Agentes Tradicionales (Curanderos, parteras, yerberos, hueseros) , deben ser seleccionados por la comunidad rural donde trabajan, sobre la base de una actividad profesional de más de tres años de duración, certificada por los mismos líderes. Esta es la única pero ineludible condición para ser admitidos al programa sin ningún otro requisito.
- b) La presencia de las Universidades locales en el desarrollo del programa tiene la finalidad de elevar la categoría y dar prestigio al; Programa de Capacitación, revalorando la posición social y comunitaria de los agentes tradicionales.
- c) Los cursos de capacitación tendrán una duración máxima de cuatro semanas. Cada agente seleccionado para su capacitación no podrá tomar más de dos cursos por año, separados por un período mínimo de seis meses durante los cuales deberán continuar sirviendo a su comunidad.
- d) Los cursos de capacitación serán diseñados por el Instituto Nacional de Medicina Tradicional con el asesoramiento de la Escuela Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Investigación Agroindustrial, las Universidades involucradas y otras instituciones relacionadas a los fines del proyecto.
- e) Se dan aquí algunos ejemplos de los temas a tratar en cada curso:

- a) Cuidado y mantenimiento del agua potable.
- b) Biohuertos de plantas medicinales.
- c) Biohuertos de plantas nutritiva.
- d) Cuidado y mantenimiento de animales domésticos.
- e) Tratamiento primario de procesos diarreicos.
- f) Tratamiento primario de heridas
- g) Tratamiento primario e procesos respiratorios.
- h) Uso de plantas sedantes, narcóticas y psico-estimulantes.
- i) Lucha contra el alcoholismo y consumo de otras drogas.
- j) Atención del parto y del recién nacido.
- k) Atención del embarazo. Planificación dela familia.
- l) Lactancia materna y alimentación del niño.
- m) Construcción y mantenimiento de letrinas. Disposición de excretas.
- n) Programas de vacunación
- o) Programas de Educación Sanitaria.
- p) Programas de Educación Nutricional.

Con los resultados de este Plan Piloto de Articulación de la Medicina Tradicional con la Académica a través de la capacitación de los Agentes de la Medicina Tradicional, esperamos poder extender la cobertura de la Atención Primaria de la Salud de la Población Peruana, captando la colaboración de los agentes reconocidos por sus comunidades y capacitándolos en las Universidades elegidas.

Los Agentes de Medicina Tradicional se encuentran distribuidos en todas las regiones naturales del país, de tal manera que cada comunidad cuenta con un guardián de su salud reconocido por la misma comunidad. En tal sentido, estos recursos humanos capacitados e incorporados al sistema formal constituyen valiosos elementos para extender la cobertura de la atención de la población rural.

ETAPA DE PLANIFICACION Y EJECUCION DEL PROGRAMA, DE CAPACITACION

Se contempla:

- La definición de las funciones y tareas de los Agentes Tradicionales después de capacitadas.
- La Selección y preparación de los profesores, en la que pueden también participar los agentes ya capacitadas o que tengan aptitud para la enseñanza.
- Número de Educadores de Salud de la Jurisdicción.
- La selección de los alumnos, debe llevarse a cabo con intervención de la comunidad.
- Cuales son los incentivos para los Agentes Tradicionales.
- Evaluación de los materiales de enseñanza y aprendizaje.
- Evaluación de los profesores.

LA ARTICULACION DE LAS ACTIVIDADES DE LOS AGENTES TRADICIONALES CON EL SISTEMA DE SALUD

Paralelamente al desarrollo del Programa de Capacitación deberá articularse con los Servicios Organizados de Salud donde deberán prestar sus servicios los Agentes Tradicionales capacitadas; luego serán supervisados para ver su grado de amalgamación con los servicios formales o qué problemas pueden afrontar.

- Se debe dar orientación al personal formal para recibir y trabajar con los Agentes Tradicionales capacitados.
- Se dará los servicios de apoyo que requieran, como transporte y comunicaciones.

- **La supervisión deberá ser dirigida por un técnico en Atención Primaria de Salud, preferiblemente con experiencia en trabajo periférico. Puede ser una Enfermera en Salud Pública o una Obstetriz, puede también ser un Agente Tradicional capacitado.**
- **Evaluación del Programa de Formación.**
- **Evaluación del rendimiento de los Agentes Tradicionales capacitados.**
- **Evaluación de la calidad de los Servicios de Salud.**
- **Evaluación del efecto en el Estado de Salud.**

EXPERIENCIA PERUANA EN CAPACITACION DE AGENTES TRADICIONALES

Hay experiencias, realizadas en diferentes épocas y circunscripciones territoriales. Dentro de ese conjunto, merece conocer la experiencia de Cajamarca donde se dictó el curso de capacitación de parteras empíricas del Area Hospitalaria de Cajamarca año 1977. Este curso fue planificado con el apoyo de UNICEF y el Area hospitalaria Cajamarca para capacitar 40 parteras tradicionales del area rural de las localidades de :

San Marcos 3, Narmosa 2, Llarmosa 2, Pariarca 2, Baños del Inca 1, Poscun 3, Cajatambo 2, Malcas 3, Contumazá 2, Chulete 2, San Pablo 2, Chugas 2, Hualgamor 2, San Miguel 2, Buncabamba 2, Rinconada 2, Jesús 3, Pachacútec 1, San Juan 2.

El curso se dictó en el auditorium del Hospital General de Cajamarca. Intervinieron en el dictado Profesionales Médicos de Gineco-obstetricia, Enfermeras, Obstetricas, Estadísticos, personal de saneamiento ambiental, con una duración de una semana.

UNICEF financió el viaje y estadía de las parteras, pagándoles

un estipendio que cubría los costos de pasajes y estadía en la ciudad de Cajamarca. Además UNICEF proporcionó el maletín de las parteras conteniendo material y equipo mínimo de asepsia, que permite atender el parto con mayor eficacia. Al finalizar el curso se llevó a cabo una ceremonia especial en la Municipalidad con asistencia de autoridades civiles y eclesiásticas de la ciudad, presidido por el Alcalde.

Se entregaron certificados y los maletines a cada uno de los participantes. Un hecho que llama a la reflexión es que en este curso el 95% de las participantes eran analfabetas. Por eso se contempló el problema de la información mensual; es decir, como deberían informar al Area Hospitalaria de los partos que atienden si ellos no podían llenar los formularios de hechos vitales que les proporcionaba el Departamento de Estadística; entonces, se optó un modelo interesante que puede seguir siendo válido para muchas zonas de nuestro territorio donde nuestros agentes tradicionales no saben leer ni escribir.- Este modelo consiste en utilizar los hilos de colores como medios de información, es así como se establecieron como modelo informativo convencional:

Partos atendidos..... Número total de hilos

Según sexo:

Neonatos varones..... hilo rojo con nudo

Neonatos mujeres..... hilo rojo sin nudo

Neonato enfermos.....hilo amarillo

Neonato muertos..... hilo negro

Mensualmente la Enfermera Jefe del Area Hospitalaria recibía la información en un sobre, con los hilos que remitían las parteras tradicionales del area rural; luego, estos datos pasaban al departamento de Estadística para el registro como hechos vitales registrados en el mes. Este modelo puede seguir siendo útil, adecuados para muchos Zonadis; de acuerdo a la política en el Sistema Nacional de Salud.

Gran parte de los agentes de la medicina tradicional, que atienden pacientes, tampoco saben leer ni escribir por lo que se puede incursionar en un sistema simple para el recojo de la información de los pacientes atendidos en cada mes, los cuales en el momento actual desconocemos.

Esta misma metodología puede aplicarse para la capacitación de las parteras empíricas, esta vez en forma masiva a nivel de todas las ZONADIS tratando de atraer el apoyo financiero internacional.

Igualmente en otros países se han llevado a cabo capacitación de parteras empíricas como menciona el Informe de la OMS/OPS. Este documento incluye un modelo de capacitación y hace un informe global de la importancia de la misma e incluye el temario con contenido de programas de capacitación para parteras tradicionales; la Planificación Familiar forma parte de la Programación.

2. RECURSOS POTENCIALES DE LA MEDICINA TRADICIONAL

El Perú es muy rico en recursos de la Medicina Tradicional; por ser pluricultural y plurilingüe existen en el país multiples grupos culturales. Cada cual posee su propio sistema tradicional en la atención de la Salud.

Los recursos potenciales de la Medicina Tradicional tienen dos componentes:

- a) Los Agentes o Practicantes de la Medicina Tradicional.
- b) La cantidad de recursos naturales que ofrece la naturaleza al habitante peruano, sobre todo del reino vegetal, que son utilizados por los practicantes tradicionales.

En efecto, en el primer caso, hay gran cantidad de Agentes Tradicionales, cantidad de culturas o grupos culturales que existen. Solo en la selva pasan de 30 los grupos idiomáticos.

Los Agentes Tradicionales están distribuidos en todas las regiones del país, como guardianes de la Salud de sus respectivas comunidades. Dentro de la gama de practicantes tradicionales se pueden identificar a los herbolarios, hueseros, shamanes, parteras empíricas, etc. Cada grupo tiene sus modalidades y procedimientos propios para ejercitar el diagnóstico y tratamiento.

La presencia de agentes tradicionales en todo el territorio nacional, constituye un recurso positivo para nuestra propuesta, porque al atraerlos al sistema formal después de su adiestramiento, habremos ganado con su incorporación, aquella cobertura integral que se busca.

La Partera Tradicional, es un recurso humano existente en casi todas las comunidades rurales, donde atiende el parto y hace derivación de los casos que no puede resolver.

El curandero Tradicional, es otro recurso humano que se encuentra en todas las comunidades; su influencia cultural es importante para su participación en las acciones de Salud.

Los recursos naturales, sobre todo del reino vegetal, son utilizados por los Agentes curanderos o parteras tradicionales; ellos manejan un nutrido arsenal de plantas medicinales. El Perú es rico en especies medicinales en sus tres regiones naturales.

En el momento actual las plantas medicinales cobran relevancia no solo en el mercado nacional sino Internacional; la multiplicidad de especies medicinales que hay en nuestro territorio, constituye recursos potenciales para la comercialización e industrialización.

Al incorporar a los Agentes Tradicionales al Sistema Formal, no solamente estamos logrando la cobertura integral de la atención, sino también el uso de una gran cantidad de especies vegetales para el tratamiento, enriqueciendo la fitoterapia como fuente de investigación.

Hay mucho que aprender sobre el uso y aplicación de la diversidad de plantas medicinales que manejan los curanderos. A muchos de ellos se atribuyen referencias que necesitan ser comprobados por la investigación científica, en base a los pasos metodológicos establecidos por la escuela Mejicana.

