

Problemas de la salud en el Perú

JAVIER LLOSA GARCIA*

RESUMEN.— El autor presenta el panorama de la situación actual de salud en el Perú, señalando que el problema está centrado en una alta morbi-mortalidad por desnutrición y enfermedades transmisibles, y, en que los recursos disponibles de personal y de establecimientos de salud no están adecuadamente planificados, organizados, coordinados ni distribuidos para permitir coberturas básicas de salud en toda la población. Estudia las razones de orden geográfico, cultural, educacional, político y administrativo que han dificultado la creación de una filosofía propia para afrontar con éxito la problemática de salud del país. Propone un conjunto global de soluciones de orden general, relacionadas con el régimen político, la educación y la planificación del desarrollo, y, de orden específico, referidas a una planificación de salud auténtica, a financiación adecuada, a ejecución de los programas, a formación del personal, a distribución del personal y de establecimientos de salud en el territorio, a participación de la actividad privada, y, a la definida importancia que tiene en el sistema el auxiliar de salud, como único elemento del equipo de salud que puede ponerse en contacto con cada hogar, cumpliendo el objetivo fundamental y prioritario consistente en alcanzar una cobertura básica de salud en todo el territorio. Termina presentando el esbozo de un curriculum para la formación de auxiliares de salud.

Introducción.— La salud del pueblo peruano es mala. La desnutrición y las enfermedades transmisibles afectan a grandes masas de la población sobre todo en los sectores rurales y sub-urbanos, produciendo elevadas cifras de morbilidad y de mortalidad principalmente en los primeros años de la vida.

* Miembro Correspondiente, Academia Nacional de Medicina
 Profesor Principal, Departamento Académico de Medicina y Neuro-Psiquiatría, Universidad Nacional de San Agustín.
 Jefe del Departamento de Medicina, Hospital General Base de Arequipa.

Este trabajo fué presentado por su autor en la Academia Nacional de Medicina en sesión del 23 de Noviembre de 1973.

Si bien es cierto que en algunos casos específicos, como en malaria y viruela, se ha avanzado firmemente en el camino de la erradicación, debe reconocerse que los organismos de salud no han logrado aun crear un cuerpo de doctrina desprendido de nuestra propia realidad que permita —mediante acciones básicas de salud a nivel del mayor número posible de hogares peruanos— reducir el impacto que los efectos recíprocos de la desnutrición y de las enfermedades transmisibles producen en nuestro pueblo.

Este estudio pretende examinar las causas que obstaculizan hasta ahora los avances en la solución de nuestra problemática de salud, y, contribuir con algunos lineamientos fundamentales. Estima que, afrontando la situación en forma realista y simple, se permitiría aspirar a una cobertura básica de salud total, obteniendo en consecuencia mejores condiciones de vida para la población general.

1. La realidad:

1.1. El Perú, según el informe preliminar del Censo de Población de 1972⁸ tiene 13,572,052 habitantes. Aplicando las tasas utilizadas por Hall² en 1964, esta población estaría distribuida en el país en la forma indicada en el Cuadro 1.

1.2. En estudios realizados entre 1965 y 1968³ el grado de desnutrición en grupos de población de las tres regiones geográficas, se establece que fué como se presenta en el Cuadro 2.

Cuadro No. 1.— Distribución de la Población

PERU	Lima		Poblaciones			
	metrop.		249,999 – 50,000	49,999 – 25,000	24,999 – 10,000	Menos de 10,000
Población (miles)	13,572	3,142	1,146	403	1,088	7,998
Porcentaje	100	19	8	3	8	2
% Urbana	49	98	89	81	67	24
Taza crec. por mil	3.1	6.3	4.3	5.3	2.5	2.0

Cuadro No. 2.— Desnutrición

Lima y Callao	21.9%
Sierra	49.7%
Selva	81.0%

Cuadro No. 3.— Mortalidad por Enfermedades Trasmisibles

Enfermedades controlables por saneamiento	33.6%
Tuberculosis	11.4%
Enfermedades controlables por inmunización	8.8%

Cuadro No. 4.— Médicos y Enfermeras

Médicos	6870	5.21 por 10,000
Enfermeras	4110	3.12 por 10,000

1.3. La mortalidad por enfermedades trasmisibles constituyó en 1969³ el 53.8% de la mortalidad general, descomponiéndose este porcentaje en la forma indicada en el Cuadro 3.

1.4. Los médicos y enfermeras que estaban disponibles en 1969⁴ se presentan en el Cuadro 4.

En 1972⁹ el número de médicos se ha elevado a 8482 (6.24 por 10,000 habitantes). No se dispone de información sobre auxiliares de enfermería o de salud posterior a 1964; en este año el número registrado fué de 9119².

1.5. La distribución de médicos y enfermeras en grupos de población, siguiendo las tasas de Hall para 1964², sería en 1969 la que se presenta en el Cuadro 5.

