MINISTERIO DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DEL PERU

PROPUESTA DE INTEGRACION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LOS PROYECTOS DE DESARROLLO MICROREGIONAL

LIMA – PERU
1985
INDICE

INTRODUCCION

A. CONCEPTUALIZACION DE ATENCION PRIMAria DE SALUD .............. 01
   1. Como Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000 ........... 01
   2. Como Componente del Desarrollo Socio-Economico ............. 01
   3. Como Ejercicio de Derechos y Deberes de la Poblacion Orga-
      nizada ...................................................................... 02
   4. Como Nivel de Atencion ............................................ 02
   5. Como Sistema ......................................................... 02

B. ORGANIZACION DEL SISTEMA DE APS EN LA MICRO-REGION Y SUS INTER
   RELACIONES .............................................................. 03
   1. Elementos Sectoriales ................................................ 03
   2. Elementos Socio-espaciales ........................................ 07
   3. Elementos Integradores ............................................. 10
   4. Relaciones Intrasectoriales e Intersectoriales y con los -
      Organismos Socio-espaciales .................................... 10

C. DEFINICIONES RELEVANTES ........................................... 14
   1. Organización Comunal ............................................... 14
   2. Educación para la Salud .............................................. 15
   3. Participación Comunal ............................................... 15

D. PERFIL DE ACTIVIDADES PRIORITARIAS EN LA ATENCION PRIMARIA DE
   SALUD ................................................................. 16
   1. Actividades dirigidas al desarrollo socio-economico de la
      comunidad ............................................................. 16
2. Actividades dirigidas a personas y a familias .............. 16
3. Actividades dirigidas al ambiente .......................... 16a.

E. PERFIL DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA APS. .......... 17
   1. Información motivadora periódica ........................ 17
   2. Asesoramiento en asuntos técnico-administrativos ...... 17
   3. Apoyo para ejecución de actividades programadas ...... 17

F. CAPACITACION Y FORMACION DE RECURSOS HUMANOS .... 18
   1. Metodología ......................................... 18
   2. Destinatarios ....................................... 20

G. RECURSOS NECESARIOS ........................................... 22
   1. Recursos Humanos ................................... 22
   2. Recursos Materiales .................................. 25
   3. Recursos Financieros .................................. 27

H. INDICADORES DE EVALUACION ..................................... 28

I. PROPUESTA DE MECANISMOS PARA LA INSTITUCIONALIZACION DE LA ATENCION PRIMARIA EN LA SIERRA ....................... 31
   1. Dispositivos Legales .................................. 31
   2. Organización del Sistema Nacional de Servicios de Salud 31
   3. Difusión de los Alcances de la APS. ...................... 32

BIBLIOGRAFIA ..................................................... 33

ANEXO .......................................................... 36
INTRODUCCION

En 1978, el Gobierno Peruano participó en la Conferencia Internacional de Alma Ata sustentando una ponencia que era el producto de múltiples y variadas experiencias de extensión de coberturas de salud con participación comunal realizadas en el país, las cuales habían sido motivo de análisis y discusión en diversas reuniones científicas que tuvieron carácter intersectorial y multidisciplinario y que además contaron con la participación de cultores de la medicina tradicional y de líderes y dirigentes de la comunidad.

En la Declaración de Alma Ata, producto de dicha conferencia, se recogieron muchos de los planteamientos contenidos en la mencionada ponencia, particularmente, en lo referente al rol protagónico de las organizaciones sociales de base y en lo concerniente a la integración de las acciones de salud en el proceso de desarrollo socio-cultural histórico de cada comunidad.

El compromiso asumido por el Perú con la Meta Social "Salud para Todos" y con la Estrategia de Atención Primaria de la Salud fueron concretándose paulatinamente a través de un intenso proceso de búsqueda de mecanismos operativos que dieron como resultado la formulación del Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud 1980-84 y los correspondientes Programas Regionales para 1980.

El cambio de Gobierno producido en el país a mediados de 1980 y las consiguientes modificaciones al interior de los órganos de conducción-gestión condujo al progresivo deterioro de las acciones y a su virtual estancamiento.

Es en estas circunstancias que ante el pedido expreso de la División "Proyectos de Desarrollo Micro-regional: Sierra-Sur", dependencia de la Oficina del Primer Ministro; un grupo de técnicos, ligados al proceso que culminó con el Plan de Apoyo a la Atención Primaria, elaboró un "Proyecto de Atención Primaria de Salud Integrada al Desarrollo Micro-regional", documento que ha tenido escasa difusión.

La Escuela de Salud Pública del Perú, participó a través de su personal directivo y docente, así como con sus alumnos del primer Programa de Maestría en Salud Pública, en el proceso de conceptualización y operacionalización de la Atención Primaria de la Salud y específicamente en la elaboración del mencionado Proyecto, por lo que ha visto por conveniente su publicación como documento de trabajo en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
.../

* Dres. Oscar Martínez Horna
  Felix Vallenas Gamarra
Nutric. Miyaray Benavente Ercilla
Enferm. Martha Donet Gamarra
A. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

1. Como estrategia de "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000"

Existe consenso mundial en señalar, como objetivo de las acciones de salud, el logro de un nivel aceptable de "Salud para todos en el año 2000".

Para llegar a éste objetivo se considera necesario:

- Incorporar a todos los individuos y organismos sociales, como recursos humanos en las actividades de salud, promocionando la autogestión y la autoresponsabilidad.

- Integrar las acciones de salud dentro de los Planes y Programas de Desarrollo socio-económico.

- Producir, adaptar y utilizar tecnología apropiada a las necesidades y problemas reales y prioritarios de salud y de desarrollo socio-económico de la población mayoritaria ajustadas, en sus costos y operatividad, a las capacidades locales, regionales y nacionales.

- Voluntad política de gobiernos nacional, regionales y locales, traducida en suficiente asignación de recursos.

- Voluntad de Organismos Internacionales, para trabajar por el establecimiento y mantenimiento de un "Nuevo Orden Económico Internacional" más justo que contribuirá a la paz mundial.

En la medida en que las acciones anteriormente señaladas sean incorporadas y operativizadas en el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud, está emergirá, como la Gran Estrategia para hacer viable y factible el objetivo de "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000".

2. Como Componente del Desarrollo Socio-económico

El proceso salud-enfermedad es un fenómeno bio-psico-social sumamente complejo e interdependiente con fenómenos económicos, políticos y culturales sobre los que influye y de los que, a su vez, es resultado.

Salud y desarrollo socio-económico no constituyen una dicotomía sino una unida d inseparable cuyas manifestaciones más visibles son la calidad y las condiciones de vida de la población.

En la medida en que la Atención Primaria de Salud integre acciones de salud y de desarrollo socio-económico, constituye un valioso esfuerzo por superar las dicotomías artificiosamente construidas en torno a salud-enfermedad, salud-desarrollo socio-económico y desarrollo social-crecimiento económico.
En esta perspectiva, al referirnos a desarrollo socio-económico, no pensamos en simple crecimiento económico, ni siquiera en modera-
nización del "polo primitivo-tradicional de la sociedad", sino en un proceso de cambios estructurales y de relaciones sociales, que
partiendo de la específica dinámica interna de la comunidad, ase-
gure a los individuos, familias y grupos sociales, oportunidades
reales de una vida social y económicamente productiva.

En consecuencia, la APS deberá integrar, en un único programa, --
acciones de salud y de desarrollo socio-económico que respondan a
los problemas y necesidades prioritarios, identificados como --
tales por la propia comunidad protagonista, y ambos tipos de ac-
ciones deberán mostrar su eficacia en términos de superiores con-
diciones y calidad de vida y salud de la población de menores re-
cursos.

3. Como ejercicio de derechos y deberes de la población organizada

Si consideramos a la Salud como patrimonio esencial del ser huma-
ño y de la sociedad, es indiscutible obligación y derecho de --
éstos, obtenerla, defenderla y promoverla.

Con éste criterio, la APS debe ser fundamentalmente, ejercicio in-
dividual y colectivo de deberes y derechos de las personas y de la comunidad organizada, en aspectos vinculados a su propia salud.

4. Como nivel de atención

Los problemas de salud difieren en cuanto a su grado de compleji-
dad, por lo que las acciones para su solución deberán ser organi-
zados en niveles de atención, concordantes con dicha complejidad.

A nivel del hogar y de la comunidad, la inmensa mayoría de los
problemas de salud son de escasa complejidad recuperativa; pero en cambio, por su estrecha vinculación con fenómenos sociales y económicos, son sumamente complejos desde el ángulo preventivo-
promocional.

La APS está ubicada precisamente en este nivel en el que el peso
de las acciones preventivo-promocionales y de desarrollo social, es ostensiblemente mayor que el de las acciones recuperativas; y por lo mismo, requiere la integración de recursos multisectoria-
les y aquellos aportados por los organismos socio-espaciales (fa-
milias, comunidades).