El Perú es uno de los países más ricos en Plantas Medicinales distribuidos en las 3 grandes regiones naturales; hay plantas cuyos efectos curativos ya han sido demostrados en base a investigaciones llevadas a cabo por instituciones académicas, (Universidad de Salerno, Universidad de Nápoles, Universidad de Munich, Universidad de Insbruck, etc.)

Esta variedad de especies vegetales enriquecen la flora peruana. Como recursos potenciales de nuestra rica flora medicinal y alimentaria, técnicamente cultivada y procesada constituyen un verdadero recurso factible para su comercialización a través de los Botiquines Populares en el mercado interno, hasta la exportación al mercado Internacional como lo están haciendo otros países.

TITULO V

LA ARTICULACION ACADEMICO - TRADICIONAL

Para comprender en su verdadera dimensión la importancia de la Articulación de la Medicina Académica con la Tradicional, es necesario analizar y conocer las diferentes facetas o componentes que conlleva esta articulación, especialmente con la multiplicidad de Instituciones prestatarias de salud y otros sectores, incluyendo a la comunidad del área rural como coadyuvante del Sistema Nacional de Salud.

La capacitación de los agentes de la medicina tradicional juega un papel preponderante para cambiar la mentalidad y la acción de estos recursos humanos. Se trata de establecer un nexo formal entre los dos sistemas médicos que funcionan en el país. Como sabemos la Medicina Académica constituye el sistema oficial o formal y la medicina tradicional constituye el sistema informal. Durante décadas y centurias ambos sistemas han marchado separadamente y la población peruana también está dividida teóricamente en dos grandes grupos: los que se sirven a través del sistema académico y la otra población que se sirve del sistema tradicional.

Es indispensable e impostergable acoger las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que pide a los países miembros, sobre todo a los del tercer mundo, armonizar ambos sistemas estableciendo un nexo para el intercambio de experiencias, metodologías y procedimientos

en el arte de curar, cuidar y mejorar, así la cobertura de la atención de la Salud, sobre todo en la población rural y urbano marginal de las grandes ciudades; en este sentido, de acuerdo al Diagnóstico de la Situación de Salud, la mayor parte de la población peruana se sirve a través del sistema tradicional.

Los agentes de la Medicina Tradicional en el Perú son múltiples, porque hay multiplicidad de grupos culturales con una gama de metodologías y procedimientos en el arte de diagnosticar, curar y cuidar. Se trata de utilizar estos recursos potenciales de la Medicina Tradicional orientándolos hacia un objetivo común, captándolos y capacitándolos bajo un programa sistematizado en coordinación con las instituciones formadores de recursos humanos en Salud, como son las Universidades y otros Centros Superiores. En otras palabras, se trata de establecer un nexo entre los dos sistemas respetando sus procedimientos y metodologías para que puedan trabajar en la misma dirección y así alcanzar la meta deseada por el Sistema Nacional de Salud, cual es, mejorar la cobertura de la Atención.

Desde muchos años atrás se ha venido hablando y proponiendo la integración de los Servicios de Salud del país, a través de una cohesión de todas las Instituciones prestatarias de Salud para la atención integral de la población; este anhelo, hizo que se hayan desarrollado, cursos, seminarios, hasta Congresos de Salud Pública. Se han realizado trabajos de grupo, compuestos por profesionales multidisciplinarios y funcionarios de Salud, habiéndose llegado a propuestas como "La Integración de Servicios de Salud" para mejorar la cobertura de la atención, etc. Pero estos trabajos y propuestas así como las recomendaciones de los Congresos del Salud Pública, solo se limitaban a enfocar a las organizaciones prestatarias de salud de base Académica. En el Perú hay una multiplicidad institucional, cada cual con autonomía y legislación propias, sin existir ningún nexo inter-institucional que les permita una acción conjunta y solidaria. No ha llegado a plasmarse en una

realidad la acción coordinada de servicios, quedando como un mero enunciado teórico de buenos deseos.

En ninguno de esos eventos o cursos formales de Salud Pública se tomó en cuenta al Sistema Médico Tradicional, del que se sirve la mayor parte de la población peruana del área rural y urbano marginal; los agentes tradicionales que se encuentran distribuidos en todo el área rural de nuestro territorio, constituyen un rico potencial como recurso humano. Según esta propuesta, queremos convertirlos en nuestros aliados formales.

El enfoque de los cursos, cursillos, Congresos ,etc. Siempre estaba orientado a implantar y desarrollar el sistema formal u oficial, vale decir, se buscaba mejorar las acciones de Salud sin tomar en cuenta la incorporación del rico potencial de la Medicina Tradicional a través de sus agentes y el manejo de los recursos naturales del territorio.

En ningún Programa se consideró a los recursos potenciales de la Medicina Tradicional en forma integral con intervención de los Centros Superiores formadores de los Recursos Humanos en Salud. Esta propuesta, en cambio, sí tiene esa particularidad. Hacer intervenir formalmente a los agentes tradicionales, captándolos, capacitándolos y estableciendo una articulación permanente para llevar la salud con mejor eficacia a las áreas donde ellos vienen prestando sus servicios bajo el modelo tradicional.

1. *Ambitos de la Articulación*

En este capítulo nos referimos a los diferentes Organismos, Servicios de Salud, Sectores sobre todo sociales con los que tiene que establecerse coordinaciones, (propriadamente articulaciones) para poder lograr los objetivos; en este sentido podemos señalar los siguientes ámbitos:

Articulación con los Servicios de Salud No Públicos o Privados.

Es necesario establecer el nexo con todos los servicios de Salud del Sub Sector No Público o Sector Privado que son importantes Organizaciones prestatarias de Salud. En este rubro se encuentran las Clínicas Particulares, los Servicios Médicos de Empresas Privadas, los Policlínicos y Consultorios Privados, los Servicios Médicos Agro Industriales, Servicios Médicos de las Cooperativas, Institutos Privados de Bienestar Social, Cajas de Beneficencia y Seguro Privado de Salud y otros servicios similares, con los cuales se tienen que establecer coordinaciones tanto para las actividades asistenciales como para las acciones operativas; en el primer caso el nexo permitirá la derivación de algunos pacientes de aldea que requieran atención especializada; en el segundo caso, las entidades privadas de Salud pueden prestar algún apoyo, de tipo financiero, como donaciones y algunos insumos que son útiles para la atención de la población rural.

Articulación con los Servicios del Sub Sector Público

Es imprescindible la articulación con todos los Servicios de Salud del Sub Sector Público; es decir, con todas las instituciones prestatarias de Salud oficial, a los que podemos señalar resumidamente en los siguientes:

Con el Instituto Peruano de Seguridad Social,

Esta Organización tiene Servicios Asistenciales en casi todos los Departamentos del Perú; por lo tanto, bajo una buena coordinación se puede garantizar la atención y derivación de casos al servicio más cercano del IPSS; en otros casos podrán derivarse por la atención especializada, que puede prestar la atención al paciente procedente de la Aldea.

Hay antecedentes y experiencias de haberse trabajado con el IPSS bajo convenios para la prestación de servicios con

resultados bastante alentadores.

Con la Sanidad de la Fuerza Armadas y Policiales.

Son significativas estas Organizaciones castrenses, porque poseen Servicios de Salud, en casi todas las regiones del territorio; podemos señalar los servicios de Sanidad de la Fuerzas Policiales, Servicios de Sanidad de la Marina, Servicios de Salud de la Fuerza Area, Servicios de Sanidad del Ejército, etc., que en determinado momento podrán prestar servicios a los pacientes derivados del Area Rural y brindar el apoyo en los casos de una emergencia.

Coordinación estrecha con otras dependencias del MINSA, como son: Los Servicios de las Sociedades de Beneficencias Públicas y otros Organismos Públicos Descentralizados; con la Cruz Roja Peruana, con los Servicios de Salud de las Regiones y Locales , y otros.

Articulación con los Sectores Sociales.-

Sería obligatoria la articulación con los sectores sociales, es decir con aquellos vinculados más estrechamente a la Salud como son el Sector Educación, el Sector Agricultura el Sector Pesquería y el Sector Vivienda.

Con Educación:

Para realizar cursos y cursillos conjuntos con Salud, enfatizando la Educación Sanitaria y, a través de las Escuelas Rurales, impartir en los educandos las reglas básicas de cómo conservar la Salud, inculcando los buenos hábitos para evitar los contagios de las enfermedades transmisibles. La escuela es un medio apropiado para promocionar la salud e inclusive para hacer participar a grupos de alumnos en tareas masivas como las inmunizaciones .

Sector Agricultura:

Es básica la articulación con este sector, porque juega un rol importante en la producción de alimentos, la nutrición y los hábitos alimentarios; es necesario que la población de las comunidades rurales conozca los recursos alimentarios de su propia localidad y aprenda a utilizarlos con el criterio de alimentación balanceada; igualmente procuren el cultivo tecnificado, para una mayor producción de alimentos y plantas medicinales para el botiquín de la propia comunidad.

Sector Pesquería:

Tiene que haber articulación estrecha con este Sector porque maneja la fuente marina que proporciona las proteínas a base de la variedad de especies marinas que proporciona el mar de Grau peruano. Precisamente la población del área rural necesita con urgencia potenciar su dieta con proteínas y sales minerales como el yodo; en este sentido, bajo convenios de cooperación puede proporcionar el Sector Pesquería los alimentos protéicos por medio de las ZONADIS al Sector Salud articulado; siendo así, se estará contribuyendo a mejorar el nivel nutricional y consiguientemente a un mejor nivel de salud de la población rural.

Sector Vivienda:

Para que la familia y el conjunto de la comunidad viva en un ambiente de bienestar, es necesario contar con una vivienda adecuada con servicios mínimos de Saneamiento Básico, dotación de agua potable y sistema de evacuación de excretas por medio de la instalación de letrinas sanitarias.

Las letrinas juegan un rol importante en la población rural porque, racionalmente instaladas, sirven para evitar la cadena de transmisión de muchas enfermedades.

Hay experiencias de cursos y cursillos sobre instalación

de letrinas en las Areas Hospitalarias de Huánuco, Huancayo, Ucayali, y Huaraz sobre todo a raíz del terremoto de Huaraz en 1970. Allí se pudo apreciar en el terreno los problemas de Salud en una zona afectada; además de atender a los enfermos había que resolver el problema del agua potable, la luz, la preparación de alimentos los insumos y mas grave aún el problema del desagüe.