1.6. La distribución de médicos por Departamentos⁹ y su relación con la población, en 1969, se expone en el Cuadro 6.

1.7. En consecuencia, en 1969, el 83.4% de los médicos y el 86.5% de las enfermeras prestaban servicios en ciudades de 25,000 o más habitantes que contienen el 30% de la población del país, mientras que el 16.6% de los médicos y el 13.5% de las enfermeras prestaban servicios en núcleos de menos de 25,000 habitantes, con el 70% de la población. En 1972 el número de médicos ha aumentado a 8482, de los cuales el 70.04% residen en Lima-Callao; 83.82% en los departamentos dotados de escuelas de Medicina (Lima-Callao, Arequipa, La Libertad e Ica); y, 16.18% en el resto de los departamentos, con el 59.6% de la población.

1.8. Los establecimientos de salud en 1972⁸ se presentan en el Cuadro 7.

1.9. La información sobre distribución de los establecimientos de salud corresponde a 1972⁸ y se presenta en el Cuadro 8.

1.10. Teniendo en cuenta el número de camas hospitalarias por mil habitantes, la población urbana por cada centro de salud, la población rural por cada puesto sanitario y el número de habitantes por médico, se establece la clasificación de los departamentos del país por categorías según su disponibilidad relativa de facilidades de salud para toda la población que se presenta en el Cuadro 9.

1.11. La cobertura de salud aparente y su costo para la población accesible correspondiente a 1969⁴, se expone en el Cuadro 10.

Cuadro No. 5.— Distribución de Médicos y Enfermeras

PERU	Lima metrop.		Poblaciones								
			249,000 — 249,000		49,099 — 25,000		24,999 — 10,000		Menos de 10,000		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Médicos	6870	4486	65.3	997	14.5	247	3.6	618	9.0	522	7.6
Enfermeras	4110	2906	70.7	494	12.0	156	3.8	312	7.6	242	5.9

Cuadro No. 6.— Distribución de Médicos en los Departamentos

1972	Población (miles)	Médicos	%	Habitantes por médico	Médicos por 10,000 hab.
PERU	13,572	8,482	100.00	1,600	6.24
Amazonas	196	19	0.22	10,368	0.97
Ancash	726	130	1.53	5,584	1.79
Apurimac	307	12	0.14	25,583	0.39
Arequipa	530	496	5.84	1,068	9.35
Ayacucho	450	24	0.28	18,750	0.53
Cajamarca	916	16	0.18	57,250	0.17
Cuzco	708	129	1.52	5,488	1.82
Huancavelica	331	18	0.21	18,388	0.54
Huánuco	420	53	0.62	7,924	1.26
Ica	357	219	2.58	1,630	6.13
Junín	691	177	2.08	3,904	2.56
La Libertad	806	455	5.36	1,771	5.64
Lambayeque	515	209	2.46	2,351	4.25
Lima-Callao	3,801	5,941	70.04	639	15.63
Loreto	494	116	1.37	4,258	2.34
Madre de Dios	21	3	0.03	7,000	1.42
Moquegua	74	21	0.24	3,523	2.83
Pasco	176	27	0.31	6,518	1.53
Piura	854	227	2.67	3,762	2.65
Puno	779	66	0.78	11,803	0.84
San Martín	224	23	0.27	9,739	1.02
Tacna	95	77	0.90	1,233	8.10
Tumbes	75	24	0.28	3,123	3.20

Cuadro No. 7.— Establecimientos de Salud

Hospitales	332
Centros de Salud	415
Puestos Sanitarios	935

Cuadro No. 8.— Establecimientos de Salud y Población en los Departamentos

Departamento	Población (miles)	%	% Hospitales	Camas Hosp.	Camas por mil	Centros de Salud	Pobl. urbana	Puestos Sanitarios	Pobl. rural por puesto	
PERU	13,572	59.6	40.4	332	28,228	2.08	415	18,400	5,800	5,800
Amazonas	196	34.0	66.0	2	115	0.58	8	8,300	39	3,300
Ancash	726	46.7	53.3	22	717	0.98	13	26,000	61	6,300
Apurimac	307	23.3	76.7	2	195	0.63	7	10,100	34	6,900
Arequipa	530	81.7	18.3	21	1,855	3.55	29	14,900	34	2,800
Ayacucho	459	33.4	66.6	9	343	0.74	5	30,600	57	5,300
Cajamarca	916	17.6	82.4	5	255	0.27	27	5,900	63	11,900
Cuzco	708	36.0	64.0	8	894	1.26	16	16,000	80	7,700
Huancavelica	331	21.3	78.7	5	171	0.51	6	11,600	23	11,300
Huánuco	420	27.2	72.8	7	409	0.97	6	19,000	53	5,700
Ica	357	71.5	28.5	16	1,312	3.66	15	17,000	22	4,500
Junín	691	60.1	39.9	21	1,333	1.92	17	24,400	58	4,700
La Libertad	806	59.2	40.8	21	1,500	1.86	18	26,500	30	10,900
Lambayeque	515	73.1	26.9	15	879	1.70	14	26,800	19	7,200
Lima-Callao	3,801	99.1	0.9	114	14,716	3.88	140	25,700	34	6,200
Loreto	494	49.7	50.3	17	673	1.35	10	24,500	100	2,490
Madre de Dios	21	42.5	57.5	2	45	2.04	3	3,100	6	2,100
Moquegua	74	71.0	29.0	3	196	2.62	5	10,400	5	1,400
Pasco	176	59.8	40.2	9	454	2.56	6	17,500	18	3,900
Piura	854	51.9	48.1	16	950	1.11	28	15,800	47	8,700
San Martín	224	58.5	41.5	5	206	0.91	9	14,500	69	1,300
Tacna	95	79.7	20.3	2	413	4.31	8	9,500	12	1,600
Tumbes	75	73.8	26.2	2	181	2.44	10	5,500	4	4,900