5. Como "Sistema"

En la medida que es un conjunto integrador de las acciones de
salud y de desarrollo social y económico, la APS no es definida
través de la suma de los elementos que la conforman y, mucho
menos, a través de sus componentes aislados, si-no, como una --
totalidad en la que sus elementos integrados, adquieren connotación y valor diferentes; en consecuencia, la "medicina simplificada" y - cualquier otra "actividad de salud o de desarrollo social y económico" realizada aisladamente, no reúnen los requisitos para ser consideradas como Atención Primaria de Salud.

En Resumen:

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD ES EL CONJUNTO INTEGRADO DE ACCIONES DE SALUD Y DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO PLANEADAS, PROGRAMADAS, EJECUTADAS Y ADMINISTRADAS POR LA COMUNIDAD ORGANIZADA, CON EL APOYO Y ASESORAMIENTO DEL ESTADO Y DE OTROS ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES.

B. ORGANIZACION DEL SISTEMA DE APS. EN LA MICRO-REGION Y SUS INTERRELACIONES.

Para tener una idea clara de las posibilidades de organización del sistema de APS. en la microregión y su enlace departamental-regional vamos a realizar muy someramente los elementos sectoriales y socio-espaciales que deberán interactuar, así como sus relaciones mutuas.

1. Elementos Sectoriales

a. De Salud

- Trabajadores de Campo

La perspectiva que proponemos - integración de la APS. en los proyectos microregionales de desarrollo - muestra que, el trabajador de campo juega un papel importante en la reorientación de las acciones que brindan los servicios de salud, transformándolas de exclusivamente intramurales, a acciones orientadas a toda el área socio-espacial de su jurisdicción.

Estos "trabajadores de campo" son de nivel profesional, técnico o auxiliar y están ubicados en cada uno de los niveles de atención; establecen vínculos directos entre el servicio de salud y la comunidad y entre los diferentes niveles de atención.

Administrativamente, el trabajador de campo depende de la jefatura del respectivo establecimiento y técnicamente de los equipos de apoyo a la APS.

La función principal de los trabajadores de campo, es el apoyo a la APS. Su número y categoría ocupacional serán determinados en el análisis de los siguientes niveles.

- Puestos de Salud

Son los establecimientos de salud de mayor penetración en la población; planta física ha sido, generalmente, donada o construida por la comunidad y, en otros casos, por el Ministerio de Salud u otras instituciones.
Estos establecimientos deberán asegurar la atención de salud intramural permanente y las acciones de apoyo a la APS. Su equipamiento deberá estar orientado a ambos tipos de acciones.

En cuanto a personal, cada Puesto requiere de un mínimo de dos trabajadores. Este personal, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, podrá estar constituido por: una enfermera y una auxiliar de enfermería o por un asistente de salud (bachiller profesional de salud) y un auxiliar de enfermería o por dos auxiliares de enfermería.

- Centros de Salud
Los Centros de Salud con las unidades operativas que, en la mayoría de los casos actuarán como establecimientos centrales de apoyo a la APS, y como elemento de concertación con los proyectos micro-regionales, por su ubicación en capitales de provincia.

La planta física y el equipamiento de cada Centro, deberán estar en función del tamaño del correspondiente grupo poblacional y de su accesibilidad a servicios de mayor complejidad (Hospital local). En todos los casos, estará equipado para realizar acciones integrales de salud, intramurales y de apoyo a la APS.

El personal mínimo indispensable de un Centro deberá estar constituido por:

- Un Médico
- Dos Enfermeras
- Una Obstetra
- Un Asistente Social
- Un Odontólogo o en su defecto por un Asistente de Servicios de Salud en Odontología.
- Un Técnico en Sanamiento
- Un Auxiliar de Estadística
- Un Auxiliar de Farmacia
- Un Auxiliar de Laboratorio
- Tres Auxiliares de Enfermería
- Un Trabajador de Servicio

El equipo de apoyo a la APS, en este nivel estará conformado por el médico, la enfermera, la obstetra, la asistente social, el técnico de saneamiento y una auxiliar de enfermería; y los trabajadores que primordialmente realizarán acciones extramurales (trabajadores de campo) serán: la enfermera, asistente social, técnico de saneamiento y auxiliar de enfermería.

En los casos en que el Centro de Salud esté implementado con camas de internamiento, se cuidará de dotarlo del personal suficiente para evitar la absorción, por las acciones recuperativas, del personal dedicado a acciones preventivo-promocionales.

- Jefatura de Areas Hospitalarias
Areas Hospitalarias son circunscripciones sanitarias que comprenden las de varios Centros de Salud y cuyas Jefaturas, generalmente ubicadas en capitales de departamentos, son los organismos encargados de la conducción y gestión de las acciones sectoriales y de la concertación de acciones con organismos de otros sectores y con los
elementos integradores (Corporaciones Departamentales de Desarrollo y Proyectos Microregionales de Desarrollo).

En este nivel deberán compatibilizarse y consolidarse las acciones de salud vinculadas con los Proyectos Microregionales de Desarrollo, y se elaborará el Plan y Programas Departamentales de Salud, como parte de los Planes Regionales de Salud y Departamentales de Desarrollo Socio-económico.

La Jefatura del Área Hospitalaria es el centro de apoyo en asuntos de gestión administrativa para las acciones de salud (referentes a personal, logística, contabilidad, etc.)

El personal de este nivel deberá ser reforzado en número y calidad apropiados a las importantes acciones de conducción administrativa.

En este nivel se constituirá un grupo de trabajo funcional (no estructural, multidisciplinario, presidido por el jefe de Área Hospitalaria, encargado de dinamizar el proceso administrativo de apoyo a la APS. El grupo estará integrado por trabajadores de campo que aseguran las relaciones directas con la comunidad y con los servicios periféricos.

- Direcciones Regionales de Salud
Las Direcciones Regionales de Salud son los Organos Desconcentrados que, en el ámbito regional, ejecutan los actos administrativos de competencia del Ministerio de Salud.

Entre sus funciones más importantes se encuentran las de:

- Proponer a la Alta Dirección la Política Regional de Salud, acorde con la Política de Desarrollo Regional.
- Formular el Plan Regional de Salud.
- Programar y administrar el desarrollo de los programas de atención integral.
- Aplicar y adecuar las normas
- Programar, ejecutar, controlar y evaluar Proyectos de Inversión.
- Coordinar y evaluar el desarrollo de Proyectos de Inversión dentro del sector.
- Ejecutar y evaluar el desarrollo de los proyectos sujetos a convenios nacionales e internacionales que en el campo de la salud se desarrollan dentro de su jurisdicción.
- Promover la participación de la comunidad en las acciones de salud.
- Coordinar los Planes y Programas de salud con los planes y programas de los Organismos Regionales y Departamentales de Desarrollo y con los otros sectores.

A nivel de la Región de Salud deberán conformarse un Grupo de trabajo multidisciplinario de carácter funcional que dinámice y asegure la conducción y la gestión del apoyo a la APS. Adecuando las normas nacionales y proponiendo políticas y normas adaptadas a la realidad regional.

MINISTERIO DE SALUD - CENDOG
b. De otros sectores
El apoyo a la Atención Primaria de Salud requiere el concurso multisectorial en cada uno de los niveles (nacional, regional, local)

El concurso de los otros sectores reviste capital importancia en:

La información motivadora periódica; el asesoramiento en aspectos técnico-administrativos (para efectos del diagnóstico, programación y ejecución de acciones) y la capacitación de los recursos humanos de la comunidad.

- En el Sector Educación -nivel local-, los Centros Comunales de Alfabetización, como entes de acción pedagógica para efectos del Plan Nacional de Alfabetización, bajo la responsabilidad de alfabetizadores y los profesores de los Centros Educativos, en el marco de su programa de Promoción Comunal, constituyen elementos básicos del apoyo a la Atención Primaria de Salud.

En el nivel microregional, los supervisores de Educación (núcleos educativos comunales) representan el elemento del Sector Educación que actuará en la concertación de acciones. En este mismo nivel, los Comités Locales de Alfabetización, presididos por el Alcalde e integrados por representantes de los diferentes sectores y de las organizaciones Comunales, constituyen un mecanismo de coordinación intersectorial que puede ser positivamente utilizado.

Las Direcciones Zonales y Departamentales de Educación, como organismos responsables de la gestión y conducción de las acciones sectoriales y de concertación de acciones con organismos de otros sectores y con los elementos integradores - (Corporaciones Departamentales de Desarrollo y Proyectos Microregionales), serán los organismos responsables de compatibilizar y consolidar las acciones de educación relacionadas con el desarrollo socio-económico de la comunidad y, por ende, con la Atención Primaria de Salud.

- En el Sector Agricultura, el Instituto Nacional de Investigación y Promoción Agraria (INIPA), organismo descentralizado del Sector Agrario que conduce la investigación, extensión y fomento agropecuario, es el organismo que deberá constituirse en el elemento sectorial de apoyo a la APS.

En el nivel local, los Sectoristas (Técnicos Agropecuarios) que, para efectos de las actividades de extensión agrícola, son el nexo con el agricultor, constituyen otros recursos básicos en el apoyo a la APS.

