30 de Mayo, 1983

Estudio de Caso:

Programa Materno - Infantil y Población

(PROSMIP) VII Región de Salud - Sur Medio

Proyecto 527-0224 USAID-Perú

1979 - 1982

John W. Townsend
Humberto Tello U.
Humberto Gamarra D.

1. Este Manuscrito fué presentado en el V Congreso Internacional de Salud en Buenos Aires, Argentina, Septiembre, 1983.

2. La preparación de este manuscrito fué financiado, en parte por el Ministerio de Salud del Perú y USAID Proyecto 527-0224.

Notas Para la Presentación

1) Conseguir diapositivos de las siguientes escenas:

- Mapa de la región (1)
- La pampa (1)
- Comunidad rural (2)
- Reunión de Comité de Salud (1)
- Vacunación (1)
- Alimentación Complementaria (1)
- Mujer dando suero oral al niño (2)
- Una pareja usuaria (2)
- Métodos anticonceptivos disponibles (1)
- Un centro o puesto de salud (1)
- Un promotor y una partera (1)
- Ejemplos de los manuales (2)

2) Un cassette con música típica peruana para el início y final de la presentación.

Tabla de Contenido

I. Introducción

II. Antecedentes:

A. Marco de referencia.
B. Descripción de la Región Sur Medio.
C. Estado de Salud de la población.

III. Objetivos:

A. Política Nacional de apoyo a la Atención Primaria.
B. Objetivos Generales.
C. Objetivos Operacionales.

IV. Organización:

A. Estructura de los servicios de Salud.
B. Cronograma.
C. Características de la prestación de servicios.

V. Plan Operacional:

A. Capacitación.
B. Actividades.
C. Participación de la Comunidad.
D. Supervisión.
E. Sistema de Información.
F. Logística y Financiamiento.
G. Evaluación.

VI. Resultados:

A. Actividades del promotor de salud.
B. Actividades de la Partera.
C. Supervisión
D. Costo adicional al Ministerio de Salud.

VII. Recomendaciones para mejorar la calidad y cobertura de servicios.

VIII. Conclusiones

IX. Referencias

Anexo 1, Figuras y Cuadro

RECONOCIMIENTOS

Ministerio de Salud del Perú

Agencia para el Desarrollo Internacional (AID)

Universidad de Colombia

Personal de la Región de Salud Sur Medio

Las comunidades rurales y urbanas marginales de Ica, Chincha y Lucanas

El Pueblo Peruano

I. Introducción:

La República del Perú está firmemente comprometida en el esfuerzo mundial de alcanzar la meta social de salud para todos en el año 2000 y está convencida que la Atención Primaria de Salud es la estrategia más apropiada para alcanzar dicha meta dentro del contexto del desarrollo nacional. Este estudio de caso sobre el proyecto de la Región de Salud Sur Medio para Salud Materno Infantil y Población documenta uno de los primeros esfuerzos en Perú para poner en práctica las políticas de extensión de Coberturas de salud y desarrollo y fortalecimiento de la Atención Primaria. A continuación se presentarán una descripción del proyecto PROSMIP de Sur Medio incluyendo los objetivos, la organización, el plan operacional y los resultados preliminares de la evaluación con la esperanza que el análisis de los métodos utilizados, sus alcances y los problemas encontrados servirán de base para el diseño e implementación de sistemas efectivos y eficientes de atención primaria salud basados en la prestación de servicios por personal no profesional con adecuada supervisión. En esta presentación se pondrá énfasis especial en el primer nivel de atención, o sea los servicios al nivel comunitario.

II. Antecedentes:

A. Marco de Referencia: En Julio de 1979, se firmó un convenio entre el Gobierno del Perú y el AID para desarrollar servicios de salud materno-infantil y población en la Región del Sur Medio durante un período de 5 años. El objetivo del proyecto fué de desarrollar un modelo imitable de atención integral experimentando nuevas estrategias, basadas en diversas experiencias en el Perú y América Latina. La estrategia de este proyecto fué fortalecer la actual estructura de los establecimientos de salud, y fundamentalmente ampliar la base de la estructura empleando el potencial de los recursos humanos no profesionales y/o tradicionales de la comunidad que permita ampliar coberturas a bajo costo en zonas sub-urbanas y rurales de la Región de Salud Sur Medio. La base legal de esta estrategia está definida por los lineamientos de la política nacional de población, las normas del Sistema Nacional de Servicios de Salud y el plan global de desarrollo nacional para 1979-1980. De acuerdo con esta estrategia, todos los servicios prestados fueron integrados con el sistema nacional de servicios de salud y según los niveles de atención se desarrolló los componentes de capacitación, prestación de servicios, logistica e información para alcanzar las metas propuestas para la región.