2. CONCLUSIONES

La información básica presentada permite deducir lo siguiente:

2.1. A pesar de la creciente migración interna hacia los centros urbanos, todavía la mayor parte de la población es rural.

2.2. La población rural es más numerosa en la sierra y en la selva, regiones estas en las que los centros poblados están muy dispersos y cuyas vías de comunicación son difíciles.

2.3. La composición del personal de salud es inadecuada a la realidad del país; el número de médicos es excesivo si se compara con la cantidad de enfermeras, de técnicos y de auxiliares de salud.

2.4. El personal de salud de todos los niveles está fuertemente concentrado en las ciudades, sobre todo en la costa, siendo muy escaso o ausente en las zonas rurales.

2.5. Los establecimientos de salud, sean hospitales, centros de salud o puestos sanitarios, se encuentran anárquicamente distribuidos, sin responder su ubicación en la mayoría de casos a una planificación técnica, relacionada con la distribución de la población urbana y rural, con las facilidades de comunicación y con el escalonamiento e integración indispensables entre organismos que deben ser interdependientes. Pese a que en algunos departamentos pequeños como Tacna, Moquegua y posiblemente Ica, la distribución de los establecimientos de salud mantiene una aceptable proporción cuantitativa con las res-

Cuadro No. 9.— Categorización de los Departamentos según sus facilidades de Salud

Categoría	Departamentos	Cuartil	Población	Porcentaje
A	Tacna Moquegua	Superior	169,000	1.4
B	Arequipa Tumbes Madre de Dios Ica Lima-Callao Pasco San Martín	Intermedio— Superior	5,184,000	8.2
C	Junín Loreto Amazonas Cuzco Apurímac Piura La Libertad Lambayeque Huánuco Ancash	Intermedio— Inferior	5,717,000	42.1
D	Puno Huancavelica Cajamarca Ayacucho	Inferior	2,485,000	18.3

pectivas poblaciones, existiendo una infraestructura de salud que al menos en teoría garantiza una amplia cobertura, lo común es que haya casos como el de Lima-Callao, Arequipa, La Libertad o Cuzco, con servicios múltiples en mayor o menor grado, pero que no cubren los requerimientos básicos de salud en las zonas sub-urbanas y mucho menos en las rurales; como el de Puno que dispone de una organización de salud cualitativamente adecuada pero solo suficiente para alcanzar una cobertura plena en una pequeña parte del Departamento; o, como los de Huancavelica, Cajamarca y Ayacucho que exhiben un angustioso déficit de cobertura.

2. 6. Como corolario de los enunciados anteriores, la cobertura de salud en el país no es uniforme. Por el contrario, mientras que la población urbana —sobre todo en la costa y particularmente en Lima— dispone de una protección generalmente adecuada, la población sub-urbana y rural de las tres regiones, pero fundamentalmente en la sierra y en la selva, carece de servicios de salud o los tiene insuficientes y alejados. La accesibilidad de los servicios varió en 1964 entre 100% para Callao, 44% para Loreto y 36% para Cajamarca.

2.7. No solamente hay diferencias de la cobertura de salud en las distintas áreas geo-políticas, sino que en una misma área —e incluso en una misma ciudad— la población está muy desigualmente protegida. Los servicios de salud —por lo menos los de recuperación— son de alta calidad y de relativamente fácil disponibilidad para los sectores con capacidad para utilizar la práctica médica privada o para los incluidos en los sistemas de seguridad social, mientras que la población de bajo nivel económico y no asegurada, que constituye más de la mitad de

Cuadro No. 10.— Gastos en Salud

	Población (miles)	Porcentaje	Gasto per-cápita (soles de 1963)	Gasto Priorit.
Población total	13,171		268	
Población accesible	10,171	77.2	347	
Sector público				
(Minist. Salud, Beneficencias)	6,758	51.3	172	1.00
Seguro Obrero	519	3.9	956	5.83
Seguro del Empleado	644	4.9	1,082	6.67
Sanidad Fuerzas Armadas	750	5.7	347	2.00
Sector privado*	1,500	11.4	606	3.67

(*) Incluye prestación libre del Seguro del Empleado.

los habitantes del país, debe valerse de las facilidades estatales de salud, casi siempre pobres de recursos y mal organizadas.