En el nivel micro-regional, las Agencias (dependientes de las Zonas de Promoción Agraria) a cargo, generalmente, de un ingeniero especialista en extensión (agente de extensión) supervisar y asesorar la labor de los Sectoristas y constituyen el establecimiento del Sector Agricultura de mayor penetración en la población. Convenientemente implementadas y
dotadas de recursos, serán elementos eficientes de apoyo a la APS.

Las Zonas de Promoción Agraria, generalmente ubicadas a nivel provincial, cuentan con especialistas en cultivo, ganadería y extensión y promoción social, encargados del apoyo y asesoramiento a los Agentes de Extensión y Sectoristas.

En el nivel Regional y Departamental, existen Comités de Coordinación integrado por funcionarios a cargo de dependencias del Sector Agrario (Director de Región Agraria, o Jefe de Oficina Agraria del CIPA, Jefe del Banco Agrario y Jefes de otras dependencias del sector). Es a este nivel que se compatibilizarán las acciones entre los diferentes sectores para efectos de concretar el apoyo a la APS.

2. Elementos Socio-espaciales

La categoría "socio-espacial" es sumamente importante en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, con una perspectiva integral, el permitirnos estudiar la tríada agente-huésped-ambiente, en interacción y formado parte de un particular desarrollo histórico-socio-cultural.

En el presente trabajo cobran especial importancia las formas de organización socio-espaciales más simples: familia y comunidad, pero, al mismo tiempo, las más importantes para la salud por ser los "espacios" que intermedián la determinación social de lo biológico y su concreción en niveles individuales y colectivos de salud.

a. Familia:

En el contexto de este trabajo, la familia es conceptualizada como la "célula de la sociedad" que está formada por personas unidas por lazos de parentesco, conciencia de grupo, vínculos afectivos y vivienda común.

Se reconoce que las familias no son homogéneas, se diferencian unas de otras por el distintos riesgo de enfermar y morir determinado por factores económicos, educacionales, demográficos y por la calidad de la vivienda y ambiente que ocupan.

La Atención Primaria de Salud, como estrategia para lograr el objetivo de "salud para todos en el año 2000", persigue contrarrestar la tendencia de los servicios de salud de concentrar sus acciones en los grupos poblacionales, con menores riesgos de enfermar y morir y para ello deberá ubicar en el centro de su atención a las unidades familiares de alto riesgo "UFAR", así calificadas por el excesivo número de menores de 6 años, déficiente capacidad adquisitiva, vivienda insalubre y bajo nivel de escolaridad de los padres (Ver "ficha de calificación de riesgo familiar").

Es en las "UFAR" donde se concentran las enfermedades y muertes evitables y al mismo tiempo son ellas las que por razones geográficas, económicas o culturales carecen de acceso a los servicios de salud.
La ubicación de estas familias en el centro de atención de las acciones de la APS, permitirá contar con un buen indicador de la eficacia y eficiencia del programa de APS, así como del apoyo que ésta reciba por parte del Estado.

b. Comunidades
Conceptuamos este nivel organizativo socio-espalial como el conjunto de familias que ocupan un territorio común, unidas por un lazo social fundado en valores compartidos y por comunicación constante interpersonal, así como por la aceptación de autoridades que emanen de la voluntad del grupo.

Consideramos que es en este nivel donde deberán establecerse los canales de comunicación operativos directos entre los organismos sectoriales y la comunidad y su congresión en la programación de acciones de salud y de desarrollo por parte de la comunidad y la programación del apoyo a las acciones comunales por parte de los diferentes sectores.

Señalamos este nivel de contacto sectorial-comunitario, como el más apropiado, debido a que una mayor penetración de los sectores contribuye a debilitar la acción organizada al atomizarla en pequeños grupos poblacionales cuyas decisiones resultan intrascendentes y porque en escalas mayores de organización de la población, la intervención de ésta en las decisiones, es necesariamente intermediada.

Es indudable la dificultad que existe para identificar a las organizaciones comunales por la tipología diversa que adop- tan y por los esteriotipos que existen de "comunidad". En nuestra experiencia, nunca hemos encontrado comunidades car- rentes de organización, pero tampoco hemos encontrado la comunidad mitificada (homogénea, solidaria, sin conflictos, con tierra y medios de producción comunes, etc.), que fue descrita hasta hace algunos años.

Uno de los factores que dificulta su reconocimiento, es que las comunidades en su natural proceso de crecimiento han dado origen a núcleos poblacionales (comunidades hijas) que adoptan nombres y organización diversos; parcialidades, anexos, ayllus, estancias, barrios, etc. a este conjunto poblacional nos vamos a referir como núcleos familiares:

- Núcleos Familiares:
Conceptuamos este nivel organizativo socio-espalial como el conjunto de familias vecinas entre sí, unidas por un lazo social fundado en valores compartidos y en la comunidad constante interpersonal "cara a cara", así como por la aceptación de autoridades que emanen de la voluntad del grupo.

El concepto "núcleos familiares" resulta importante para la APS, porque es este el nivel organizativo en el que las decisiones son asumidas directamente por la población, sin intermediarios y con conocimiento de "primera mano" de los problemas y necesidades comunes, especialmente, en cuanto
a sus UFAR, a focos de contaminación ambiental, carencia de servicios esenciales, así como de la disponibilidad de recursos - para solucionarlos. La importante gravitación de la presión social en este nivel asegura el cumplimiento de los compromisos asumidos individual y colectivamente por la población, por los dirigentes de la comunidad y por las autoridades sectoriales.

Los núcleos familiares son los mejores elementos de control y evaluación de los programas de Atención Primaria de Salud y de Apoyo a la Atención Primaria de Salud.

La APS y el AAPS, orientados como están a la transformación de la sociedad, corren inminente riesgo de caer en el dirigismo o autoritarismo, por lo que es preciso señalar que, en toda transformación deberá privilegiarse el factor endógeno, a la potencialidad interna del organismo social; y, de ninguna manera, al factor externo, al factor exógeno, que en el caso de la APS está representado por las acciones sectoriales. Ambos factores son imprescindibles para el cambio, pero respetando la potencialidad interna de la familia y de los grupos sociales, promovemos la autenticidad; privilegiando el factor exógeno caemos en la manipulación.

Para los programas de APS y de AAPS, las comunidades y los núcleos familiares prioritarios serán aquellos que concentran UFAR con puntaje más elevados.

c. Gobiernos locales
Las Municipalidades, organismos de Gobierno local, asentadas en las capitales de provincia y de distrito, aún no cuentan con recursos suficientes para cubrir en forma efectiva la jurisdicción de su competencia. Tratándose de asuntos de salud, tienen escasa ingerencia en el saneamiento ambiental y casi ninguna, en otros aspectos preventivo-promocionales y aún menos en los recuperativos.

Lo anterior es válido, especialmente, para las municipalidades distritales.

La coordinación de los Gobiernos Locales con los sectores es precaria. Sin embargo, al ser organismos elegidos por la población y tener dentro de sus funciones la planificación y ejecución de los planes de desarrollo de sus circunscripciones, éstos gobiernos se constituyen en los organismos socio-espaciales estratégicos para impulsar el apoyo a la APS, integrando los Proyectos Microregionales de Desarrollo y vertebrando la concertación entre los órganos desconcentrados de los diferentes sectores.

Los Gobiernos Locales, para convertirse en verdaderos organismos de gobierno capaces de integrar las acciones sectoriales y comunales en un proyecto único de desarrollo, deberían utilizar sus escasos recursos en las acciones de planeamiento, supervisión, evaluación y control de las acciones y en la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para el desarrollo de los planes y programas, dejando la ejecución directa de las acciones, a los organismos sectoriales, desconcentrados, a los organismos públicos descentralizados y a la misma comunidad.
d. Gobierno Regionales
Aún no existen los Gobiernos Regionales como tales; pero actualmente se encuentran en pleno proceso de implementación las Corporaciones Departamentales de Desarrollo y las Direcciones Departamentales de Servicios Públicos, organismos que, integrados, se constituirán en la base de los futuros Gobiernos Regionales.

3. Elementos Integradores

a. Proyectos de Desarrollo Micro-regional
Los Proyectos de Desarrollo Micro-regional, serán valiosos elementos impulsores, dinamizadores e integradores de las acciones sectoriales y socio-espaciales, siempre que:

- no se perennicen, sino tengan carácter transitorio, con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de la capacidad de conducción y gestión de los organismos de gobierno local.

- los proyectos partan de la identificación y priorización de problemas y necesidades reales, reconocidos y sentidos por la población mayoritaria y permitan, por tanto, la formulación de objetivos globales comunes.

- definan, con toda precisión, los roles y responsabilidades de los organismos sectoriales y de los socio-espaciales, así como del aparato administrativo del proyecto.

- propician la producción o adaptación de tecnología apropiada a la realidad específica de su ámbito.

b. Corporaciones Departamentales de Desarrollo
Estos Organismos Públicos Descentralizados son, en la presente coyuntura elementos clave para impulsar la integración de planes y programas sectoriales en el nivel departamental, concordarlos con el Plan Nacional de Desarrollo y compatibilizarlos con las reales necesidades de la población mayoritaria.