B. Descripción de la Región Sur Medio: La Región de Sur Medio, una entidad desconcentrada del Ministerio de Salud, abarca todo el Departamento de Ica que es principalmente un desierto costeño, interrumpido por valles bajo irrigación, y partes de la sierra de los departamentos de Ayacucho y Huancavelica. Administrativamente, la región se divide en tres áreas hospitalarias con sedes en Chincha, Ica y Lucanas-Parinacochas. En total, el área del proyecto cuenta con 112 distritos y 952 anexos con una población estimada para 1982 de 621,785 personas dentro de una extensión de 58,127.22 Km2. Hasta 1982 el proyecto ha limitado sus actividades a las dos áreas de Chincha y Ica programando para 1983-1984 actividades para el área de Lucanas (población 1978: 98,719).

En la faja costeña y partes bajas de la sierra se habla Castellano y en la sierra alta el Quechua. Casi una cuarta parte de la población es bilingue (Castellano-Quechua). La tasa de analfabetismo es bajo (8.8%) y aproximadamente el 80% de la población tiene acceso a los servicios de educación pública gratuita. El índole habitacional es 5.9 personas por vivienda, y en el área rural y urbano marginal, consiste en una estructura de adobe o caña con una o dos habitaciones. En el área urbana las viviendas son más amplias (4-5 ambientes) y están construídas de ladrillo. Al nivel rural y urbano marginal, 74% de las familias carecen de fuentes adecuadas de agua potable y 80% de sistemas adecuados de eliminación de excretas. El 32% de la población es económicamente activa, dedicada especialmente a la agricultura (subsistencia y agro-industrial), pequeña minoría y industria, y empleados públicos y privados. Los principales productos agrícolas son: la vid y algodón.
En las tierras altas, hasta 4000 metros sobre el nivel del mar, se produce trigo, cebada, haba y papas. La actividad pecuaria consiste en la cría comercial de aves de corral en las pampas, y pequeños hatos de ganado vacuno, ovino y caprino donde existe suficiente pasto. La alimentación básica consiste en arroz, pallares, yucas, camote, papa, fideos y con menos frecuencia carne de pescado y carnero. La industría es incipiente y está representada por la producción de aguardiente, vinos, conservas de pescado, accesorios de vehículos de transporte y tejidos. El ingreso anual per capita es bajo: en la costa se estima $600 para área urbanas y $350 para área rural. En la sierra es aproximadamente la mitad. Actualmente el escaso poder adquisitivo de la población para satisfacer las necesidades esenciales está en deterioro desde 1980 debido a tasas elevadas de inflación y desempleo.

C. Estado de Salud de la Población: Un resumén del estado de salud de la población de encuentra en el Cuadro 1 con datos nacionales de referencia. Como se puede observar, las tasas principales de la región son semejantes a las cifras nacionales. Las tasas presentadas son las siguientes: tasa de natalidad, 42/1000 habitantes, tasa de mortalidad infantil 101/1000 nacidos vivos, tasa de mortalidad general 11.1/1000 habitantes, y una expectativa de vida al nacer de 58. Aún con la evolución favorable de estas tasas los últimos 20 años, estos índices regionales siguen muy bajos comparados con las cifras correspondientes a paises desarrollados y las cifras nacionales son entre las más bajas del grupo andino. Complicando la situación con el elevado índice de crecimiento de la población de cerca de 3% que determina un aumento acelerado en la demanda por servicios y la creciente migración de la población rural hacia las ciudades dificultando la entrega de servicios básicos. Las primeras causas de mortalidad son: (en orden prioritario): enfermedades del aparato respiratorio (18%), estados morbosos mal definidos (15%), enfermedades del aparato circulatorio (10%), disentería y gastro enteritis (9%), tumores (9%), traumatismos (7%) y tuberculosis (5%). Para los niños menores de 5 años donde la mortalidad representa cerca de 50% de las defunciones, las principales causas de mortalidad son las enfermedades infecciosas y parasitarias acompañadas por deficiencias nutricionales. Mortalidad perinatal asociado a premadurez, bajo peso al nacer y anomalías congénitas sigue siendo un problema de gran magnitud. Dentro de este contexto, a continuación se describirá las políticas y objetivos del proyecto PROSMIP.