3. JUICIO CRITICO.

Es de mucha importancia estudiar las causas que han determinado que nuestro país no haya logrado alcanzar niveles de salud ni siquiera medianos, en relación a los progresos que se observa en lo que va del presente siglo en los países desarrollados, e incluso en las dos últimas décadas en algunos países en desarrollo de Asia y América Latina.

Sin pretender ser exhaustivos, al considerar las razones de nuestro insatisfactorio progreso integral en el campo de la salud, debemos citar las siguientes:

3.1. La configuración geográfica del Perú ha sido y es un reto permanente a los esfuerzos humanos para el desarrollo. La separación de los valles costeros por amplios desiertos, la abrupta estructura de la sierra y la hostilidad de los llanos selváticos, han dificultado igualmente el adelanto de las actividades productivas y de los servicios.

3.2. Nuestra variada estructura racial, con diferencias evidentes en idiomas, creencias, costumbres y hasta en filosofía de la vida, han hecho fracasar siempre la sucesiva aplicación de soluciones únicas y simplistas a las distintas comunidades humanas.

3.3. La existencia —aparte de las diferencias raciales— de muy diversos niveles culturales, económicos y sociales, ha permitido la insurgencia de clases poderosas, las cuales han obtenido para sí la mayor parte de los recursos nacionales de salud, instaurándose un curioso sistema de castas que rige una prestación diferenciada de servicios, entre quienes tienen poder siendo los menos (adinerados, empleados y obreros estables, miembros de las fuerzas armadas) y quienes no lo tienen y son los más (pobres, sub-empleados o desocupados, familias de los empleados y obreros, trabajadores manuales de las áreas no cubiertas por la seguridad social).

3.4. La educación en el país no ha considerado la salud como un elemento primordial en la formación del hombre. Hasta hoy las alusiones a la salud en todos los estratos educacionales son incidentales y no tienden en lo absoluto a crear verdaderos hábitos de promoción de salud y de prevención de enfermedades.

3.5. El país no encuentra todavía el sistema político que permita encausar la vida nacional dentro de una democracia auténtica; la continua inestabilidad política no ha sido nunca un ambiente adecuado para organizar y mantener actividades relacionadas con la salud del pueblo. Los intereses fundamentales son otros y, por tanto, los esfuerzos de los gobernantes se dirigen a campos que aseguren realizaciones concretas y a corto plazo.

3.6. No existe hasta ahora una verdadera planificación de salud. Las múltiples reorganizaciones del Ministerio respectivo han obedecido casi siempre a criterios personales de los nuevos funcionarios o a variados móviles políticos y nunca a la firme intención de crear un sistema de protección de la salud para todo el pueblo. Diversos planes sectoriales abundan en enunciados sobre la cobertura nacional de salud pero presentan fórmulas utópicas para alcanzar tal cobertura. Es doloroso comprobar que todo el esfuerzo y los muy considerables fondos de la seguridad social se emplean casi exclusivamente en acciones de reparación de la salud, sin que la legislación respectiva haya dado importancia alguna a las acciones promocionales y preventivas. Con frecuencia se confiere prioridad a acciones de salud individual de gran avance técnico como prótesis valvulares, injertos o unidades de cuidados coronarios, descuidándose por completo el sostenimiento de sistemas simples de cuidado de la salud a nivel de los hogares. Para terminar la lista —aunque no para completarla— es común encontrar en los establecimientos de salud recursos de personal médico ociosos o mal utilizados por falta del personal auxiliar y de las facilidades materiales indispensables.

3.7. Las personas responsables de la concepción, organización y ejecución de los planes nacionales, regionales y locales de salud no han sido siempre las más capaces. Reiteradamente se ha postergado a funcionarios bien entrenados y experimentados y las altas decisiones han sido impuestas por quienes llegaron a los niveles superiores no precisamente por su idoneidad técnica.

3.8. Los recursos son siempre ínfimos para salud y las economías se realizan con demasiada frecuencia a expensas de ellos. Se olvida a menudo que no puede haber desarrollo económico sin un mínimo de bienestar físico, mental y social, y, que la salud es un factor inalienable de la productividad.

3.9. No habiendo una auténtica planificación de salud, la organización y ejecución de los programas es siempre improvisada y deficiente. No es raro observar que después de un congreso internacional cambien radicalmente las normas técnicas sobre determinado aspecto, y, que de repente se decida ejecutar un programa de inmunización sin tener en cuenta razones de orden epidemiológico; esta acción se cumple en mayor o menor

grado y el programa no se mantiene con la periodicidad debida; quizás se repita cuando se tome otra decisión por razones contingentes.

3.10. Las universidades y la Escuela de Salud Pública forman personal de salud sin obedecer a ningún plan adecuado a las necesidades del país. En general, se presta especial interés a los niveles superiores y poco o ninguno a la formación del personal de los últimos escalones, quienes son los únicos que —en definitiva— podrán extender la cobertura de salud a toda la población. El número de médicos es superior al de enfermeras y la cantidad de auxiliares de salud es proporcionalmente mínima, porque todavía se espera que sean solamente los médicos quienes tengan que afrontar los problemas de salud en las localidades urbanas pequeñas y en las áreas rurales.