La afirmación anterior se sustenta en la presencia de éste organismo, de representantes de los sectores, de los gobiernos locales y de las instituciones representativas de la sociedad; en su autonomía económica y administrativa; y en las atribuciones que les ha conferido la ley.

4. Relaciones intrasectoriales, intersectoriales y con los organismos socio-espaciales.

La organización del apoyo a la atención primaria de salud requiere la concertación de sus componentes: Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, dependencias de las FFAA y PP. y de los Organismos No Públicos; por lo menos de los señ
lados en primer lugar. La concertación deberá estar orientada al establecimiento de objetivos globales comunes, delimitación de los respectivos ámbitos de influencia, incluyendo funciones y responsabilidades. Todo ello inserto dentro de los planes de desarrollo nacional y regional.

La Constitución y el Decreto Ley N° 22365 del Sistema Nacional de Servicios de Salud, brindan suficientes recursos legales para la implementación de los consejos Nacional, regionales y locales de salud, elementos clave para la concertación intrasectorial.

Por otro lado, al interior de las instituciones, es preciso confor mar Grupos de Trabajo Multidisciplinario en los niveles central, regional y micro-regional, que incluyan entre sus miembros, a res ponsables de los aparatos técnicos y administrativos (conducción, gestión y operación), a fin de dinamizar la elaboración de planes y programas reales debidamente integrados en sus objetivos, produc ción de actividades, gestión de recursos humanos, materiales y fi nancieros y en la conducción del proceso a través de mecanismos operativos de supervisión, evaluación y control.

Aspecto saltante de la articulación intrasectorial e intrainstitucional, es el vinculado con los niveles de atención. Pesa la obvia que ante problemas de salud de distinta complejidad, es necesario implementar un sistema escalonado de niveles de atención que tenga como base y primer nivel a la propia comunidad, con sus distintas formas organizativas, atendiendo la inmensa amorfía de problemas de salud de escasa complejidad técnica, aunque sumamente complejos, si tenemos en cuenta su magnitud y su estrecha ligazón con fenóme nos sociales, económicos, políticos y culturales. Esta situación compleja, hace infructuosas las acciones aisladas del sector y obliga a valorizar sectores sociales y económicos y apreciar la enorme importancia del concurso de la población organizada, puesto que, de no tenerse en cuenta esta realidad, los problemas que en su inicio son de escasa complejidad recuperativa, a la larga se tornarán complejos, y de muy alto costo social y económico.

El apoyo a este primer nivel comunitario deberá ser coherente con los problemas y necesidades prioritarias de éste y, al mismo tiempo, ser integrado, para evitar distorsiones, manipulaciones, duplicación de esfuerzos, atomización y debilitamiento de la organización comunal y la frustración del personal de los servicios periféricos y de la propia población.

Lo anterior nos lleva a destacar la necesidad de que cada uno de los componentes del Sector se aboquen a reforzar los servicios periféricos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), sin ánimo de competencia sino confluyendo en lo conceptual, doctrinario, operativo y administrativo. De lograrse esta articulación en la base y cimentada en la efectiva voluntad política del Estado, se estará dando pasos seguros para una verdadera articulación intrasectorial. De otra manera, persistiremos en el juego formalista de la coordinación intrascendente.

Los componentes del SNSS deberán establecer, con toda precisión, la naturaleza de las relaciones de los servicios periféricos con
la organización comunal, sus funciones: organización, recursos y radio de influencia; sus responsabilidades en cuanto a supervi-
sión, evaluación y control; y los canales administrativos que -
aseguren los recursos humanos, materiales y financieros.

La articulación del servicio periféricos con los otros niveles -
de atención, especialmente con el nivel micro-regional, tiene -
enorme importancia para garantizar el acceso de la población a -
los niveles de atención de mayor complejidad, así como para el -
seguimiento del paciente y consolidación de su tratamiento me-
diante el control de los factores que lo generaron. Es a través -
de esta articulación vertical que se alcanzará la real adecua-
ción orgánico funcional institucional y sectorial a las necesida-
des y problemas prioritarios de salud de la población.

En conclusión, en cada uno de los niveles de atención, deben --
quedar claramente establecidos los puentes que aseguren el flujo -
ininterrumpido y oportuno, en ambos sentidos, de: información, -
usuarios de los servicios, personal, material de trabajo, equipos -
y recursos financieros.

Este flujo deberá ser implementado y evaluado en términos de efi-
cacia de las acciones y, de ninguna manera, sólo por su eficien-
cia.

En la micro-región, Area Hospitalaria en el caso del Ministerio -
de Salud, el Grupo de Trabajo Multidisciplinario anteriormente -
menionado, además de su importante papel articulador de las ac-
ciones intra-sectoriales, juega un importantísimo papel en la -
coordinación inter-sectorial y con los organismos socio-espaciales:
comunidad y Gobierno local.

La articulación intersectorial y socio-espacial en el nivel micro-
regional, estará orientada a la implementación de mecanismos de in-
formación fluidas y oportunas, que permitan la identificación de -
problemas, necesidades y objetivos globales comunes, para que, a -
partir de ellos, se llegue a la formulación de proyectos y progra-
mas integradores, coherentes con los planes Departamental, Regio-
nal y Nacional de Desarrollo y con las necesidades y problemas prio-
ritarios específicos de la micro-región.

La presencia en este nivel de: el gobierno local (Municipalidad -
Provincial), el Consejo Provincial de Desarrollo (Ley 23329), el -
Consejo Local de Salud y el Grupo de Trabajo Multidisciplinario -
del Area Hospitalaria, permitirá la integración paulatina sectorial -
y socio-espacial, a través de proyectos de desarrollo micro-regiona-
les viables y factibles, por contar con una amplia base social de -
respaldo y la integración de recursos de diversa procedencia, en -
torno a objetivos globales comunes.

La articulación socio-espacial y sectorial en la micro-región (pro-
vincia), permitirá que en el nivel local los servicios sectoriales -
periféricos, (en su inicio Educación-Salud-Agricultura), vayan de-
viniendo en verdaderas Unidades de Servicios Múltiples", organismos
operativos de los Consejos Distritales de Desarrollo implementados - para asegurar el apoyo a la atención primaria de salud y para atender la demanda de servicios locales.

La unidad de servicios múltiples (USM) no significa, de manera alguna, la creación de establecimientos especiales implementados con recursos humanos, materiales y financieros de todos los sectores, sino la posibilidad real de reforzar los servicios periféricos de mayor penetración, para que brinden servicios de educación y salud y también agricultura, con el apoyo y asesoramiento, de los niveles de mayor complejidad de los diferentes sectores.

En localidades rurales de Sierra, esta Unidad de Servicios Múltiples estará representada por la escuela y su único profesor, el que ya en la actualidad se ve obligado a enfrentar problemas no sólo educativos sino también de agricultura y salud, sin capacitación específica, con muy escasos o nulos recursos de materiales y equipos y sin el apoyo y asesoramiento necesarios.

No es difícil imaginar el importante rol que jugaría el profesor rural (convenientemente capacitado, apoyado, supervisado e incentivado) como elemento terminal e integrador de las acciones sectoriales y como interlocutor idóneo de la organización comunal.

En este nivel, cobra especial importancia la modalidad de relación entre los organismos socio-espaciales y los sectoriales. Nosotros postulamos que se establezcan relaciones de cooperación y no de dominación-dependencia, para asegurar el desarrollo auténtico de las comunidades. En todo caso debería reforzarse la capacidad de conducción de las organizaciones comunales y de los gobiernos locales; en tanto que, transitoriamente, el peso de las acciones de gestión estaría en manos de los organismos sectoriales. En cuanto a la ejecución misma de las acciones, es imprescindible que se diferencie con clara idoneidad y esté dedicado a aquéllas que corresponden a los servicios periféricos sectoriales de las que emprende la comunidad organizada.

Finalmente, conceptuamos que el eje vertebrador para una real articulación intra e intersectorial, supone el respeto a las formas organizativas a las que haya llegado la comunidad en su desarrollo histórico socio-cultural y, específicamente, a las formas de gobierno que expresen la voluntad popular.
C. DEFINICIONES RELEVANTES

1. Organización Comunal

Definimos comunidad como "Organización socio-espacial conformada por unidades familiares que habitan un territorio común; unidas por un lazo social fundado en valores compartidos y en la comunidad constante interpersonal "cara a cara", así como por la aceptación de autoridades que emanan de la voluntad del grupo".

El particular proceso de desarrollo histórico-social peruano -nación en formación- determina la existencia de diferentes modalidades organizativas comunales que dificultan su reconocimiento y hacen caer en la tentación de proclamar la necesidad de organizarlas.

Tentación mucho más fuerte en los "técnicos en organización y participación comunal", atados a "cliches" o estereotipos, que intentan imponer a la población su modelo de organización comunal.

La atención primaria de salud pretende acelerar el desarrollo social y económico de la comunidad respetando su autenticidad y es por ello que identifica como factor fundamental de cambio, la dinámica social interna de la comunidad, manifiesta en su modalidad y nivel organizativo.