Con la instalación de letrinas sanitarias en la Zona Afectada: Se frenó gran parte la propagación de enfermedades trasmisibles. La letrinización en el área rural se implantó masivamente y contribuyó como el medio más eficaz a la disposición de excretas evitando así la contaminación ambiental; el bajo costo de instalación de letrinas, se encuentra al alcance de toda la comunidad. Igual promoción se debe hacer a nivel de Escuelas y Colegios para que la población escolar aprenda a valorar la importancia sanitaria de las letrinas y practiquen su utilización; esta práctica contribuye positivamente en favor de la Salud Pública y todos los agentes de la Medicina Tradicional deben ser capacitados en este sentido.

Articulación con otros Sectores.-

Es evidente que la Salud Pública de una Nación es la resultante de los factores condicionantes del ambiente donde se desarrollan; hay sectores que se vinculan directamente con Salud y otros sectores que sin desarrollar actividades propiamente de Salud influyen en la Situación de Salud, como es el caso del Sector Económico, que juega un papel preponderante en la Atención Sanitaria; porque toda actividad de Salud tiene un costo, un valor económico. La atención de miles y millones de personas conlleva un alto índice económico para el país. Este es el problema principal que afrontan los pueblos y las Naciones: la búsqueda de fuentes financieras para atender las grandes demandas en Salud.

La población peruana es heredera de una admirable disposición para el trabajo comunitario o, como podría llamarse, el trabajo en equipo que le permitió realizar grandes obras públicas arquitectónicas así como la apertura de caminos y medios de comunicación en el Incanato; la población rural, y sobre todo la altioplánica, actualmente todavía practica el *aine* y la *minca* que son las prácticas del pasado que siguen presentes; esta predisposición al trabajo comunitario facilita la articulación que proponemos, en favor de la salud integral de las comunidades a donde actualmente los servicios formales no pueden llegar. No obstante que el Perú es un país plurilingüe y pluricultural. Hay un denominador común que nos une: es la práctica comunitaria, esta herencia ancestral que puede facilitar la amalgama de todos los sectores para una tarea común por el bien común.

Articulación con Gobiernos Regionales y Locales.-

Esta articulación debe ser más estrecha, al interior de las ZONADIS, donde están presentes todos los representantes de las entidades públicas y no públicas, principalmente las organizaciones de base de la comunidad. Aquí se confrontan las demandas, las necesidades prioritarias y la orientación más adecuada de los recursos. Este es el punto de partida fundamental de la articulación pro salud. El Sistema Nacional de Salud ha creado las ZONADIS con una circunscripción territorial, con una población y los recursos de la misma para afrontar en forma conjunta las necesidades prioritarias de esa jurisdicción, ocupando un lugar preferencial la Salud y la nutrición de la comunidad.

En el seno de las ZONADIS, las autoridades del MINSA tienen que asumir el liderazgo formal en la conducción y ejecución de esta metodología con miras de alcanzar la cobertura integral de la atención sanitaria es el objetivo fundamental.

En las ZONADIS están presentes todos los elementos de la articulación. Por lo tanto, el Jefe formal de salud debe iniciar los contactos y presentación de los líderes en salud de las comunidades hemos referido ya, que esta selección y elección lo hace la propia comunidad, quien o quienes son los merecedores de su confianza para recibir la capacitación.

Un punto que debe tomarse en cuenta, es la articulación con las Iglesias. El pueblo peruano es también heredero de la Religión Católica. Por tanto, es necesario que a nivel de las ZONADIS la iglesia participe activamente en la concientización de esta propuesta que guarda estrecha relación con los objetivos de las ZONADIS y específicamente con el Sistema Nacional de Salud; la intervención de la Iglesia es importante en esta nueva tarea de la capacitación por salud.

Otra Dimensión de la Articulación

La articulación propuesta no solamente involucra la cobertura de la atención en salud, sino que además, por el hecho de incorporar a los agentes tradicionales al sistema formal, éstos se sienten mejor protegidos en el ámbito del sistema formal y sienten el bienestar y seguridad en si mismos, ya que después de su capacitación han de formar parte del sistema oficial de salud, ya sea como promotores de salud o como sanitarios según el núcleo poblacional donde se encuentren. Es necesario enfatizar nuevamente que cada uno de estos agentes es elegido por su comunidad y asume el liderazgo por mandato de la misma comunidad; por eso son los medios más eficaces para lograr el cambio y mejorar la Salud de la población.

Integrados al sistema formal, continuarán realizando sus acciones con una mística y un objetivo común, realizando tareas en la Educación Sanitaria en la comunidad: El cambio de hábitos negativos por positivos para la salud, acciones preventivo-promocionales como las inmunizaciones en el grupo

infantil, acciones de Saneamiento Básico, como la disposición de excretas, instalación de letrinas y suministro correcto del agua potable, para evitar la propagación de las enfermedades transmisibles que tanto están pesando en la morbilidad actual.

La articulación también servirá para el intercambio de experiencias en los tratamientos específicos de múltiples enfermedades. El médico académico imparte conocimientos para mejorar al agente tradicional pero a su vez los agentes de la medicina tradicional depositarios de ricas experiencias en el arte de diagnosticar y curar ayuda al sistema académico o científico, pues es también una fuente de conocimientos para investigación, que han sido heredados de sus ancestros en el arte de curar; en otras palabras, la medicina científica puede nutrirse y enriquecer a través de la investigación y comprobación de aquellos conocimientos empíricos con que actúan los médicos tradicionales. La articulación propuesta es también un factor importante en la Integración Nacional, porque los agentes de la medicina tradicional al ser captados e incorporados al sistema formal, se identificarán con sentimientos de unidad nacional, así como el reconocimiento de los símbolos patrios y obligaciones con la Patria. Desde el momento en que establecemos un nexo entre los dos sistemas médicos a través de los agentes, estamos también ensamblando a la población peruana en una unidad nacional.

Todo estos pasos y metas contribuyen a la Integración Nacional, porque a través de los agentes capacitados estamos contribuyendo hacia esa meta. Cada agente capacitado es un líder. Por consiguiente, es el conducto más seguro para influir en el aspecto psico-social de la población y consecuentemente lograr una mejor disposición para alcanzar el Desarrollo Nacional. La articulación Académico-Tradicional es también símbolo de democratización de la Medicina; desde el momento en que ambos sistemas se unen o se conjugan en una misma dirección, se logra alcanzar la tan deseada cobertura integral de la atención.

En esta conjunción vale la pena aplicar el aforismo popular “La Unión hace la Fuerza” porque en realidad se trata de conjugar los dos grandes sistemas médicos en una sola dirección, con una misma meta por la salud del Pueblo.

3. *Articulación y Trabajo en Equipo*

La articulación debe interpretarse como un trabajo de equipo porque se trata de enlazar las diferentes agrupaciones existentes en la jurisdicción de la ZONADIS. Se está rescatando así el sistema de trabajo comunitario de nuestros antepasados, como el *aine*, y la *minca* que han funcionado durante siglos en el Incanato: todos para uno y uno para todos- Actualmente, en muchas comunidades de nuestro territorio subsiste el trabajo comunitario para realizar obras en favor de los pueblos y de allí nace la etiqueta válida de una comunidad “El pueblo lo hizo”.

El poblador peruano es heredero de esa tendencia o práctica de trabajos en equipo, que para esta propuesta juega favorablemente haciéndolo más viable su materialización hacia un nexo real de los dos Sistemas médicos y conjugando acciones a nivel de los servicios periféricos.

4. *Las Parteras y la Promoción Nutricional*

Un punto importante en la capacitación de los agentes tradicionales es la inclusión del aspecto nutricional; es decir, los principios básicos de una alimentación balanceada que ellos después se encargarán de explicar y difundir en la comunidad que atiendan; la partera es el mejor vehículo para educar al binomio Madre-Niño enseñándoles a utilizar los mismos recursos naturales de la comunidad balanceando los alimentos para asegurar el desarrollo normal del niño; este es un campo que debe considerarse como vital en los programas de capacitación en general.

Paralelamente, en la capacitación de los agentes Tradicionales deberá incluir el cultivo de los productos

alimenticios. Los biohuertos a base de plantas alimenticias, son los verdaderos guardianes de la salud de la comunidad.

5. *Fitobotiquines de la Comunidad*

Si al lado de esta articulación propuesta, se adjunta un servicio complementario para la salud como son los Botiquines Populares que en algunas regiones ya funcionan con eficiencia, el modelo podrá implantarse a nivel nacional. Los botiquines populares a base de plantas medicinales de la región, constituyen un eslabón positivo para la salud de la comunidad. Además de ser un medio de abastecimiento de productos fitoterapéuticos, incentiva automáticamente a los pobladores en el cultivo de las plantas medicinales de cada jurisdicción.

Los botiquines Populares deben ser conducidos y controlados por la misma comunidad. De esta manera se garantiza el manejo, la permanencia del servicio y el autoabastecimiento.

Al inicio es necesario que se les dote de un pequeño Capital con el cual el Botiquín Popular pueda prestar sus servicios a la comunidad y al mismo tiempo recaudar ingresos propios; este dinero recaudado debe funcionar como un "fondo fijo renovable" de tal manera que esos fondos sean permanentemente de la comunidad, sin derivar el dinero a los niveles superiores para que de esta manera, se garantice el stock permanente.

El sistema oficial ha enunciado la teoría de llevar y mantener un stock de medicamentos básicos a los Puestos Sanitarios; pero, la práctica siempre falla, sobre todo por el desabastecimiento y porque los presupuestos del Sector no llegan hasta el primer nivel de atención. Si llegan son de tan poca significación que no garantizan el mantenimiento de un stock permanente. Por esta razón, es recomendable la implantación de Botiquines Populares en las áreas rurales,

enseñando e incentivando a los pobladores en el cultivo de Plantas Medicinales, su uso correcto, y comercialización. Muchas personas se verán favorecidas con la comercialización de las Plantas Medicinales, porque les significará ingresos económicos que antes no habían logrado.

Los Botiquines Populares conducidos por la misma comunidad constituyen servicios de garantía para los usuarios, porque se utilizan productos naturales del mismo medio local. La mayoría de estos servicios deben estar provistos con productos naturales de la localidad, cultivados por los mismos pobladores. Aquí radica el abastecimiento constante y el servicio permanente a la comunidad.

Para la comercialización de las Plantas Medicinales a nivel de los Botiquines Populares, se hace necesario el procesamiento local de estos recursos naturales, para que los usuarios tenga mayor facilidad en adquirirlos y usarlos.