3.11. Por último, es también elemento negativo el desinterés del sector privado por los asuntos de salud. La gran mayoría de las empresas estima que la salud de sus trabajadores es responsabilidad del Estado y muy pocas destinan recursos a acciones de promoción y prevención de salud. Con mucha frecuencia los médicos y enfermeras al servicio de las empresas devienen en simples fiscalizadores de la asistencia del personal, en gestores de trámites de asistencia social o en deficientes sustitutos de la seguridad social en labores de medicina curativa.

4. SOLUCIONES—

El Perú debe continuar sus esfuerzos para alcanzar el desarrollo integral progresivo dentro de una mística que exija el trabajo de todos y el sacrificio de los superfluo en aras del bienestar general. La salud, repetimos, es elemento indispensable para el desarrollo y la actitud ante la problemática que presenta este sector en el país debe cambiar radicalmente. Las soluciones que una nueva política de salud impone son por un lado de carácter general y específicas por el otro.

4.1. Soluciones de carácter general.—

Se refieren a las nuevas orientaciones que debería adoptar la política nacional para propiciar actitudes y actividades distintas en el campo de la salud.

4.1.1. Sistema democrático auténtico que garantice la verdadera participación del pueblo en el gobierno.

4.1.2. Educación nacional que permita la formación integral del hombre sin prejuicios ni discriminaciones.

4.1.3. Planificación del desarrollo económico y social que propicie el aumento de la productividad y del ingreso, sin perder de vista el bienestar físico, mental y social y el derecho a la libertad.

4.2. Soluciones específicas.—

Se refieren a cambios concretos en la política de salud que se considera indispensables para cubrir las necesidades básicas de salud del mayor número de peruanos.

4.2.1. Planificación de salud realista y auténtica.— Esta planificación debe tener un solo objetivo fundamental: extender la cobertura elemental de salud a toda la población. Todos los esfuerzos deben ser dedicados a alcanzar este objetivo en el tiempo más corto posible. Debe considerarse como elementos necesarios en la planificación de salud los siguientes:

4.2.1.1. La creación del Servicio Nacional de Salud sobre la base de que todos tienen derecho a una cobertura básica de salud en una primera etapa, y, posteriormente, y en forma progresiva, a iguales servicios de salud. No es realista esperar que el establecimiento del Servicio Nacional de Salud implique la inmediata desaparición de los sistemas privativos actuales, pero, el mantenimiento temporal de tal discriminación no debe interferir en ningún caso con el objetivo primordial, es decir, la amplia cobertura básica de salud.

4.2.1.2. El cambio de mentalidad que permita admitir que las soluciones de los problemas de salud deben comenzar a nivel del hogar y que ello debe tener prioridad sobre los escalones más perfeccionados y especializados del sistema.

4.2.2. Financiación adecuada.— Se ha repetido muchas veces que las posibilidades económicas del país no permiten afrontar todos los problemas de salud, pero, si esta afirmación es cierta, también lo es que reiteradamente se ha invertido recursos, cuantiosos en programas intrascendentes o mal planificados; que no es infrecuente que se destine personal profesional costoso a acciones que podrían ser desempeñadas por personal de más bajos niveles; y, que no es tampoco raro ver que se desperdicie horas médicas por la inexistencia de coordinación dentro de equipos de salud. La prioridad en la financiación debe depender de la prioridad en la planificación. Si esta establece que lo fundamental es la amplia cobertura básica de salud, recibirán preferencia en la financiación todas aquellas acciones de salud tendientes a ello. Es evidente que, hasta que se establezca definitivamente un Servicio Nacional de Salud, las instituciones de seguridad social deberán contribuir a la financiación de los programas de cobertura básica de salud, los cuales directa o indirectamente beneficiarán a las fracciones de población asegurada.

4.2.3. Ejecución de los programas de salud.— Los responsables de la ejecución de los programas a nivel nacional, regional, zonal o local deben ser personas idóneas; poco se avanzará si se desdeña al funcionario especializado y se coloca en las posiciones claves a personas no preparadas en el campo de la salud pública.

4.2.4. Formación de personal de salud.— Seguramente esta es la función de mayor trascendencia para la puesta en marcha de un programa de amplia cobertura básica de salud. Las cifras indican que en 1964 (2) la proporción existente entre médicos, enfermeras y auxiliares de salud (casi todos hospitalarios) fué de 1:0.5:1.7, lo que indica claramente la tendencia que ha predominado y que mantiene aun vigencia en la forma-

ción del personal de salud, es decir, el predominio relativo de médicos, en la equivocada creencia de esperar que sea el médico quien ejecute las acciones de salud en todos los niveles. La citada proporción, en lo que concierne a médicos y enfermeras, se ha modificado en 1969⁴ a 1:0.6, no habiéndose podido encontrar información en lo que respecta a número de auxiliares de salud en este año; se observa, sin embargo, que poco ha variado el predominio de los médicos en 5 años.