Convencidos que "la función hace el órgano", consideramos que la comunidad al identificar sus problemas prioritarios y las acciones necesarias para solucionarlos entrará en un proceso de adecuación de su organización que asegure la transformación que ella misma desea.

En el proceso de adecuación organizativa de la comunidad, la "participación" del Estado a través de los diferentes sectores deberá limitarse a un rol de apoyo y asesoramiento, de agente catalítico; evitando en todo momento la imposición, el "voluntarismo organizador", que tiene funestas consecuencias, sin que se ponga en tela de juicio su "buena intención".

Corolario de lo expuesto, es la necesidad de incluir, como aspecto fundamental de la programación del Apoyo a la Atención Primaria de Salud, el estudio cuidadoso de la modalidad organizativa y la identificación de los dirigentes representativos de la comunidad con la que se va a trabajar.

En todo caso, deberá ser la asamblea de pobladores la que otorgue representatividad a los dirigentes que actuarán como interlocutores de los representantes sectoriales.
2. Educación para la Salud

La Atención Primaria de Salud y su desarrollo, suponen un proceso continuado de intercambio de conocimientos, tecnología y patrones culturales entre la comunidad y los servicios sectoriales, superando la dicotomía que "absolutiza" la sabiduría en uno de los polos y la ignorancia en el otro.

El proceso enseñanza-aprendizaje, o para ser más precisos el proceso de recrear conocimientos, actitudes y conductas, deberá ser consecuencia de la acción y reflexión de educadores-educandos sobre una realidad que los intermedia y compromete.

En tal sentido, el proceso educativo deberá guardar estrecha correspondencia con las diferentes etapas del Proyecto o Programa comunal e incorporará una metodología activa que asegure la comunicación, la unidad teórico-práctico y, por consiguiente, conductas transformadoras de la realidad.

La importancia que tiene el proceso educativo, para la Atención Primaria de Salud ha obligado a los autores a dedicarle un capítulo especial que será desarrollado más adelante.

3. Participación Comunal

En el desarrollo de la Atención Primaria de Salud se distinguen dos componentes: "Atención Primaria de Salud" que es el conjunto de actividades de salud y de desarrollo socio-económico que efectúa la propia comunidad; y "Apoyo a la Atención Primaria de Salud" que son las actividades que los sectores, realizan, dirigidas a dinamizar y a asegurar el desarrollo de la APS.

Bajo esta perspectiva, la comunidad no "participa" en la APS, sino que es su "directo protagonista", los participantes en la APS son los sectores que le brindan apoyo y asesoramiento. En cambio, en las acciones de salud que realizan los establecimientos de salud, los responsables directos son los trabajadores del Sector y los participantes, a través de diferente tipo de acciones, son las organizaciones comunales.

La Atención Primaria de Salud rebasa el concepto de participación comunal e incorpora, como elemento fundamental, el rol protagónico de la comunidad organizada en el planeamiento, ejecución y administración de sus propias acciones de salud y de desarrollo socio-económico.
D. PERFIL DE ACTIVIDADES PRIORITARIAS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

1. Actividades dirigidas al desarrollo socio-económico de la comunidad.
   a. Diagnóstico situacional
      - Identificación de problema y necesidades
      - Identificación de recursos
      - Identificación de prioridades
      - Calificación del riesgo de las Unidades Familiares
   b. Programa de Actividades
      - De servicios
      - De producción
   c. Administración y ejecución de programas
   d. Comunicación Social

2. Actividades dirigidas a personas y a familias
   a. Calificación de gestantes según riesgo
   b. Control de gestantes de mediano y alto riesgo
   c. Atención de parto normal y de recién nacido
   d. Control de puerperio y de recién nacido
   e. Control de crecimiento y desarrollo de niños
      - Somatometría
      - Estimulación temprana
      - Alimentación
      - Vacunación
   f. Apoyo y control de UFAR
      - Visitas a UFAR
      - Apoyo alimentario a UFAR
   g. Atención de demanda por morbilidad frecuente y de baja complejidad.
      - Primeros auxilios
      - Seguimiento y control de pacientes
   h. Vigilancia epidemiológica
      - Toma de muestras a pacientes sintomáticos, sospechosos de enfermedad infectocontagiosa
      - Registro de malnutridos
      - Registro de hechos vitales (nacimientos y defunciones).
3. Actividades dirigidas al ambiente

a. Abastecimiento de agua potable y para regadío
b. Disposición de excretas
c. Disposición final de basuras
d. Eliminación y control de perros, insectos y roedores
e. Identificación y control de áreas y factores de riesgo
f. Mejoramiento de vivienda.
E. PERFIL DE ACTIVIDADES DE APOYO A LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

1. Información motivadora periódica

2. Asesoramiento en asuntos técnico-administrativos:
   a. Diagnóstico Situacional
   b. Programación de actividades
   c. Ejecución y administración de Proyectos Locales de Desarrollo
      - Programa de salud integral
      - Proyectos de inversión
      - Proyectos de comunicación social

3. Apoyo para la ejecución de las actividades programadas
   a. Capacitación de recursos humanos de la comunidad
      - Dirigentes
      - Promotores
      - Parteras y otros cultores de la medicina tradicional
      - Líderes
   b. Dotación de equipos y materiales de trabajo
      - Equipos mínimos de diagnóstico y tratamiento para parteras y promotores.
      - Medicamentos
      - Material para acciones de saneamiento
      - Semillas, reproductores y otros insumos
      - Equipo para taller de comunicación social
   c. Apoyo financiero para proyectos de inversión
F. CAPACITACION Y FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

1. Metodología

La capacitación en el contexto de los programas de APS integrados a los proyectos de desarrollo micro-regional, está dirigida a la transferencia recíproca de tecnología: CAPACITADOR, CAPACITADO y se desarrolla a través del análisis de problemas y necesidades, alternativas de solución y aplicación de métodos y técnicas apropiadas.

La capacitación es un medio para alcanzar los objetivos de salud y de desarrollo socio-económico al más bajo costo, en el menor tiempo y con el menor número de conflictos sociales.

En principio, el proceso de capacitación deberá cumplir los siguientes requisitos:

- Ser coherente con los planes y programas
- Ser un proceso continuo
- Cubrir a todas las personas involucradas en los planes y programas.
- Mantener ligazón teórico-práctico.

La capacitación de recursos humanos de la comunidad deberá iniciarse con la de dirigentes, en temas generales de:

- Salud pública y desarrollo económico social
- Objetivos y alcances de la APS y proyectos de desarrollo micro-regionales.
- Líneas de apoyo a la APS.
- Adecuación orgánico funcional y proceso administrativo
- Metodología para la identificación de problemas y necesidades.
- Metodología para la elaboración de proyectos.

La capacitación de cultores de la medicina tradicional, estará orientada al intercambio de tecnología y a las posibilidades de integración de la medicina tradicional con la occidental, para el mejoramiento de las acciones y de los servicios de salud.

El promotor de salud, considerado en muchos programas como el elemento más importante de la APS, en nuestra concepción, no define a la APS, pero, tiene un importante rol motivador y dinamizador de las acciones de salud y de desarrollo socio-económico que comprende la comunidad.

Para ello es importante que la persona seleccionada reúna como condiciones fundamentales las siguientes:

- Historia de liderazgo al servicio de su comunidad
- Vivienda, trabajo y lazos afectivos estables que garanticen su presencia en la comunidad.
- disponibilidad de tiempo que le permita el trabajo adicional al servicio de la comunidad.
- aceptación de parte de dirigentes, autoridades y población, y
- ser elegido por la comunidad en asamblea.

La propia comunidad y no solamente los trabajadores del Estado, deben estar conscientes de todos estos requisitos.

La no interiorización de los anteriores criterios, ha conducido al fracaso en la capacitación de promotores, por su elevada deserción y por la escasa aceptación que logran de parte de la comunidad.

Igualmente, deberá tenerse en cuenta que el promotor de salud, NO ES MIEMBRO DEL PERSONAL DE SALUD, por lo que los criterios de selección y metodología de capacitación, son totalmente diferentes.

Debe insistirse en la ubicación del promotor de salud, como dependiente de la organización comunal, y de ninguna manera de los servicios de salud. En las experiencias en que no se ha tomado en cuenta éste criterio, el promotor de salud se ha tornado dependiente de los servicios, ha entrado en un paulatino desarraigo con respecto a su comunidad, con la que ha establecido barreras que han dificultado las acciones de APS; adicionalmente, al sentirse como personal de salud, ha adoptado patrones de conducta con tendencia a acciones recuperativas y mercantilistas y, en algunos casos, han terminado agremiándose y exigiendo ser incorporados en el personal de salud.

La experiencia en capacitación de promotores que ha dado mejores resultados, es la que sigue una secuencia concordante con las etapas del programa de APS.

- Diagnóstico
- Programación
- Ejecución - administración

Intercalando cada periodo de capacitación, con periodos destinados a la ejecución práctica del diagnóstico y la programación en la propia comunidad de origen, para terminar con la capacitación para la ejecución de las actividades programadas por ellos mismos. Lo que permite que la capacitación para la ejecución se adecüe a los problemas y necesidades identificados y a las alternativas de solución seleccionados para cada comunidad.