TITULO VI

LA ATENCION PRIMARIA EN EL PERU

1. CONCEPTO

En el Perú la Atención Primaria es la estrategia fundamental para extender la cobertura de servicios a toda la población del país.

La definición más actualizada de Atención Primaria, es la emanada de la Comisión Técnica del MINSA que define:

Es la asistencia Sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando la atención de salud lo más cerca posible al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

2. ANTECEDENTES DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL PERU

En el Perú prehispánico, la medicina alcanzó un grado de desarrollo que aún es fascinante, sobre la base de una tecnología autóctona y autónoma, con posibilidades de brindar sus beneficios a una población cada vez mayor.

Los estudios etno-históricos reconocen que la práctica médica alcanzó un alto nivel de complejidad y su enfoque consideró al ser humano de una manera integral y dentro de un contexto económico, social y ecológico.

La Conquista del Perú por los españoles produjo un proceso de deculturación que llegó a bloquear el desarrollo de esta medicina tradicional y la hizo retroceder.

En las últimas décadas de este siglo se están revalorando los recursos tradicionales en el campo de la salud dando origen a valiosas experiencias en las que la comunidad toma el liderazgo y es copartícipe de obras, inicialmente de infraestructura, con la modalidad inversión-trabajo y luego modificando estructuras organizativas, en las que se incluyen órganos responsables en aspectos de salud. Esto va de la mano con el sistema formal de salud.

La Atención Primaria de Salud tiene hondas raíces culturales, que en el Perú se remontan a la época incaica. En tiempos más recientes el Dr. Manuel Núñez Butrón, insigne pionero con visión moderna, organizó en las décadas del treinta y del cuarenta un amplio programa sanitario de base comunitaria y enfoque preventivo, que logró claro éxito en el control de las enfermedades transmisibles, entre ellas el tifus exantemático que fue endémico en el altiplano; Núñez Butrón llamó "Rijcharis" (Despetadores) a los trabajadores comunitarios de salud, a los que organizó y capacitó. Esta palabra quechua, puede traducirse como "Vigía"; vuelve al

léxico diario de la Atención Primaria de Salud. Posteriormente se efectuaron otros Programas de Medicina Comunitaria en nuestro país. En la década de los sesenta se reiniciaron los esfuerzos de Atención Primaria de Salud, primero como Programas aislados en algunas regiones, y en 1979 se llegó a la organización del Plan de Apoyo a la Atención Primaria de Salud.

BIOGRAFIA DEL DR. MANUEL NUÑEZ BUTRON

Este gran médico puneño nació en la aldea de Samán (Provincia de Azángaro) el 1º de Enero de 1900.

Fueron sus padres Don Guillermo Núñez y Doña Rosa Butrón, naturales de Yanahuara y Cayma (Arequipa), respectivamente. Su niñez transcurrió en el pueblo de Juliaca que en aquellos años de la primera década del siglo era apenas una pequeña estación ferroviaria.

En 1913, se trasladó a la ciudad de Puno a cursar sus estudios secundarios en el prestigioso colegio "San Carlos" destacando por su espíritu organizador y conductor. Formó el batallón de Estudiantes Juliaqueños y también integró la brigada de Boy Scouts de Puno.

En estos años juveniles todo era color de rosa, salvo los días de exámenes. El gozó de la simpatía de sus compañeros quienes cariñosamente lo llamaban "Cari Gato".

En 1918 Manuel Núñez Butrón inició sus estudios universitarios en la universidad de San Agustín de Arequipa cursando las disciplinas preparatorias de pre-médicas.

De allí se encamina a Lima y de ésta a España donde cursa su carrera de médico durante 5 años en la prestigiosa Universidad de Barcelona, habiéndose graduado el 7 de marzo de 1925 con el título de Licenciado en medicina y cirugía.

Ese mismo año retornó a la lejana patria y en fecha 5 de Diciembre revalidó su título de médico cirujano en la Facultad de Medicina de Lima, siendo decano el Dr. Guillermo Gastañeta

y secretario el Sr. Hermilio Valdizán.

Manuel Núñez Butrón prestó sucesivamente sus servicios de médico -titular en las provincias de Azángaro, Huancané, Lampa, San Román y en Angaraes (dpto. de Huancavelica).

En la provincia de San Román es donde en 1933 se abocó a una verdadera tarea sanitaria-social, forjando un verdadero credo sanitario al que llamó Rijcharismo, derivado de la voz quechua "Rikchary" que significa "despierta".

Casado con Doña Lidia Cabrera en 1935, con la cual tuvo 2 hijos, posteriormente hubo separación y se unió con Doña Donata Belzu Aragón con quien tuvo 3 hijas las que, a la postre, consolaron su soledad.

Debido a su trabajo para evitar la explotación del campesino fue amenazado por algunas autoridades de la época tildándolo de comunista hasta sacarlo de Puno, hecho que se cumplió en 1937 trasladándolo a la provincia de Ucayali en el oriente peruano, luego a Lircay (Dpto. de Huancavelica).

En 1945 volvió a su antiguo centro de actividad "Rijchary" después de 8 años de destierro. Durante su ausencia gran parte de su obra se había perdido. Postuló a una diputación y al no obtenerla retornó a su trabajo con sus huestes "Rijcharis" y siguió su labor aunque sin el entusiasmo de la juventud. En 1948 editó el No 10 de "Runa Soncco" y seguía colaborando en la revista "Medicina Social", editada en Lima de la cual era miembro redactor.

En 1952, ya apartado del servicio sanitario, quizás bastante decepcionado pero siempre en estado de madurez, era víctima del mal de altura crónico y crisis hipertensivas.

7 de diciembre de 1952, después de su penosa enfermedad, falleció de neumonía en medio de la congoja de millares de indígenas que en esa forma veían perderse en la nada al médico, al amigo, al consejero, al amauta, al primer "Rijchari". Sus restos fueron trasladados a Arequipa y enterrados en Cayma el 9 del mismo mes.

3. POLITICA DE SALUD Y ATENCION PRIMARIA

La Política Sectorial de Salud del Perú, liderada por el Ministerio de Salud, siempre apoyó los aspectos formales de la Salud conforme a los lineamientos de política del Sector.

En setiembre de 1977, con la participación del Perú en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, y luego con la Conferencia de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud en 1978, se da énfasis al desarrollo de la estrategia de la Atención Primaria a nivel nacional.

En 1979 se pone en marcha el Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria. Para la ejecución de los proyectos comprendidos en ese plan se consiguió la ayuda de Agencias internacionales como AID, OMS, UNICEF y otros.

En Julio de 1980, al iniciarse las actividades en salud, se delinearón los siguientes objetivos de la Política de Salud:

- Disminuir la morbi-mortalidad, especialmente la infantil.
- Protección de la madre y el niño, asegurando el cumplimiento de la política de población.
- Mejorar la salud y extender su cobertura.

Para el cumplimiento de estos objetivos se diseñó el Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud, en el cual se puso énfasis principalmente el desarrollo de las actividades de Atención Primaria.

En Febrero de 1981, se constituyó por R.M. Nº 0021, la Comisión Nacional de Atención Primaria, que elaboró un documento normativo sobre Atención Primaria de Salud en el Perú, el cual contiene las formulaciones conceptuales y operacionales para la implementación de la Atención Primaria en el Perú, así como la propuesta y diseño de los Módulos de Atención Primaria, teniendo como eje de los mismos a los Centros de Salud. Se consideraron cuatro variables principales: población, riesgo, servicios y recursos. Este documento fué

oficializado: la Atención Primaria fué considerada como la estrategia para alcanzar la meta del año 2000.

En el Perú, la Atención Primaria de Salud se entiende como el conjunto de dos tipos de actividad estrechamente coordinados: las que emprende o administra la misma comunidad referente a su salud y las que brindan los servicios básicos del sistema formal de salud. Este enfoque de la Atención Primaria de Salud permite poner la atención integral de salud al alcance de todas las personas y familias, ya que mediante la referencia se posibilitan el acceso a los diferentes niveles de atención, según la complejidad del problema.

Hoy en día, las ZONADIS constituyen las unidades básicas responsables de la organización y supervisión de los Módulos de Atención Primaria de Salud.

La Atención Primaria es concebida en 3 aspectos fundamentales:

- La atención a las personas (Familia y Comunidad).
- Atención al medio ambiente.
- Desarrollo de la comunidad.

La Educación para la Salud, constituye un componente nuclear dentro de un proceso permanente y sistemático, para alcanzar los objetivos de la política de salud y elevar el nivel de salud de la población peruana.

Las actividades de la Atención Primaria actual en nuestro país se orienta principalmente a:

- 1.- Alimentación Complementaria.
- 2.- Inmunizaciones.
- 3.- Prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en la infancia.
- 4.- Prevención y tratamiento de las enfermedades respiratorias en la infancia.
- 5.- Prevención y tratamiento de la Tuberculosis.
- 6.- Atención del embarazo, parto, puerperio, lactancia y planificación familiar.

- 7.- Primeros Auxilios médicos y odontológicos.
- 8.- Control de Zoonosis y parasitosis, incluyendo malaria.
- 9.- Provisión de agua potable.
- 10.- Destino sanitario de excretas y desechos.
- 11.- Destino adecuado de desechos sólidos.
- 12.- Combate de roedores y otros vectores.

4. MODULOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD / MAPS.

El Módulo de Atención Primaria de Salud está constituido por la disposición de los elementos de la comunidad y de los servicios básicos de salud en forma organizada, los que articulan sus actividades a fin de proveer un paquete de servicios de salud a la población que les toca servir.

En la organización de los MAPS intervienen tanto el personal de salud técnico y profesional, así como el de la comunidad que son los vigías, promotores u otros representantes de la comunidad.

Los MAPS están integrados por los siguientes elementos:

Unidad Familiar: Está formada por los miembros de una familia con un promedio de seis personas. La responsabilidad por el cuidado y fomento de la salud de los miembros de la familia corresponde a los padres; por ser la célula inicial de la sociedad.

Unidad Comunitaria de Salud: Está constituido por un promedio de 20 a 40 unidades de familiares, según se trate de población dispersa o concentrada. La vigilancia de la salud de estas familias, está a cargo de uno de los miembros del grupo, elegido para asumir la función de Rijchary o vigía.

Grupo Comunitario de Salud: Está integrado por un promedio de tres a seis Unidades Comunitarias de Salud (100 a 200 familias) según sea la población dispersa o concentrada.