4.2.4.1. Dentro de un sistema de salud de alta cobertura, las proporciones relativas entre médicos, enfermeras y auxiliares de salud deberían ser de 1:3:30, constituyendo este módulo un equipo mínimo de salud que podría prestar servicios a una población promedio de 15,000 habitantes. Aceptando que aproximadamente el 60% de la población del país vive en núcleos de menos de 10,000 habitantes, la cobertura básica de salud en este sector —predominantemente rural— sería alcanzada con 560 equipos, es decir con 560 médicos, 1,680 enfermeras y 16,800 auxiliares de salud. El 40% restante de la población, que vive en núcleos de más de 10,000 habitantes, podría disponer de un sistema con una progresivamente mayor concentración de médicos, hasta la de 600 habitantes por médico de Lima metropolitana, pero sin descuidarse la necesidad de equipos de salud con proporciones adecuadas de enfermeras y auxiliares, sobre todo en las áreas sub-urbanas.

4.2.4.2. Si es indispensable la existencia de enfermeras y auxiliares de salud en número muy superior al actualmente disponible, se hace pues necesario que se planifique a nivel nacional la formación de las proporciones adecuadas de personal de salud, disminuyendo la cantidad de médicos a expensas de un aumento en el número de enfermeras y de auxiliares de salud. El Estado debe establecer las cifras y las universidades y demás centros, ajustarán sus cuotas de ingreso a tales disposiciones.

4.2.4.3 Las universidades deberán abandonar la tendencia tradicional a formar únicamente médicos, o, a lo más, médicos y enfermeras. La cobertura plena de salud en el país exige, como única solución realista, la formación en tiempo corto y en cantidades adecuadas de personal auxiliar de salud, comprendiendo por cierto la proporción necesaria de técnicos y auxiliares de enfermería hospitalaria, pero concediendo muy especial énfasis al entrenamiento de auxiliares de salud para las comunidades rurales, sub-urbanas y urbanas, dentro de los lineamientos que se esboza más adelante.

4.2.5. Distribución del personal de salud.— La amplia cobertura básica de salud exige una adecuada distribución de los equipos de salud, sobre todo en el medio rural. Esta condición es opuesta a la generalizada tendencia a establecerse en las ciudades grandes, y, solo puede lograrse mediante los siguientes dispositivos:

4.2.5.1. Coordinar el número de plazas vacantes con la cantidad de personal de salud en formación en todos los niveles.

4.2.5.2. Establecer la obligatoriedad de iniciar los servicios eligiendo —por orden de méritos— las plazas va-

cantes existentes en el medio rural, con cargo a permanecer en ellas un tiempo predeterminado.

4.2.5.3. Preferir —en el nivel de auxiliares de salud— a los candidatos residentes en las zonas con vacantes por cubrir.

4.2.6. Distribución de los establecimientos de salud.— La experiencia que se tiene en este campo en el país es desconcertante. Los planes de construcciones hospitalarias y de otros establecimientos de salud, han obedecido con demasiada frecuencia a razones políticas o económicas y no técnicas. Se ha edificado hospitales generales completos dotándolos de instalaciones y equipos especializados, en ciudades sin demanda de atenciones para justificar tales inversiones. Muchos centros de salud o postas médicas están hoy abandonados porque se creyó que el médico destinado a ellos podría cumplir una amplia cobertura de salud, sin enfermeras y auxiliares de salud en proporción a la población, sin movilidad, sin los equipos y materiales de trabajo mínimos, sin supervisión y sin esperanzas de un sistema de perfeccionamiento y promoción. En la actualidad hay hospitales provinciales prácticamente paralizados por falta de médicos y enfermeras, de materiales de trabajo o de demanda de servicios, mientras que la presión sobre los hospitales de las ciudades grandes es casi siempre desproporcionada a su real capacidad.

La política de las redes hospitalarias debe ser sustituida por un proceso inverso de establecimiento de puestos sanitarios mínimos para los auxiliares de salud, a razón de un puesto con dos auxiliares por cada 1,000 habitantes en el área rural; de centros de salud para un equipo formado por un médico, tres enfermeras y treinta auxiliares de salud —correspondientes a 15 puestos sanitarios por cada 15,000 habitantes; y, de pequeños hospitales provinciales o distritales capacitados para centralizar un área de varios centros de salud con sus respectivos puestos sanitarios, atendiendo las situaciones que no puedan ser resueltas en los niveles inferiores; supervisando las actividades en los centros y puestos, y, sirviendo de bases de reentrenamiento y de estudios de continuación de los auxiliares de salud. Muchos de estos hospitales están ya construidos y equipados, pero sin integrar un sistema de salud con una real cobertura básica en determinada área geográfica. Determinados hospitales provinciales dependerán de un hospital general con actividades médicas, pediátricas, quirúrgicas y gineco-obstétricas bien desarrolladas y de un hospital regional dotado de todas las especialidades y destinado a resolver solamente los problemas médicos complejos que les sean referidos y a la formación de especialistas.