La capacitación en etapas permite, asimismo, que las personas seleccionadas por la comunidad, no permanezcan mucho tiempo alejadas de sus actividades normales y evita la selección de personas sólo por su mayor disponibilidad de tiempo, mayor escolaridad, juventud, etc. que no aseguran la idoneidad para desempeñarse como promotores de salud.
En relación a las parteras tradicionales, se deberá cuidar el no caer en el error de "formar" parteras; sino capacitar a aquellas que tradicionalmente vienen desempeñando.

El ambiente adecuado para la capacitación de promotores de salud y parteras tradicionales, no debe ser de manera alguna el hospital, ni siquiera con el argumento de que allí se concentran los problemas recuperativos. Hay estudios que muestran que a estos establecimientos llega únicamente el 0.5% de los problemas de enfermedad, por lo que la capacitación de promotores no debe estar circunscrita a éste pequeño muestrario de patología.

Los promotores de salud y las parteras tradicionales requieren ser capacitados en un ambiente donde se dé atención preferente a los aspectos preventivo-promocionales y al mismo tiempo, donde existe el personal idóneo para realizar una capacitación integral; los ambientes que, convenientemente reforzados, resultan ser los más adecuados son el Centro de Salud, el Puesto Sanitario y la misma comunidad.

Por otro lado, el material didáctico que será empleado en la capacitación deberá ser el mismo que en la posterior ejecución de actividades será utilizado por promotores y parteras.

La capacitación de los grupos de trabajo multidisciplinarios de los diferentes niveles del Sistema de Servicios de Salud, de personal de otros sectores y de los gobiernos municipales, así como personal de los proyectos de desarrollo micro-regional, se deberá realizar en seminarios-taller, de tal manera, que su respectiva experiencia y conocimiento de la realidad, se traduzca en la producción de objetivos globales comunes, estrategias y actividades concertadas, así como los correspondientes criterios de evaluación.

2. Destinatarios

En principio la capacitación debería orientarse a:

2.1 Personal de organismos sectoriales:
   a. Sector Salud
      Equipo de Apoyo a la APS de las Regiones de Salud
      Equipo de Apoyo a la APS de lasAreas Hospitalarias
      Equipo de Apoyo a la APS de los Centros de Salud
      Personal de los Puestos de Salud

   b. Otros Sectores
      Profesores
      Extensionistas agrícolas
      Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales
      Miembros de la Iglesia

2.2 Recursos Humanos de Organismos socio-espaciales:
   a. A nivel de comunidad
b. Gobierno municipales

c. Proyectos micro-regionales

d. Corporaciones Departamentales de Desarrollo
G. RECURSOS NECESARIOS

1. Recursos Humanos

   a. Personal

      (1) Del Sector Salud

      El papel decisivo que los Servicios de Salud deben jugar en el Apoyo a la Atención Primaria de Salud, hace necesaria su implementación con los recursos humanos mínimos necesarios.

      - En los niveles Regional y de Area Hospitalaria, será necesario constituir Equipos Multidisciplinarios de Apoyo al Desarrollo de la Atención Primaria de Salud, conformados básicamente por:

         . El Director de Región de Salud o Area Hospitalaria (quien lo presidirá)

         . Los jefes de los Servicios y/o Departamentos de: Contabilidad, Abastecimiento, Enfermería, Servicio Social, Nutrición, Saneamiento Ambiental, Epidemiología, Educación para la Salud, y otros que se considere conveniente.

      - El Centro de Salud, como Servicio periférico de Salud es la unidad operativa que actuará como base de Apoyo a la APS y, en consecuencia, deberá contar con un mínimo de personal que garantice la ejecución de las actividades propias del establecimiento, así como aquellas dirigidas a apoyar y asesorar el desarrollo de las acciones del Puesto Sanitario y de las comunidades de su jurisdicción.

      El personal estará constituido por:

         . Un médico
         . Una enfermera
         . Una obstetriz
         . Una asistente social
         . Una asistente de salud en Odontología
         . Un técnico de saneamiento
         . Un auxiliar de estadística
         . Un auxiliar de farmacia
         . Un auxiliar de laboratorio
         . Tres auxiliares de enfermería
         . Un trabajador de servicio
- El Puesto Sanitario es el establecimiento de salud que, por su mayor penetración en el área rural operativizará el volumen más importante de acciones de Apoyo a la APS. En tal sentido, requiere de personal que, tanto en número como en calidad, haga factible no sólo el desarrollo de actividades integrales de salud en la localidad sede del establecimiento, sino que también asegure las acciones de Apoyo a la APS en las localidades alejadas del Puesto Sanitario.

Para tal efecto, requerirá de un mínimo de dos trabajadores que, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, podrán ser:

- Una enfermera y un auxiliar de enfermería, o
- Un asistente de salud (bachiller profesional de salud) y un auxiliar de enfermería, o
- Dos auxiliares de enfermería

(2) De otros Sectores

- Profesores de área rural
- Profesores encargados de la promoción comunal
- Directivos de núcleos educativos comunales y zonales de educación
- Sectoristas de Agricultura
- Agentes de extensión
- Especialistas de las zonas de promoción agraria
- Directivos de las zonas de promoción agraria y oficinas agrarias
- Autoridades políticas, militares y religiosas

(3) De Organismos Socio-espaciales

- Autoridades de gobiernos locales
- De la Comunidad

Es importante recordar que la Atención Primaria de Salud es el enfoque que permite rescatar la presencia de la comunidad en la solución de sus propios problemas de salud. Por consiguiente, el rol de la comunidad en este proceso es esencialmente protagónico, al ser ella el SUJETO Y EL OBJETO de todas las acciones.

En la comunidad la responsabilidad de la APS recae en la Organización Comunal que represente a la mayoría de la población (Consejos de Administración, Juntas vecinales, Asociación de pobladores, etc.). Este organismo es el que designará a los responsables de los aspectos operativos del proyecto.
Como Recursos Humanos de la Comunidad, se ha identificado básicamente a: Dirigentes, Líderes, Promotores de Salud, Parteras Tradicionales y cultores de la medicina tradicional.

1. Dirigentes y Líderes

El análisis de las experiencias de la APS en el país así como las evaluaciones de las acciones que en el marco de esta estrategia vienen realizando las Regiones de Salud, confirma que la comunidad y el desarrollo adecuado de la APS depende fundamentalmente del rol que juegue cada Organización Comunal dentro del contexto social y económico de su ámbito de responsabilidad.

De esta conclusión surge la conveniencia de que una de las primeras actividades de apoyo del Estado a la Comunidad sea la capacitación de los dirigentes y líderes de ésta, para que puedan orientar y dinamizar las acciones tendientes a identificar sus necesidades de salud, priorizar sus problemas, buscar las soluciones, y aprovechar al máximo sus propios recursos y los que el Estado y otras fuentes le suministren.

2. Promotores de Salud

Los Promotores de Salud son líderes de la comunidad elegidos por ella e integrados a su organización, comprometidos en realizar acciones integrales mínimas de salud y de desarrollo, previa capacitación y, con el consiguiente asesoramiento, supervisión y control por parte del Sistema de Servicios de Salud y por la organización Comunal.

El Promotor de Salud desempeña su labor en el ámbito de su comunidad, depende directamente de la Organización Comunal y, en consecuencia, es ésta la que definirá (en Asamblea General) sus condiciones de trabajo.

El Promotor de Salud, previa capacitación, estará en condiciones de:
- Estimular y apoyar actividades orientadas a lograr el desarrollo de la comunidad.
- Ejecutar actividades de salud, de nivel mínimo, comprendidas en los programas de salud que desarrolla el Sector (ver anexo).

3. Partera Tradicional

Es un miembro de la comunidad que tradicionalmente y en forma empírica, viene realizando la atención de
miciliaria del parto y del recién nacido. Forma parte de la estructura organizativa de la comunidad a la cual está integrada, coordina sus acciones con el Promotor de Salud y demás representantes de la Comunidad.

La Partera Tradicional, previa capacitación, estará en condiciones de:
- Contribuir a elevar el nivel de salud de la madre y del niño, al brindar atención adecuada del parto normal.
- Participar en el desarrollo de actividades que contribuyan a la promoción humana y social de la comunidad.
- Proporcionar educación a la familia sobre saneamiento del medio y brindar primeros auxilios en caso de urgencia.

2. Recursos Materiales

a. Materiales para equipamiento y reequipamiento de establecimientos de salud

Con el fin de que los establecimientos de Salud estén en condiciones de cumplir sus propias actividades y aquellas referentes al Apoyo a la APS, es necesario el equipamiento o reequipamiento de Áreas Hospitalarias, Centros de Salud y Puestos Sanitarios.

Áreas Hospitalarias
Se ha considerado el equipamiento complementario de un taller de Saneamiento y un taller de Comunicación. (ver anexos 7 y 8)

Centros de Salud
Los Centros de Salud contarán con un equipo mínimo, según modelo (ver anexo 10), ajustado al estudio de sus necesidades y de los recursos de que actualmente disponen.