La vigilancia y el cuidado de la salud del grupo comunitario es responsabilidad del Auxiliar o Sanitario de Salud, quien coordina con el Comité de Salud de la comunidad u órgano equivalente, para priorizar las acciones y ejecutar aquello que se considera mas importante para la comunidad.

Puesto de Salud o Puesto Sanitario: Es, la primera unidad del sistema formal de salud y está conducido de preferencia por una enfermera. Cubre la atención de salud de 600 a 1200 familias en promedio, según sea población dispersa o concentrada. Se estima que en este nivel pueden resolverse un 25% o más de los problemas de salud. El 10% restante corresponde a problemas de mayor complejidad que deben derivarse a otros niveles, mediante la referencia.

El Centro de Salud: Es la unidad que comanda el Módulo de Atención Primaria de Salud, en el primer nivel de servicios de salud. Le son atribuidos un promedio de 4 Puestos de Salud, es decir alrededor de 15,000 habitantes, en zonas de población dispersa y 40,000 habitantes en zonas de población concentrada. Su objetivo es prestar Atención integral de salud. Está conducido por un Médico Jefe y debe contar por lo menos con dos Médicos Generales, una Enfermera General, una Obstetrix, una Asistentista Social, una Farmacéutica o auxiliar de farmacia, un Laboratorista y dos empleados auxiliares.

La Organización y funcionamiento del Módulo de Atención Primaria como fue concebido en 1982 implica el establecimiento de una coordinación horizontal con las unidades correspondientes de otros sectores de la actividad pública y privada: Educación, Agricultura, Vivienda, Transportes y Comunicaciones, etc. y con todas las organizaciones de base.

De esta manera los Módulos de Atención Primaria de Salud que funcionaron, están referidos al conjunto de elementos que hacen posible su funcionamiento dentro de una unidad reguladora, que proporciona pautas, proposiciones y procedimientos que implican flexibilidad, para adaptarse a las circunstancias locales y características de la comunidad. Esta función de los pisos ecológicos modelos y patrones culturales además de los factores condicionantes, forman parte de la realidad de la comunidad.

5. PARTICIPACION COMUNITARIA DEL DESARROLLO LOCAL

Si bien es cierto que la participación de la comunidad en actividades de Atención Primaria de Salud se da en diferentes formas: construyendo obras, contribuyendo en material y mano de obra, en clubs de madres, comités de salud y vaso de leche, comités de desarrollo o contribución en bienes y servicios, medida que ha sido posible cuantificar hasta la fecha estas acciones, para ver en que medida han contribuido al desarrollo de la comunidad. De esta manera surgen motivaciones para futuras investigaciones.

A pesar de todas las actividades realizadas hasta el presente, vemos que los indicadores de salud no han sufrido mayor variación. Las cifras estimadas de mortalidad infantil dadas por la Oficina Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud para el período 1979-82 fué de 87% o nacidos vivos y para el año 2000 será de 53% nacidos vivos, lejos de la meta propuesta por la OMS.

Esta realidad exige desde ahora un mayor impulso de las estrategias de Atención Primaria de Salud, con la plena participación de todos los sectores y de los recursos del Ministerio de Salud de manera especial.

6. RECOMENDACIONES:

Como resultado del análisis de la información recibida, el grupo de trabajo de la Comisión Nacional de Atención Primaria de entonces, aunando los informes realizados de las Regiones de Salud para el Primer Congreso Nacional de Atención Primaria de Salud y la experiencia recogida en las visitas de supervisión a las diferentes regiones de salud, formularon las siguientes recomendaciones que son dignas de tomarlas en cuenta:

- 1.- El Ministerio de Salud, debe organizarse de acuerdo a objetivos y programas específicos que permitan elevar efectivamente el nivel de salud de la mayoría poblacional del país. Para esto se hace necesario asignar partidas presupuestales en cantidades proporcionales a la prioridad de los programas. Esta organización debe estar orientada a la óptima utilización y racionalización de todos los recursos existentes en el país.
- 2.- Se hace indispensable mejorar la administración contable y logística a fin de agilizar y favorecer el desarrollo de los diferentes programas y proyectos de Atención Primaria de Salud que cuenten con apoyo financiero gubernamental y de las agencias internacionales.
- 3.- Es urgente la aplicación de un sistema de información básico y sencillo para los diferentes niveles de atención, considerando de vital importancia el primer nivel.
- 4.- Se considera indispensables promover y proponer a las universidades, incluir en los programas de medicina y otras ciencias de la salud, cursos de Salud Pública y Administración de los servicios de Salud, para los jefes de Centros de todo el país.
- 5.- La Escuela de Salud Pública, se hará bien en desarrollar cursos de Salud Pública y Administración de los Servicios de Salud, para los jefes de Centros de todos el país.

- 6.- Se debe operativizar políticas de incentivos al personal que laboran en los establecimientos del primer nivel a fin de contar con los recursos humanos necesarios para el desarrollo de las actividades de Atención Primaria de Salud en el Perú.
- 7.- Las coordinaciones intra e intersectorial, a fin de contribuir en la elaboración de planes de desarrollo de las zonas rurales, son promotores para el desarrollo integral de la comunidad, por lo tanto deben promoverse intensamente.
- 8.- Se hace necesario intensificar el desarrollo de la Educación para la Salud, dentro del Sector Salud y en otros sectores, principalmente en educación, se deben promover reuniones educativas en centros de trabajo, centros escolares, clubs de madres y/o padres de familias y otras agrupaciones de la comunidad, a fin de promocionar estilos de vida saludables que impidan el desarrollo de las enfermedades y que fomenten la demanda adecuada de los servicios de salud.

7. RESUMEN DE LA EVALUACION DEL PROGRAMA

La comisión Nacional encargada del Programa realizó una evaluación de las actividades de Atención Primaria de Salud efectuadas por el Ministerio de Salud del Perú, durante el período 1979-1982.

Se analiza la información ofrecida por 14 de las 16 Regiones de Salud y la información proporcionada por las diferentes direcciones de este Ministerio.

Los aspectos más importantes se refieren a la incorporación del 43% de los Centros de Salud y del 39% de los Puestos de Salud a las actividades programadas de Atención Primaria de Salud, así como a la participación activa de un 19% de todas las comunidades del país, en estas acciones. La cobertura de atención se amplió en aproximadamente un 70% (de 10.7% en 1979 a 17.3 en 1981) orientada principalmente

al grupo materno infantil. Los programas prioritarios de complementación alimentaria y nutrición, rehidratación oral, planificación familiar y otros se cumplieron en forma débil y fragmentada.

Las limitaciones al desarrollo de las actividades de Atención Primaria de Salud radican esencialmente en las deficiencias de la organización administrativa del Ministerio de Salud, cambios frecuentes en su estructura y lineamientos de política. Esta organización está aún fuertemente orientada a suministrar los mayores recursos humanos y financieros a los servicios hospitalarios, por tanto existe escasez de recursos humanos en el primer nivel de atención, lo que impide cumplir con las metas programadas, principalmente en lo que se refiere a cursos de capacitación y a las visitas de supervisión.

Se evidenció la existencia de múltiples instancias administrativas para la solicitud, aprobación remisión y rendición de fondos de los proyectos que financian las actividades de Atención Primaria de Salud a nivel central y regional.

No existen registros adecuados de las actividades cumplidas en el primer nivel de atención. La coordinación intrasectorial e intersectorial para elaborar planes de desarrollo integral de las comunidades es todavía poco vigorosa.

No existe uniformidad de criterios sobre los aspectos conceptuales de la Atención Primaria de Salud y la mayoría de los jefes de Centros de Salud no han sido capacitados en aspectos de Salud Pública y Administración de los Servicios de Salud. Ellos son los responsables de la conducción de los Módulos de Servicios de Atención Primaria de Salud.

Dentro de este marco de referencia el nivel de salud de la población no ha mejorado significativamente y de persistir estos problemas no alcanzaremos las metas propuestas por la OMS para el año 2000.

8. APRECIACION GLOBAL DE LA ATENCION PRIMARIA

Haciendo un enfoque global del desarrollo de la Atención Primaria en el Perú, podemos señalar dos etapas bien definidas:

La Primera Etapa.- Que se inicia como parte de las tradiciones de las comunidades con vocación de participación. Esta herencia ancestral de trabajo comunitario fue aprovechada por el Médico Sanitarista Dr. Manuel Núñez Butrón en Puno, en el Trapecio Andino de nuestro territorio en las décadas de 1930 - 1940, cuyo movimiento los denominó Rijcharis (despertar).

En la década de 1950 se desarrolló en Ica un Programa de base preventivo promocional y que incluyó formación de promotores de saneamiento ambiental, de visitadores de higiene y la capacitación de un número de parteras empíricas; luego de la experiencia inicialmente exitosa; al inicio alentadores en la mejora de la Salud, luego hay la tendencia a bajar a los niveles iniciales y después se vuelve estacionaria.

La Segunda Etapa.- En 1977 el Perú participó en la Conferencia Mundial de Alma Ata, abriendo paso a la Segunda Etapa de la Atención Primaria; como corolario de esta Conferencia, se adoptó como meta para el año 2,000 que todos los habitantes alcancen un nivel de Salud que les permita una vida social y económicamente productiva.

Al suscribir las Resoluciones de la Trigésima Asamblea Mundial de la Salud se eligió la Atención de Salud como la estrategia clave para lograr este propósito. Esta Conferencia fue organizada por la OMS y el UNICEF; luego en 1979 el Ministerio de Salud del Perú establece la formulación del Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria y posteriormente en 1981 se crea la Comisión Nacional de Atención Primaria. En esta etapa se dio impulso a las actividades de Atención Primaria a nivel Nacional.

La Tercera Etapa.- Podemos considerar al Convenio suscrito

entre el Perú y Alemania para el período 1982 - 1984 denominado "Proyecto de Atención Primaria y Desarrollo de Servicios de Salud - Convenio Perú Alemania". Este Convenio tenía dos componentes.

- a) Proyecto de Rehabilitación de 5 Hospitales del Cuzco.
- b) Proyecto de Atención Primaria para los Departamentos de Cuzco, Apurímac y Madre de Dios.