4.2.7. Importancia de los auxiliares de salud.— Dentro de la filosofía expuesta, el auxiliar de salud es el elemento del equipo y del sistema de salud que se va a poner en íntimo contacto con cada hogar; es el amigo de la familia con entrenamiento suficiente para impartir normas de higiene y de saneamiento, para prevenir enfermedades mediante inmunizaciones o tratamientos pre-

ventivos, para orientar en la planificación familiar, para hacer control pre-natal y atender el parto y el puerperio, y, para afrontar el tratamiento de enfermedades simples. Debe conocer claramente sus limitaciones, derivando oportunamente las situaciones que no pueda resolver al centro de salud o al hospital provincial. Pero, estará en condiciones de resolver la mayor parte de los problemas de salud de la comunidad, si es que se cumple rigurosamente las siguientes exigencias:

- Formación adecuada a las características y necesidades del medio donde va a trabajar.
- Selección entre los jóvenes —hombres y mujeres— del mismo pueblo o zona.
- Participación simultánea en las labores de auxiliar de salud y en algún otro trabajo dentro de la comunidad.
- Supervisión adecuada por parte de las enfermeras y el médico del correspondiente centro de salud.
- Programa de educación continuada durante el trabajo.
- Posibilidades concretas y facilidades para postular a niveles superiores en la carrera de salud.

Nuestro auxiliar de salud será en cierto modo el "feldscher" de la antigua Alemania o de la Unión Soviética, el médico descalzo de la China Popular o el promotor de salud de Colombia^{5,6,7,10}. Parece haber suficiente experiencia mundial, sobre todo en los países subdesarrollados, sobre la imposibilidad de alcanzar coberturas amplias de salud —particularmente en las áreas rurales— con personal profesional, y, los resultados obtenidos en varios países, admirados ya sin reticencia, nos obligan a encarar los problemas de salud de abajo a arriba, del humilde hogar rural a la gran ciudad, del pequeño y modesto puesto sanitario con uno o dos auxiliares de salud al gran hospital especializado.

El auxiliar de salud puede y debe ser un agente primario de salud, tanto en el medio rural como en el urbano. En uno y otro caso es responsable por las acciones básicas de salud en sus áreas integradas por determinado número de familias, debiéndose cumplir —en mayor o menor grado, según las circunstancias— las exigencias antes señaladas. El puesto de salud deberá existir pues en una aldea rural, en un pueblo, en una pequeña ciudad o en una gran ciudad, con sus auxiliares de salud a cargo de un grupo de familias.

Es evidente, sin embargo, que debe conferirse prioridad a las áreas rurales, carentes en la actualidad de una real cobertura básica de salud, considerando después las áreas sub-urbanas de las ciudades, y, en último lugar los propios núcleos urbanos, en vista de que estos disfrutaban actualmente de privilegio en lo concerniente al cuidado de la salud, determinado por el mayor nivel cultural, social y económico y el relativamente fácil acceso a los médicos y a los centros asistenciales.

4.2.8. Promoción de la actividad privada en el cuidado de la salud.— Las empresas privadas de producción de bienes o de servicios pueden participar en el logro de la

cobertura básica de salud mediante el establecimiento de puestos sanitarios o de centros de salud que podrían asumir la responsabilidad de las acciones básicas de salud para el personal de trabajadores y para sus respectivos núcleos familiares, dentro de un plan coordinado con el sistema de salud general.

5. SUGERENCIAS PARA UN CURRÍCULUM DE FORMACIÓN DE AUXILIARES DE SALUD PARA LA COMUNIDAD.—

El auxiliar de salud debe ser definido como una persona que ha recibido entrenamiento para ejercer acciones básicas de salud en los hogares dentro de una zona rural, sub-urbana o urbana determinadas; que está sujeta a supervisión; y, que debe desarrollar un programa continuo de adiestramiento durante su trabajo. Es evidente que la formación de los auxiliares de salud debe ser diferente a la de los auxiliares de enfermería y técnicos, y, que ella misma debe contemplar variaciones dependientes del ambiente y del público sobre el que se ejercerá las acciones de salud. En vista de la prioridad que tiene la formación de auxiliares de salud para el área rural, creemos conveniente referirnos particularmente a este aspecto.

5.1 Funciones del auxiliar de salud.—

En el hogar, en el puesto sanitario o en el centro de salud, el auxiliar de salud se pone directamente en contacto con la comunidad y sus principales actividades básicas son las siguientes:

- 5.1.1 Higiene individual: limpieza, ropa
- 5.1.2 Saneamiento: vivienda, agua, desagüe, basura
- 5.1.3 Nutrición: selección de alimentos
- 5.1.4 Control pre-natal
- 5.1.5 Obstetricia básica
- 5.1.6 Puericultura básica
- 5.1.7 Inmunización
- 5.1.8 Planificación familiar
- 5.1.9 Demografía básica
- 5.1.10. Terapéutica simplificada o elemental
- 5.1.11. Orientación a centros superiores de diagnóstico y tratamiento.