Puestos Sanitarios
Deberán contar con equipo mínimo, según modelo, (ver anexo 11) que, al igual que en el Centro de Salud, será proporcionado a partir de un inventario de las necesidades y existencias reales.
Asimismo, se le dotará de un stock de medicamentos (ver anexo 19) para ser utilizado en la satisfacción de la demanda.
b. Materiales y equipos para la comunidad

La ejecución de actividades propias de la APS, requiere de equipos y materiales que, en muchos casos, no existen en las comunidades, por lo que será necesario proveerlas de éstos.

Es necesario anotar que ni en equipos, ni en materiales se duplicará lo que ya posea cada comunidad, de acuerdo al inventario de sus propios recursos.

- Equipos mínimos de diagnóstico y tratamiento para Promotores de Salud y Parteras Tradicionales:

Las localidades incorporadas a la APS recibirán, a través de su Organización Comunal, equipos mínimos según modelo, para actividades dirigidas a las personas, para ser usados por Promotores de Salud y Parteras Tradicionales (ver anexos 13 y 14).

- Medicamentos:

Cada una de las localidades incorporadas a la APS recibirá una dotación de medicamentos sintomáticos de eficacia comprobada y uso frecuente, según modelo (ver anexo 12), la que constituirá la base de un botiquín que será administrado por la Organización Comunal. Podrá agregarse a la lista aquellos medicamentos que la patología regional y local haga necesarios, previa aprobación del organismo pertinente.

El monto de la entrega será de un valor aproximado de 0.5 dólares per-cápita.

Los medicamentos serán vendidos a la población con un re-cargo no mayor al 10% sobre su costo (excluyendo los casos de indigencia comprobada por la Organización Comunal), a fin de constituir un fondo rotatorio comunal que permita el mantenimiento del stock de medicamentos.

- Materiales para acciones de saneamiento del medio:

En lo referente a acciones dirigidas al saneamiento del medio, se proveerá, básicamente, de materiales de construcción que no existen en la comunidad, para la protección de fuentes de agua e instalación de letrinas. Entre estos materiales, algunos serán prefabricados (módulos para protección) y otros serán sustancias químicas para potabilizar el agua.

Se ha considerado la asignación de un monto de aproximadamente 1,000 dólares por localidad para protección de fuentes de agua y/o instalación de letrinas (ver anexo).

- Semillas, reproductores y otros insumos:

En lo referente a actividades dirigidas al desarrollo socio-económico, se prevé la dotación de insumos que permitan una mejor y mayor producción de alimentos, tanto de origen animal, como vegetal.
Básicamente, el apoyo en este rubro se concretará en la dotación de semillas, reproductores de animales menores, y, eventualmente, herramientas y equipo de labranza y crianza, en el caso de que la comunidad no los posea. (ver anexos)

Los materiales y equipos proporcionados serán adjudicados a la comunidad a través de la máxima instancia de su Organización Comunal, la cual será responsable de su administración interna.

Será conveniente prever mecanismos de recuperación, con la finalidad de constituir "fondos rotatorios" que permitan lograr un efecto multiplicador de las acciones.

- Equipo para taller de comunicación social:
Para que la comunidad por medio de la Educación Sanitaria, tome conciencia de sus problemas y necesidades de salud y de desarrollo, de las acciones necesarias para solucionarlos, de los roles que deben asumir el Estado y la comunidad, de los derechos y responsabilidades de la población en lo vinculado con la salud y con su desarrollo social y económico, requiere estar implementado con un equipo básico que le permita desarrollar su creatividad en la producción de material didáctico, de acuerdo a su realidad y que le permita un mayor acceso a la información y facilite la comunicación entre sus miembros. (ver anexo 20)

3. Recursos Financieros

El Proyecto de Atención Primaria de Salud será financiado con recursos provenientes del Tesoro Público, de las comunidades incorporadas y con fondos provenientes de la cooperación internacional.

- Los fondos provenientes del Tesoro Público estarán dirigidos a reforzar los establecimientos de Salud y de otros sectores, con personal que se considere imprescindible para realizar eficiente y eficazmente las acciones de Apoyo a la APS.

Asimismo, de esta fuente provendrán los recursos necesarios para la supervisión.

- La comunidad aportará locales comunales, materiales existentes en la comunidad y la fuerza de trabajo de sus dirigentes, líderes, promotores de salud, parteras tradicionales y población general.
- Los fondos provenientes de la Cooperación Internacional estarán dirigidos a:
  - Capacitación de recursos humanos (del Estado y de la comunidad)
  - Materiales y equipo para establecimientos de salud.
  - Materiales y equipo para la comunidad.
  - Apoyo financiero para proyectos de inversión

H. INDICADORES DE EVALUACIÓN

1. A Nivel Microregional

a. De producción

- Actividades dirigidas al desarrollo socio-económico

  (1) $\frac{\text{Nº de proyectos productivos en ejecución}}{\text{Nº de proyectos productivos programados}} \times 100$

  (2) $\frac{\text{Nº de trabajadores en Proyectos Productivos procedentes de UFAR}}{\text{Nº total de trabajadores en Proyectos Productivos}} \times 100$

  (3) $\frac{\text{Nº de localidades que tienen en ejecución Proyectos Productivos}}{\text{Nº total de localidades en el área de influencia del Proyecto de Desarrollo Microregional}} \times 100$

- Actividades dirigidas al ambiente

  (1) $\frac{\text{Nº de UF beneficiadas con mejoramiento del abastecimiento de agua}}{\text{Nº total de UF}} \times 100$

  (2) $\frac{\text{Nº de UFAR que disponen de agua para bebida}}{\text{Nº total de UFAR}} \times 100$

- Actividades dirigidas a las personas

  (1) $\frac{\text{Nº de atenciones por morbimidad}}{\text{Nº total de atenciones}} \times 100$

  (2) $\frac{\text{Nº de niños menores de un año protegidos (PAI)}}{\text{Población de menores de un año}} \times 100$
(3) \( \frac{\text{Nº de gestantes controladas}}{\text{Nº total de gestantes}} \times 100 \)

(4) \( \frac{\text{Nº de UFAR que reciben apoyo alimentario}}{\text{Nº total de UFAR}} \times 100 \)

b. De logística

(1) \( \frac{\text{Nº de Proyectos Productivos financieros}}{\text{Nº total de Proyectos elaborados}} \times 100 \)

(2) \( \frac{\text{Nº de Promotores en actividad}}{\text{Nº de Promotores capacitados}} \times 100 \)

(3) \( \frac{\text{Nº de equipos para promotores (distribuidos)}}{\text{Nº de promotores en actividad}} \times 100 \)

(4) \( \frac{\text{Costo del Apoyo Alimentario a UFAR con alimentos producidos localmente}}{\text{Costo total de Apoyo Alimentario a UFAR}} \times 100 \)

c. De eficacia

(1) \( \frac{\text{Nº de niños menores de 5 años desnutridos}}{\text{Nº total de niños menores de 5 años}} \times 100 \)

(2) \( \frac{\text{Nº de casos de enfermedades inmunoprevenibles}}{\text{Población total del área}} \times 1,000 \)

(3) \( \frac{\text{Nº de muertos menores de un año}}{\text{Nº de nacidos vivos}} \times 1,000 \)

d. De costo

\( \frac{\text{Gasto total}}{\text{Población cubierta}} \times 100 \)

2. A Nivel de Localidad

a. De producción

- Actividades dirigidas al desarrollo socio-económico

(1) \( \frac{\text{Nº de participantes promedio en asamblea}}{\text{Nº de Unidades Familiares}} \times 100 \)

(2) \( \frac{\text{Nº de pobladores que intervienen directamente en las acciones de APS}}{\text{Nº total de U.F.}} \times 100 \)

(3) \( \frac{\text{Nº de proyectos productivos en ejecución}}{\text{Nº de proyectos productivos programados}} \times 100 \)
(4) N° de trabajadores en proyectos productivos procedentes de UFAR \[ \times \frac{N° total de trabajadores en proyectos productivos}{N° total de UFAR} \] \times 100

- Actividades dirigidas al ambiente

(1) N° de UFAR beneficiadas con mejoramiento del abastecimiento de agua \[ \times \frac{N° total de UFAR}{N° total de UFAR} \] \times 100

(2) N° de UFAR que disponen de agua para bebida \[ \times \frac{N° total de UFAR}{N° total de UFAR} \] \times 100

- Actividades dirigidas a las personas

(1) N° de atenciones por morbilidad \[ \times \frac{N° total de atenciones}{N° total de atenciones} \] \times 100

(2) N° de niños menores de un año protegidos (PAI) \[ \times \frac{N° total de menores de un año}{Población de menores de un año} \] \times 100

(3) N° de gestantes controladas \[ \times \frac{N° total de gestantes}{N° total de gestantes} \] \times 100

(4) N° de UFAR que reciben apoyo alimentario \[ \times \frac{N° total de UFAR}{N° total de UFAR} \] \times 100

b. De logística

\[ \frac{Costo del Apoyo Alimentario a UFAR (alimentos producidos localmente)}{Costo total del apoyo alimentario a UFAR} \] \times 100

c. De eficacia

(1) N° de UFAR \[ \times \frac{Total de UF}{Total de UF} \] \times 100

(2) N° de niños menores de 5 años desnutridos \[ \times \frac{N° total de niños menores de 5 años}{N° total de niños menores de 5 años} \] \times 100

(3) N° de casos por enfermedades inmunoprevenibles \[ \times \frac{Población total de área}{Población total de área} \] \times 100

(4) N° de muertos menores de un año \[ \times \frac{N° de nacidos vivos}{1,000} \] \times 1,000

d. De costo

\[ \frac{Gasto total}{Población cubierta} \] \times 100
I. PROPUESTA DE MECANISMOS PARA LA INSTITUCIONALIZACION DE LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LA SIERRA

1. Dispositivos Legales

El apoyo a la APS se sustenta en las relaciones de coope-
ración entre el Estado y la Organización Comunal que per-
mite el flujo de información, recursos y tecnología en am-
bos sentidos.