Como Conclusión General.- Sobre el Desarrollo de la Atención Primaria en el Perú podemos afirmar que:

- a) Los objetivos, políticas y estrategias señaladas por la Atención Primaria fueron las más adecuadas y siguen siendo valederas para el presente y con proyecciones al futuro en la búsqueda y propósito de mejorar el nivel de Salud de la población Peruana.
- b) Los lineamientos de política del actual Ministerio de Salud como órgano Rector, están orientados a mejorar la cobertura de la Atención Integral de la Salud, sobre todo la protección infantil bajando las tasas de morbi-mortalidad.
- c) La actual política de Salud, ha creado las ZONADIS ó Zonas de Desarrollo Integral en Salud, que son delimitaciones territoriales como unidades básicas de la Organización del Sector; tiene la característica de hacer participar a todos los elementos humanos existentes en esa área territorial.
- d) Esta Organización del Sector por ZONADIS permite o facilita la articulación de los dos sistemas médicos, porque a este nivel participan todos los elementos humanos organizados o no, para contemplar los problemas, priorizarlos en base a los recursos disponibles de esa jurisdicción. A pesar de los esfuerzos realizados por el Sector en diferentes períodos por impulsar la Atención

Primaria, no se logró los resultados esperados en elevar el nivel de Salud de la población rural. Los mismos técnicos que condujeron el Programa de Atención Primaria, contando inclusive con recursos financieros, reconocen que los resultados fueron alentadores sólo al inicio, como por ejemplo: bajaron significativamente las tasas de morbilidad y mortalidad infantil, para luego nuevamente elevarse esas tasas, hasta volverse estacionarias.

En ambos convenios, en las respectivas evaluaciones realizadas coinciden en identificar las áreas críticas que influyeron negativamente en las acciones operativas, que merecen señalarse para ser tomados en cuenta en cualquier Programación.

- a) La falta de fluidez en el manejo Administrativo de los recursos que no han permitido dotar oportunamente los materiales y medios para ejecutar los Programas.
- b) Demasiada complejidad en el aparato contable e interferencias internas que demoran las acciones.
- c) Falta de Capacitación y experiencia de los Jefes de Centros de Salud, por lo que recomiendan como cuestión previa su capacitación.

En la propuesta actual, que se plantea a la Articulación como estrategia, sí están contemplados todos estos vacíos operativos, donde consideramos a la Capacitación como la piedra angular del sistema y además la capacitación se dará en doble sentido entre los dos sistemas.

Se sugieren algunas recomendaciones que orienten a la administración del Ministerio de Salud de acuerdo a objetivos y programas específicos. Estos permitirán realmente elevar el nivel de salud de la población. Se destacan entre ellos la mejoría de la administración contable y logística, asignación de partidas presupuestales

separadas a los centros hospitalarios y a los servicios periféricos, diseño de políticas de incentivos al personal que labora en los establecimientos del primer nivel, la aplicación de un sistema de información básica y sencillo en los diferentes niveles y la organización de las áreas con sus respectivos Módulos de Atención Primaria.

Promover y proponer a las universidades incluir en los programas de medicina y otras ciencias de la salud, desde el pre-grado, cursos de Salud Pública y Administración de los Servicios de Salud.

Se insiste en el desarrollo de la Educación para la Salud y en el mejoramiento de las coordinaciones intrasectoriales e intersectoriales, para lograr un desarrollo comunal integral.

CONVENIO PERU-BIRF. 2211.

Merece mencionarse este Proyecto Especial de Atención Primaria y Servicios Básicos de Salud, que se suscribió en 1983, funcionó hasta 1985, luego con el cambio de gobierno de entonces, se decidió realizar la Reprogramación del Proyecto, entre los causales para esta medida se menciona la incapacidad de gestión.

El objetivo general de este Proyecto era facilitar una atención integral de la salud a las poblaciones más necesitadas de las áreas rurales del Trapecio Andino y áreas urbanas marginales, a través de un sistema de Servicios Básicos (Puestos Sanitarios y Centros de salud) con la participación activa de la población organizada y acciones conjuntas con sectores e instituciones afines, para el desarrollo integral de la Comunidad. Como estrategia se consideraba la integración de los aspectos más positivos de la medicina popular o folklórica con la medicina científica, con el objeto de rescatar la "eficiencia social" de la medicina folklórica, que se adapta mejor a los grupos campesinos y urbano-marginales por su menor costo, capacidad de cobertura, accesibilidad local, mayor grado de

contacto humano, lenguaje comprensible, etc. y conservar la "eficiencia" de la medicina científica, que aporta un máximo operante de conocimientos científicos, para el enriquecimiento de esta estructura.

9. REQUERIMIENTOS DE AGENTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y PARTERAS TRADICIONALES

Tomando como base el criterio adoptado por la Escuela de Salud Pública de crear un Puesto de Salud para cada 2,000 habitantes, a Nivel Nacional debemos contar con 2915 Puestos Sanitarios para 1994. Para cada Puesto Sanitario se necesitan contar con 3 Agentes capacitados que deben funcionar como sigue:

- 1.- Un Agente o Promotor de Salud que debe permanecer en el Puesto en forma permanente para la atención diaria de los pacientes que concurren al servicio y realiza todos las tareas inherentes al primer Nivel de Atención en Salud.
- 2.- El segundo Agente - promotor es circulante es decir hace un recorrido por las localidades o aldeas que están en su área de influencia del Puesto Sanitario y que son de su responsabilidad; en ese recorrido el sanitario realiza actividades preventivo promocionales, inmunizaciones, adecuación sanitaria y resuelve los casos que le sean consultados.
- 3.- El tercer Sanitario es personal de refuerzo, que cubre las ausencias tanto del encargado del Puesto, como del circulante que por vacaciones o por enfermedad se producen esas ausencias y para garantizar la continuidad del servicio se cuenta con este personal. Hay experiencias como la realizada en el Distrito de Llacanora en el Departamento de Cajamarca, donde funcionó este modelo con buenos resultados.

Siendo 3 Sanitarios por puesto necesitamos para todo

el país 8,745 agentes capacitados, promotores o sanitarios; de este total, de acuerdo a estimaciones se considera que existen ya trabajando 4,350 en el país por lo tanto necesitamos capacitara 4,395 personas, es decir al 50% del total del personal para hacer una cobertura total de la atención integral de la Salud.

Estos 4,350 Agentes los distribuimos entre todas las Universidades del país y Centros Superiores formadores de los recursos humanos en Salud, teóricamente dividimos las tareas de la capacitación por Regiones y Universidades correspondientes, descentralizando y viabilizando su ejecución en el tiempo más corto posible. Si consideramos 15 alumnos por curso, necesitamos realizar 274 cursos a Nivel Nacional; luego intervienen las Universidades y Centros Superiores de los cuales solo consideramos 35 instituciones superiores para la capacitación; entonces corresponde a cada Universidad realizar 8 cursos de 16 alumnos.

Cada curso tendrá una duración de 2 meses, siendo así, cada Universidad puede cubrir la cuota de capacitación en 18 meses como máximo de tiempo requerido.

Resumiendo los requerimientos de personal de Puestos Sanitarios para toda la periferie nacional es:

Nº de Sanitarios requeridos	8,745 Sanitarios
Nº de Promotores Existentes	4,350 Sanitarios
Nº de Sanitarios por Capacitar	4,395 Sanitarios
Nº de Cursos (Nivel Nacional)	274 Sanitarios
Nº de Cursos por Universidad	8 Cursos
Duración de cada Curso	2 Meses
Metodología 30% Teoría	70% Práctica
Tiempo Máximo de Capacitación	18 Meses

Perfil Ocupacional del Agente o Promotor Capacitado:

.Debe realizar actividades **Preventivo - Promocionales**; para cuyo efecto debe organizar reuniones comunitarias para impartir educación sanitaria, como por ejemplo: importancia del hervido del agua; prevención de la tuberculosis, las diarreas, cuidados del embarazo, parto puerperio, alimentación e higiene del niño.

.Construcción y promoción de letrinas sanitarias.

.Protección del agua potable.

Actividades recuperatorias:

.Reconocer las enfermedades.

.Brindar primeros auxilios en casos de accidentes.

.Articular acciones con la ZONADIS y otras organizaciones.

.Contactar y trabajar con líderes de la comunidad.

.Promover la producción de alimentos y biohuertos.

.Promover la creación de Botiquines Populares (Fitomedicamentos) y administrar conforme a normas.

Requisito para participar en el curso de capacitación:

.Ser elegidos por sus comunidades.

PARTERAS TRADICIONALES

Para el cálculo de los requerimientos de las Parteras Tradicionales se sigue el mismo procedimiento que para los Sanitarios; el criterio es, cada 2,000 habitantes debe tener una partera capacitada; a su vez, considerando un índice de gestación del 3.8%, se esperan 76 gestantes, de las cuales llegan al momento del parto 65 paridoras. El parto eutósico es del orden del 85% lo que equivale a decir que se esperan atender 55 partos normales.

Para los 2,915 Puestos Sanitarios se requieren igual número de parteras; es decir 2,915 personas que atiendan el parto, de las cuales en el Perú ya están trabajando el 40%, es decir 1,166 parteras, falta capacitar a 1,749 Parteras Tradicionales.

Si se adopta capacitar a 10 parteras por curso, para capacitar a las 1,166 se necesitan realizar 175 cursos; luego distribuir las tareas entre las 35 Universidades y Centros Superiores; considerando a las 35 Universidades, teóricamente les tocaría a cada universidad capacitar a 50 parteras; siendo el número de 10 participantes por curso, resulta un total de 5 cursos; los cuales pueden perfectamente ejecutarlos en 12 meses.

Perfil Ocupacional

La Partera Tradicional capacitada debe realizar las siguientes actividades:

- .Controlar a la gestante en el período prenatal.**
- .Derivar los casos que requieran atención profesional.**
- .Atender los partos normales.**
- .Dar cuidados inmediatos al recién nacido.**
- .Llevar un Registro de Partos Atendidos.**
- .Procurar la vacunación de los recién nacidos.**
- .Orientación a la madre para cuidados del niño**
- .Brindar primeros auxilios en casos de emergencia.**

Al finalizar el curso de capacitación la partera tradicional estará en condiciones de realizar:

- .La Atención Pre-Natal (reconocer la gestante)**
- .Atención del Parto Normal.**
- .Atención del Recién Nacido.**
- .Atención de la Puérpera.**
- .Impartir educación sanitaria: higiene alimentaria.**

Resumen de Requerimientos de Parteras Tradicionales:

Nº de Parteras requeridas	2,915
Nº de Parteras existentes	1,166
Nº de Parteras por capacitar	1,749
Nº de Cursos (nivel nacional)	175
Nº de Cursos por Universidad	5
Duración de cada curso	2 meses
Metodología	30% teoría 70% práctica
Tiempo Máximo de Capacitación	12 meses

TITULO VII

COSTO EFECTO DE ESTA NUEVA ESTRATEGIA

Al hablar de costo-efecto, nos referimos a los resultados de la aplicación de esta metodología; se trata de saber en qué medida ha mejorado o está mejorando el estado y nivel de salud de las comunidades con esta nueva estrategia integracionista. Se tiene que hacer una evaluación cuidadosa, periódica utilizando los indicadores positivos y negativos de la salud.