5.2. Régimen curricular.—

La formación de los auxiliares puede hacerse en las facultades de ciencias de la salud de las universidades, en la Escuela Nacional de Salud Pública o en centros que para el caso establezcan las zonas de salud. El régimen curricular deberá considerar las siguientes características:

5.2.1. Selección.— Jóvenes de no más de 25 años, con Secundaria completa de preferencia residentes en el lugar donde van a iniciar su trabajo y propuestos por un grupo de personas con auténtica representación del lugar.

5.2.2 Número.— Será asignado a cada centro de formación por el Ministerio de Salud, de acuerdo con las plazas existentes en cada ejercicio presupuestal.

5.2.3. Duración del curso.— No más de 24 semanas.

5.2.4. Programa.— Deberá integrarse con los siguientes temas:

- 5.2.4.1. Organización familiar
- 5.2.4.2. Castellano y lengua nativa
- 5.2.4.3. Elementos de matemáticas
- 5.2.4.4. Elementos de Biología
- 5.2.4.5. Higiene individual
- 5.2.4.6. Saneamiento ambiental
- 5.2.4.7. Elementos de Nutrición
- 5.2.4.8. Cuidado del embarazo
- 5.2.4.9. Atención del parto
- 5.2.4.10. Elementos de Puericultura
- 5.2.4.11. Diagnóstico y Terapéutica simplificados

5.2.5. Metodología.— El aprendizaje deberá realizarse en forma integrada, considerando la solución de los problemas de salud en la familia y no la división en cursos; y, utilizando exposiciones teóricas simples, discusión en pequeños grupos, prácticas elementales de laboratorio, demostraciones y prestación simultánea de servicios en los centros de salud, puestos sanitarios y hogares.

5.2.6. Docencia.— La docencia de las escuelas de auxiliares de salud debe ser función de proyección social de los profesores universitarios de ciencias de la salud y de los estudiantes de medicina y enfermería, lo mismo que del personal profesional y técnico de las zonas de salud, dentro de la estructura académica que organicen las universidades, la Escuela de Salud Pública y las zonas de salud.

5.2.7. Estudios de continuación.— El régimen curricular será prolongado mediante la participación periódica de los auxiliares de salud en ciclos de refresco y de perfeccionamiento que se realizarán en la forma de asignaciones de servicios en los centros de salud, hospitales provinciales y hospitales generales. Estas asignaciones podrán ser de medio día por semana y de dos semanas por año.

5.3. Trabajo.—

Los auxiliares de salud serán destinados a los puestos sanitarios y centros de salud de acuerdo con las vacantes existentes, la procedencia de los postulantes y el orden de méritos.

5.3.1. El o los auxiliares de salud asignados a un puesto sanitario, se encargarán del cuidado de la salud de las familias en la respectiva jurisdicción, cumpliendo con las funciones ya especificadas.

5.3.2. El auxiliar de salud recibirá un sueldo de la zona de salud y podrá desempeñar además otro cargo remunerado en la comunidad con un horario que le permita prestar eficientemente sus servicios de salud.

5.3.3. Los auxiliares de salud podrán postular ingreso a estudios en mayores niveles de ciencias de la salud, beneficiándose de la prioridad que se acuerde en los concursos de selección.

5.4. Supervisión.—

La labor de los auxiliares de salud en los puestos sanitarios o en los centros de salud será supervisada dentro de un sistema permanente por las enfermeras y el médico del respectivo equipo de salud. La supervisión no consistirá solamente en acciones de control, sino en esfuerzos de orientación y de enseñanza en servicio.

BIBLIOGRAFIA

1.— Plan Nacional de Salud 1966-1970. Sistema Nacional de Planificación. Lima. Julio 1965.

- 2.— Recursos Humanos de Salud. T. Hall, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1967.
- 3.— Tercer Congreso Nacional de Salud Pública, Lima. 1968.
- 4.— Plan Sectorial de Salud 1971-1975. Lima. 1971.
- 5.— Dilmon E. G. Medical Education and Care in the People's Republic of China. JAMA 218:1552. Dic. 1971.
- 6.— Sidel V. W. The Bare-foot Doctors of the People's Republic of China. New Engl. J. Med. 286:1292. Jun. 1972.
- 7.— Faundes A. y Luukkainen T. Salud y Servicios de Planificación Familiar en la República de China. Estudios de Planificación Familiar. Vol. 3 No. 7. Suplemento. Jul. 1972.
- 8.— Información Básica sobre Infraestructura del Sector Salud. Oficina Sectorial de Planificación. Ministerio de Salud. Lima. 1973.
- 9.— Colegio Médico del Perú. Información estadística. 1973.
- 10.— Carta Medica. Comentario sobre medicamentos y sistemas terapéuticos en la República Popular de China. Centro Nacional de Documentación e Información Médica. Colegio Médico del Perú. Vol. 2 No. 6. Mar. 1973.