Para que se operativice la transferencia de recursos mate-
riales y financieros del Estado a la Organización Comunal,
es necesaria la existencia de dispositivos legales que lo
permitan.

Por otro lado, el personal que realiza las acciones de a-
poyo a la APS labora en condiciones especiales de dificul-
tad y requiere por ello una motivación y capacitación es-
pecífica. Esto supone un desarrollo profesional que, por
no ceñirse a los patrones clásicos establecidos, no obte-
ne las consideraciones que su capacitación, motivación y
condiciones de trabajo exigen.

En consecuencia, se requiere políticas de personal y dis-
positivos específicos que posibiliten una adecuada capaci-
tación y el otorgamiento de incentivos económicos y de de-
sarrollo profesional del personal que se dedique a las ac-
ciones de apoyo a la APS.

La debilidad administrativa en aspectos de logística de
los sectores y organizaciones socio-espaciales a nivel
provincial (micro-regional), requiere la dación de dispo-
sitivos legales que permitan la implementación de un orga-
nismo que preste apoyo logístico al Consejo de Desarrollo
Provincial (elemento integrador de las organizaciones sec-
toriales y socio-espaciales en este nivel), rol que podría
jugar el Proyecto de Desarrollo Microrregional.

2. Organización del Sistema Nacional de Servicios de Salud

En el nivel provincial el Decreto Ley Nº 22365 del Siste-
ma Nacional de Servicios de Salud contempla la implemen-
tación del Consejo Local de Salud, integrado por represen-
tantes del Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Segu-
ridad Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales,
y representantes de la actividad privada.

Este organismo es el encargado de coordinar, en este ni-
vel, las acciones de Salud, de tal manera, que se inte-
gren en un programa articulado a los Planes Local, Depar-
tamental y Regional de Salud y de Desarrollo.
En el Consejo Provincial de Desarrollo, organismo encargado del planeamiento, evaluación y control del plan local de desarrollo, sería conveniente que el Sector Salud esté representado por la autoridad que preside el Consejo Local de Salud.

3. **Difusión de los alcances de la Atención Primaria de Salud**

La APS conforma un todo armónico de conceptos, doctrinas y mecanismos operativos susceptibles de ser distorsionados, por lo que se hace imperativo al diseñar los mecanismos de difusión insistir en las características de los trasmisores, receptores y de los canales a ser utilizados.

La APS postula a la Organización Comunal como su elemento fundamental por lo que debe ser ésta y no los individuos o familias que la conforman, la directa receptora de los mensajes.

El Poder Ejecutivo es el principal y más importante elemento de estímulo y apoyo al desarrollo de la APS, por lo que se erige en el principal emisor de sus alcances.

Para el desarrollo de la APS, el Poder Ejecutivo debería utilizar, como recursos más importantes en la difusión, a los Organismos de Integración sectorial-socio-espacial, Regionales, Departamentales (Asamblea Departamental de las Corporaciones Departamentales de Desarrollo), Provinciales (Consejo Provincial de Desarrollo) y Consejos Distritales de Desarrollo.

Estos organismos facilitan vías directas de información con la menor intermediación y las posibilidades de interpretación integral y no fragmentaria de los mensajes y permiten vías de comunicación, también directas, con las instituciones y organizaciones comunales en sus respectivos niveles.

En cuanto al tipo de mensajes y canales de comunicación, preferimos aquellos que son directos y facilitan la relación interpersonal y, por consiguiente, un proceso contínuo de retroalimentación que clarifique y enriquezca el mensaje.

No creemos que, en el momento actual, resulten adecuados para la APS, los llamados medios de comunicación social que tienden a despersonalizar al trasmisor y a generalizar excesivamente el mensaje y al receptor y que resultan más adecuados en la mercadotecnia que en la educación.
BIBLIOGRAFIA

PERU-MINISTERIO DE SALUD

Extensión de Cobertura de Servicios de Salud con las estrategias de Atención Primaria y participación de la comunidad. Lima 1977

Informe sobre Atención Primaria de Salud. Lima 1978

Informe Primer Seminario Taller. Piura 1978

Informe Segundo Seminario Taller. Arequipa 1978

Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud. Lima 1979

Manual para auxiliares volunterarios de salud. Puno 1978

Modelo normativo para la capacitación de Promotores de Salud. Lima 1979

Modelo normativo para la capacitación de parteras empíricas. Lima 1979

Plan Educativo para recursos humanos comunitarios para el desarrollo de la APS/Programa Educativo de representantes de organizaciones comunales (documento de trabajo). Lima 1980


Programas Regionales de Apoyo a la Atención Primaria de Salud. Lima 1980

Programa ampliado de inmunizaciones, manual operativo de normas. Lima 1979

Reglamento de Organización y Funciones. Lima 1981
Normas y procedimientos de Atención Materno-infantil en el nivel de Atención Primaria. Lima 1981

Atención Primaria de Salud en el Perú (Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud). Lima 1981

GUISA DE ALIMENTACION-NUTRICION-SALUD para el uso del personal del primer nivel de atención en salud. Lima 1982

Atención Primaria de Salud en zonas urbanas (Informe para seminario-taller internacional). Lima 1982

Proyecto de Atención Primaria y Servicios Básicos de Salud. Lima 1982


Tecnología apropiada en Salud-Gacetas N° 3, 4, 5, 6, 7 y 8 de Crónicas de la OPS. Washington 1979-1981

Atención Primaria de Salud - El agente de salud. 1980

Estrategias de APS para el personal de servicios comunitarios de salud, con énfasis en la atención materno infantil/enfoques para definir el contenido educacional y las estrategias de adiestramiento. 1982


Evaluación de los programas de salud. Ginebra 1981
OMS

OMS/OPS

COLOMBIA-UNIVERSIDAD DE ANTOQUIA, FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ECUADOR-MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DE ZUTTER PIERRE

CASTILLO RIOS CARLOS

GARCÍA JUAN C.

ESQUIVEL JOSE RENAN

DONALDSON DAVID

NEWELL KENET

RICE MARILIN

MARTORELL REINALDO, VALVERDE VICTOR, DELGADO HERNAN


Participación Popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina. Por Frederik Muller 1979


Cómo comunicarse con los Campesinos? Lima-Perú 1980. Editorial Horizonte


La educación médica en América Latina OPS-OMS. Publicación científica Nº 255, 1972

Salud Integral y Medicina Comunitaria. Panamá 1977 (re copiación)

Alternativas en materia de energía en los Programas de APS. OPS/OMS 1980

La Salud por el pueblo. OMS 1975

Tecnología Apropiada en la Educación para la Salud. OPS/OMS 1980

La antropometría en los sistemas de salud. OPS-OMS 1980
<table>
<thead>
<tr>
<th>FACTORES DE RIESGO</th>
<th>VALORACIÓN</th>
<th>PUNTAJE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>EDUCACION: Escolaridad de los Padres</strong></td>
<td>0</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>Madre o quien la sustituye tiene por lo menos 1 año de Instrucción Secundaria.</td>
<td>1</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>Madre o sustituta tiene por lo menos 1 año de Instrucción Primaria.</td>
<td>2</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>Analfabetismo de 1 de los padres.</td>
<td>3</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>Analfabetismo de ambos padres.</td>
<td></td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ECONOMIA: Ingreso Familiar Mensual</strong></td>
<td>3 6 más mínimo-vitales *</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>2 mínimo-vitales</td>
<td>1 mínimo-vital</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>Menos del 1 mínimo-vital.</td>
<td></td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DEMografia: Cantidad de niños Menores de 6 años</strong></td>
<td>Ningún niño menor de 6 años</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>Un niño menor de 6 años</td>
<td>2 niños menores de 6 años</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>3 6 más niños menores de 6 años</td>
<td></td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VIVIENDA: Tenencia, conexión intradomiciliaria de agua, construcción.</strong></td>
<td>Propia, conexión intradomiciliaria de agua material noble y terminada.</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>Propia, sin agua, material noble y terminada; ó alquilada, con agua, material noble y terminada.</td>
<td>198</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Propia, con agua, a medio construir; ó alquilada, sin agua, material precario (chozas)</td>
<td>198</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Mínimo vital actual = S/. .................

TOTAL