El efecto se refiere al grado de bienestar que puede haber experimentado la comunidad en general; cuántas muertes se han evitado con la articulación académica-tradicional.

Todo este proceso requiere de un Registro Estadístico de hechos vitales muy minuciosos, para que los indicadores de salud expresen con la mayor aproximación posible la realidad de la Situación de Salud; es decir son las tasas de morbilidad y mortalidad registrados antes y después de la aplicación de esta medida que nos dirá a través de las cifras diferenciales, cuál es la ganancia en salud para la comunidad, lograda con la estrategia empleada.

Estos indicadores del nivel de salud son:
Tasas de morbilidad, tasas de mortalidad general, de mortalidad infantil, de mortalidad materna, tasas de expectativa de vida al nacer, etc.

También se puede medir por otros indicadores indirectos el grado de mejoramiento de la salud de la Comunidad. Estos son: la ingesta de proteínas con la alimentación, calorías por día, el ingreso per cápita es también indicador indirecto, aunque este es más complicado realizarlo.

La Organización Mundial de la Salud, a través de la "Guía Práctica para el Adiestramiento de Parteras Tradicionales" que ha sido publicado en Ginebra 1979, señala que para medir el efecto como resultado de las estrategias empleadas, es necesario realizar un análisis lo más minucioso posible, tratar de identificar los factores positivos y los negativos que han dificultado la materialización completa del Programa; es importante, dice el documento de la Organización Mundial de la Salud, conocer los factores negativos para superarlos en las próximas programaciones de las actividades de la Atención Sanitaria.

La evaluación del efecto no es fácil, porque en el Estado y Nivel de salud de una población entran en juego una serie de factores comenzando por el clima, el ambiente, el tipo de alimentación, los hábitos personales y comunitarios, el grado de instrucción, alfabetismo y analfabetismo, costumbres, creencias y herencias cultural de los antepasados; además recomienda el mismo documento que la evaluación para ser más correcta, debe hacerse cualitativa y cuantitativamente.

Las Tasas de los indicadores de Salud muestran la medición cuantitativa; la medición cualitativa es más compleja: trata de expresar el grado de satisfacción o bienestar general que la población ha alcanzado. El bien común como consecuencia de la estrategia aplicada.

La comunidad debe también haber aprendido como parte de la estrategia, a cultivar la producción de alimentos, así como el cultivo de las plantas medicinales para uso de su comunidad. Inclusive, podrán incursionar en la comercialización a través de los Botiquines Populares, como también con la

industria procesadora de medicamentos fitoterapéuticos o agro industriales en el rubro de alimentos. La instalación de Biohuertos debe ser una acción general en todas las comunidades. El manejo y estimulación para esta acción tiene que partir de la ZONADIS, donde se encuentran los líderes de todas las Organizaciones de Base. Este es el punto de partida fundamental para la cristalización de los objetivos en Salud.

Finalmente en base a las estadísticas de Morbilidad y Mortalidad se llegará a la Instrumentación de las acciones de Salud, programados y ejecutados, para luego determinar el costo de la actividad; es decir cuanto hemos invertido en Salud y cuanto hemos ganado al mejorar la Salud en la población.

ATENCION PRIMARIA Y ARTICULACION EFECTIVA

Merece resaltarse la actual política del Sector Salud al haber decidido que las comunidades organizadas asuman la responsabilidad de la conducción de los servicios periféricos de salud en el primer nivel de atención, con el apoyo técnico y financiero del Sector. Esta decisión gubernamental es de gran trascendencia para mejorar el nivel de comunidades por las siguientes razones:

- 1.- Durante décadas se ha insistido en que los presupuestos del Sector Salud se reprogramen y lleguen hasta el nivel del puesto sanitario; es decir, que los presupuestos de los niveles superiores contemplen la asignación de una cantidad específica para gastos operativos a nivel de Puesto Sanitario; este deseo nunca se ha cumplido; los presupuestos se gastan generalmente a nivel de los servicios hospitalarios y, en ellos, los servicios de cirugía absorben gran parte de las partidas. Queda muy poco o casi nada para el apoyo financiero al nivel de Puestos Sanitarios. Consecuentemente la calidad y cantidad de atención es deficitaria. La atención rural es pobre. Siempre ha existido el interés en las diferentes

políticas pasadas de dar el máximo apoyo a los servicios periféricos del área rural; estos propósitos quedaban en el papel o en los programas escritos pero no se plasmaban en una realidad ni había un mecanismo para que se cumpla esta política. Con este cambio de política, realmente se estará efectivizando un anhelo de la comunidad con la dotación de recursos económicos hasta el primer nivel de atención y específicamente a nivel del Puesto Sanitario, el cual está en contacto con la misma comunidad organizada.

- 2.- La decisión gubernamental actual de transferir a las comunidades los servicios del primer nivel de atención constituyen pasos importantes para elevar el nivel de salud de la población rural, porque al entregarse los recursos financieros a la comunidad organizada, éstos son celosos con el buen uso de los recursos, y priorizan sus necesidades en salud y ejecutan el gasto en aquellos aspectos que más le interesan a la comunidad. Esta medida lleva a una auténtica descentralización y desconcentración administrativa del sector Salud; la comunidad administradora orienta mejor los recursos financieros asignados, los resultados futuros serán con toda seguridad eficientes y positivos para la salud pública. La comunidad organizada tiene plena autoridad para tomar decisiones con relación al desenvolvimiento de los agentes de la medicina tradicional, sean estos curanderos, hueseros, yerberos, parteras empíricas, y otros; es la comunidad que los supervisa y los clasifica en el desempeño de sus actividades, si son o no idóneos en la atención de salud; cuando quebrantan ciertas normas o costumbres creadas por la comunidad. Se hacen acreedores al castigo o sanción por la propia comunidad y con relación a los servicios formales del sector, estos también están supervisados por la comunidad. En consecuencia es una medida muy acertada que ha sido

reclamada por la comunidad por mucho tiempo.

- 3.- Políticamente, esta decisión tiene una connotación muy importante. Desde el momento en que las comunidades reciben los recursos financieros asignados a ese nivel, ya no tienen la necesidad inmediata del Ministerio, ni elaboran sendos recursos memoriales pidiendo tal o cual necesidad; la figura cambia sustancialmente porque la misma comunidad responde a sus necesidades; y utiliza los recursos con mejor criterio, porque ellos, como interesados, manejan con mucho celo los recursos de la salud. Este cambio en la política del sector, permitiría a las comunidades alcanzar una de sus aspiraciones.
- 4.- El Sector, en este caso el Ministerio de Salud, manteniendo su liderazgo como órgano rector, orienta y establece los lineamientos de política. Las comunidades desarrollarán sus acciones, según las pautas técnicas de la política del sector en estrecha concordancia con el personal formal de salud en el seno de la ZONADIS correspondiente. Todo este proceso de articulación integral se desarrolla en la ZONADIS por ser el ente aculturador del nuevo modelo.
- 5.- Participación efectiva de la comunidad .- Al pasar a manos de la comunidad organizada los servicios de salud a nivel de Puestos Sanitarios; se les da la verdadera oportunidad para que participen no solamente en la administración de los recursos, sino en la supervisión de las acciones de salud. Mejora la cobertura de la atención en las inmunizaciones, los tratamientos de la TBC, la Educación Sanitaria, el Saneamiento Básico, la instalación de letrinas, la dotación y cuidado del agua potable, la nutrición infantil, etc.
Es aquí donde se logra la verdadera articulación de la Medicina Académica con la Tradicional a través del diálogo,

el análisis, la reflexión, la investigación, la unificación de criterios alternativos. A nivel de ZONADIS se logra finalmente una política de salud integral, operativa y coherente.

TRASCENDENCIA SOCIAL

Al tomar los servicios periféricos bajo su conducción, la comunidad organizada, se convierte en sentido figurado como propietaria. Bajo su conducción los hace suyos y por consiguiente se interesa y preocupa por su buena producción en las actividades de salud. Dejan de ser entes pasivos que necesitaban del servicio por alguna dolencia. Ahora son entes activos y actores de su buen funcionamiento. Los recursos financieros que se les asignen tienen un efecto multiplicador en la producción de actividades de salud resultando una mejor cobertura de la atención aún en los poblados o aldeas más alejadas, porque la comunidad tiene que articular con sus agentes de la medicina tradicional, muy especialmente con las parteras empíricas que son recursos permanentes y valiosos para la salud. Estas parteras son parte integrante de la comunidad. Por lo tanto, el Puesto de Salud es suyo y allí tienen que prestar sus servicios en mejores condiciones que antes de esta decisión del gobierno; se puede asegurar a priori que la calidad de los servicios periféricos van a mejorar sustancialmente superando los rendimientos actuales, lo que significa un gran acierto político del Ministerio de Salud como Órgano Rector del Sector.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **Atención Primaria en el Perú. Evaluación de las Actividades Desarrolladas por el Ministerio de Salud 1979.** Lima-Perú, Diciembre 1983.
- 2.- **Atención Primaria de Salud en el Perú. Comisión Nacional de Atención Primaria,** Lima 1981.
- 3.- **MAZZAFERO, Vicente Enrique y Colaboradores. Medicina en Salud Pública.** El Ateneo - 1987.
- 4.- **Ministerio de Salud. Informe de Reprogramación del Proyecto de Atención Primaria y Servicios de Salud.** Convenio N° 2211, Perú - BIRF Mayo, 1986.
- 5.- **Ministerio de Salud. Infraestructura Sanitaria 1980.** Oficina Sectorial de Planificación.
- 6.- **Ministerio de Salud, Perú. Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud, 1982 - 1985.** Documento de Trabajo 1, 2, 3. 1980 - 1981.
- 7.- **Ministerio de Salud, Perú. Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud.** Dirección General de Programas de Salud. Grupo de Apoyo a la Atención Primaria de Salud. Mayo, 1979.
- 8.- **Ministerio de Salud. Recursos Humanos en Salud. Período 1970 - 1985.** Oficina Sectorial de Planificación, Lima 1982.
- 9.- **Ministerio de Salud. Situación de Salud, Política y Acciones Prioritarias.** Exposición en el CAEM del Ministerio de Salud 1982.
- 10.- **Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los Programas de Salud. Normas Fundamentales.** 1981.
- 11.- **OMS - UNICEF. Atención Primaria de Salud.** Informe de la Conferencia Internacional Atención Primaria de Salud; Alma Ata, URES, 6-12 de Setiembre 1978. Ginebra 1978.

- 12.- Organización Mundial de la Salud. **Guía para la Organización de Servicios de Salud en Areas Rurales y Utilización de Personal Auxiliar.** Publicación Científica N° 290 Washington DC. 1974.
- 13.- Organización Mundial de la Salud. **Sistema para Aumentar la Cobertura de los Servicios de Salud en las Areas Rurales.** XVII Reunión del Consejo Directivo Público. N° 170, 1968.
- 14.- OPS. **Plan Decena de Salud para las Américas.** Doc. Oficial N° 118, 1973.
- 15.- Organización Panamericana de la Salud. Informe del Seminario. **"El Proceso de Desarrollo de la Atención Primaria de Salud"**. Lima - Perú. Julio, 1983.
- 16.- Organización Panamericana de la Salud. Informe del Seminario Organización Mundial de la Salud. Serie A.D.M./SC/5. Organización y Administración de los Servicios de Salud Pública. Buenos Aires, Diciembre 1965.
- 17.- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. **XII Seminario Regional Sobre Organización y Administración de Servicios de Salud**, Tomo II. Perú - Diciembre 1973.
- 18.- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización y Administración de Servicios de Salud, Tomo III. Perú, Diciembre 1973.
- 19.- UNICEF - INP. **Criterios para la Planificación de la Atención Primaria de Salud en el Perú**, Lima, Enero 1980.

GLOSARIO DE TERMINOS OPERACIONALES

AREA PROGRAMATICA

Es la circunscripción geográfica que constituye una unidad ecológica en su influencia sobre la salud de la comunidad que vive en ella. Por el momento está referida al área hospitalaria.

COBERTURA

En el sentido restringido, es la relación porcentual entre el número de sujetos atendidos y el número de sujetos susceptibles de recibir la acción. Por ejemplo, el 69% de las gestantes recibió consulta pre-natal, el 80% de la población fue vacunada contra la viruela, el 90% de los establecimientos de expendio de alimentos fue inspeccionado.

COSTO UNITARIO

Es el resultado estimativo del valor de los recursos componentes de un instrumento o de una actividad, expresado en términos monetarios.

CRITERIO DE PRORRATEO

Es la regla que debe seguirse para distribuir proporcionalmente los recursos de los departamentos generales e intermedios entre los finales a fin de encontrar los costos y composición de los últimos. Así por ejemplo, el departamento de lavandería y ropería debe prorratearse en proporción a los kilogramos de ropa lavada que ha proporcionado a los demás departamentos.

DAÑO

Es una enfermedad o conjunto de enfermedades vinculadas ya sea por su etiopatogenie, por su epidemiología o por medidas de control comunes, que permite analizar en forma agregada las causas de mortalidad o demanda

DIAGNOSTICO

Es el conocimiento de la situación de salud de una comunidad, es decir, del estado de salud de la población, del sistema de servicios de salud (recursos, producción). y de los factores que los condicionan.

DURACION MEDIA

Es el tiempo promedio empleado en la producción de una actividad.

EFICACIA

Se denomina eficacia a la capacidad de alcanzar el objetivo y finalidad deseados, entendiéndose por finalidad el fin último establecido, y por objetivo el fin más inmediato.

EFICIENCIA

Es la capacidad de producción del efecto o beneficio deseado con un menor costo, es decir, conseguir un mayor efecto a menor costo. El costo se puede medir en términos económicos, de tiempo, esfuerzo o de cualquier otro aspecto al que se asigne un valor crítico.

ESTADO DE SALUD

Es el conjunto de características del fenómeno salud-enfermedad-muerte de una población, susceptible de valorarse a través de indicadores pertinentes cuya expresión constituye el nivel de salud de dicha población.

EVALUACION

Es el juicio de valor que se establece sobre las realizaciones en la ejecución de los programas, comparándolas con las previsiones formuladas.

MODELO

Es la representación esquemática de una situación de salud determinada. Modelo observado es la situación que se analiza. Modelo normativo es la presentación del conjunto de normas.

PLANIFICACION

Es un instrumento de gobierno constituido por un cuerpo de doctrina y un conjunto de métodos, mediante los cuales se pretende lograr el desempeño organizado del sistema de servicios de salud.

POBLACION ACCESIBLE

Es la parte de la población del área programática que cuenta con servicios permanentes de atención médica y registros demográficos; su delimitación está dada por un tiempo no mayor de dos horas en el traslado de los habitantes al establecimiento de salud más cercano, utilizando los medios habituales de transporte en la zona.

POBLACION SUJETO DE PROGRAMACION

Es la parte de la población que debe ser atendida por los servicios de una institución del sector Salud (Ministerio de Salud, Seguro Social, etc.) o que está bajo su responsabilidad. Excluye por lo tanto la parte de la población que es atendida por otras entidades del Sector Salud.

PROGRAMACION

Conjunto de actividades coordinadas, encaminadas a la obtención de un objetivo específico o a un grupo delimitado de objetivos íntimamente relacionados entre sí.

“RIJCHARY”:

Término quechua que significa “despierta”. Fue el nombre que el Dr. Manuel Núñez Butrón dio a los trabajadores voluntarios que reclutó y capacitó en Puno, hace más de 30 años y que cumplían la tarea principal de despertar la conciencia sanitaria de la población en aspectos relacionados a la salud, a las prácticas preventivas de carácter higiénico. Para fines de Atención Primaria de la Salud, el término se ha traducido como “Vigía”.

VISITA DOMICILIARIA:

Es una modalidad operativa a través de la cual el personal de salud presta atención directa a la familia en su hogar.

Al desplazarse al hogar, de un modo sistemático, valoran las necesidades de salud de la familia y brindan atención simplificada, vacunaciones, educación sanitaria; hacen el seguimiento de casos y recogen información sobre la situación de salud y contribuyen a la vigilancia-epidemiológica.

ATENCION INTEGRAL DE SALUD:

Constituye la prestación de servicios de salud a las personas y a la familia, a través de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

COMITE DE SALUD:

Es un grupo organizado por la comunidad que interpreta la problemática de salud y lidera la participación para solucionarla. Su función es deliberante y reguladora.

COORDINACION:

Trabajo o acción conjunta de personas o grupos para la realización metódica u ordenada de una tarea, actividad o programa, sobre la base del reconocimiento de algo en común (vínculos psicológicos, sociales, culturales, etc.) que implica la sincronización, articulación o unificación de los esfuerzos, en aquel o aquellos aspectos de la organización que sean requeridos para el logro de objetivos y metas del trabajo conjunto. De acuerdo al grado de extensión y compromiso de los participantes en la acción de coordinación, ésta puede darse a un nivel de colaboración (prima la motivación psicológica) o de integración en la que se unifican en forma total los diversos motivos para una acción más permanente y solidaria.

MODULO:

Conjunto de elementos dispuestos de tal modo, que conforman una unidad reguladora o sistema, el cual expresa la “Unidad de medida” para el establecimiento de promociones, pautas, procedimientos, etc. en el tratamiento u ordenamiento de un proceso. Todo módulo significa una concentración armónica de las partes en el todo. Aplicado a los procesos sociales y educacionales, el concepto modular implica flexibilidad para

adaptarse a las circunstancias especiales o características de la población, de su organización y cultura propia, en su ambiente ecológico instrumentalizador del funcionamiento del proceso que, si es educativo, debe incluir como uno de los componentes, la creatividad.

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD:

Se entiende como tal, la realización de acciones y actividades que se hacen conjuntamente y por ayuda mutua, en las cuales la comunidad toma decisiones para la ejecución, vigilancia y supervisión de las tareas de beneficio común.

ESTRATEGIA:

Es el conjunto de disposiciones de carácter administrativo que propician la consecución de los objetivos y garantizan la viabilidad de los programas.

FACTORES CONDICIONANTES:

Conjunto de elementos o características del hospedero susceptible del agente etiológico y del ambiente, que influye en cualquier sentido en el nivel y la estructura de salud de una población.

FUNCION PUBLICA:

Función social que el estado confiere al trabajador de la Administración Pública para que desarrolle en interacción con los demás trabajadores públicos y con el resto del pueblo peruano, acciones conducentes al logro de los objetivos nacionales y del gobierno, promoviendo la realización personal y social de cada trabajador en su ejercicio.

HECHO VITAL:

Todo Nacimiento vivo, defunción, matrimonio, divorcio, adopción, legitimación, reconocimiento, anulación o separación legal.

HIGIENE:

Es la ciencia y el arte de conservar y de mejorar la salud individual, mediante la práctica por el mismo individuo de hábitos correctos de vida.

INSTRUMENTO:

Es el conjunto de recursos combinados cuantitativa y cualitativamente, según criterio de eficiencia, para producir un tipo específico de actividad de salud. La finalidad de agrupar los recursos en unidades instrumentales es la de facilitar su análisis ya que sería imposible hacerlo con cada tipo de recurso.

INTERACCION:

Acción mutua o recíproca. Reacciones recíprocas de los integrantes de un grupo ante las variables de una situación o de uno respecto del otro.

MORBILIDAD:

Número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo determinados.

OBJETIVOS:

Lo que sirve de fin o meta para la acción; punto que hay que alcanzar o resultado al que se apunta.

POLITICA DE SALUD:

En un sentido amplio la política de salud es la guía de pensamiento en la adopción de decisiones que reflejan e interpretan los objetivos y establece el esquema para el proceso de planificación. En el sentido restringido es la forma como se están utilizando realmente los recursos que una comunidad dispone para atender su salud.

PUESTOS SANITARIOS:

Son los encargados de desarrollar actividades intra y extramurales de promoción, protección y recuperación de la salud, tales como: Atención médica elemental, primeros auxilios, inmunizaciones, promoción de saneamiento ambiental y registro de información bio-estadística. Son atendidos por personal auxiliar debidamente adiestrado, que desarrolla actividades en base a manuales e instructivas que orientan y limitan sus funciones. Recibe supervisión periódica del Centro de Salud.

SALUD PUBLICA:

Define el estado de bienestar de la comunidad como el estado de aquellas estructuras, instalaciones y formas de acción que la comunidad aplica para conservar la Salud colectiva. Sistema que opera en forma armónica con otros sistemas de beneficio social, procura colocar a todos los individuos de un grupo determinado en una situación considerada como "ideal" o "deseable", previamente definida y tendiente a favorecer el pleno desarrollo de las potencialidades humanas en el ejercicio de las funciones físicas, emocionales y sociales.