III. Objetivos:

A. Política Nacional de Apoyo a la Atención Primaria: El Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud considera como política fundamental: extender las coberturas de salud a las áreas rurales y urbano-marginales, y promover su desarrollo económico y social. El sistema Nacional de Servicios de Salud tiene la responsabilidad principal para su cumplimiento; mientras que los otros componentes del sistema: Seguridad Social del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas y del Ministerio del Interior y del Sector no público, participan activa y coordinadamente con el Ministerio de Salud en cada uno de los niveles de atención. El desarrollo de la atención primaria exige la participación de los otros sectores, especialmente Educación y Agricultura, por lo que se busca apoyo en la coordinación intersectorial. Finalmente los fondos de Cooperación internacional están dirigidos principalmente a la capacitación de recursos humanos, en su equipamiento, dotación de medicamentos, materiales de trabajo, a la creación de una infraestructura física y apoyo técnico administrativo, principalmente en lo referente al cumplimiento de las funciones de coordinación, supervisión, evaluación y control. En este contexto se definió los objetivos generales y operacionales del programa.

B. Objetivos Generales del Proyecto: El propósito del proyecto es lograr un modelo imitable de atención integral de la salud y de regulación de fecundidad, orientado dentro de los lineamientos de las políticas de salud y de población del país, destinada a la persona, a la familia y a la comunidad que permitan ampliar las coberturas de servicio a bajo costo, dando prioridad a la atención de la madre y el niño.
El modelo implica la ampliación de la actual estructura de la atención de la salud en su base, para iniciar allí la atención de la salud según riesgos y por niveles, empleando fundamentalmente personal no profesional, al que se delegará funciones con la debida supervisión profesional y fomentándose la participación activa de la comunidad.

C. Objetivos Operacionales: Los objetivos operacionales del proyecto son los siguientes:

1. Lograr el conocimiento de la comunidad a través del diagnóstico situacional enfocando en particular la problemática materno-infantil y paternidad responsable.

2. Promover, proteger y recuperar la salud del niño menor de 5 años para reducir significativamente la morbi - mortalidad y mejorar el estado nutricional de las gestantes y lactantes.

3. Promover, proteger y recuperar la salud del niño menor de 5 años para reducir significativamente la morbi - mortalidad y mejorar el estado nutricional.

4. Lograr un crecimiento poblacional que esté en armonía con la libre decisión de la población sobre la dimensión familiar mediante actividades de paternidad responsable.

5. Promover la participación activa de la comunidad en el Programa a través de acciones organizadas de comunicación y educación.

6. Desarrollar un sistema de capacitación para el personal de todos los niveles operativos del proyecto.

7. Establecer un sistema de información del programa con fines de evaluación, registro de metas, estrategias y determinación de la costo - efectividad de los servicios.

8. Establecer un sistema de supervisión para detectar fallas en la cobertura y/o calidad de servicios entregados, mejorar el nivel de enseñanza y aprendizaje y mejorar la prestación de servicios.

9. Establecer un modelo de evaluación del proyecto que permite determinar la efectividad y eficiencia de los servicios para alcanzar las metas propuestas.

10. Atender a toda la población en caso de emergencias, controlar los casos de tuberculosis y enfermedades transmisibles y derivar los enfermos a establecimientos de mayor complejidad cuando los casos los requieren.

IV. Organización:

A. Estructura de los servicios de salud: La infraestructura de establecimientos de salud de la Región Sur Medio se encuentran organizadas por niveles de atención, de los más simples (Puestos Sanitarios), a lo más complejo (Hospital de Area), donde se concentra la alta tecnología y especialización médica (ver Figura 2) la región cuenta con 121 establecimientos de salud de los cuales 90 son Puestos Sanitarios, 23 son centros de salud, 5 son Hospitales Locales y 3 son Hospitales de Area. Además promotores de salud y parteras tradicionales trabajan en más de 926 localidades con una población mayor de 150 habitantes. El Director Regional de Salud es el coordinador del programa PROSMIP.
Su equipo de trabajo multidisciplinario incluye una educadora para la salud, una enfermera, una obstetriz, una estadística, y un contador. Además cuenta con el apoyo de un Médico Gineco-Obstetra y Médico Pediatra del Area Hospitalaria a tiempo parcial. En general las funciones de programación, dirección, producción y distribución de materiales de capacitación, ejecución de actividades de capacitación y supervisión, la evaluación del programa y la elaboración de informes.

En cada área hospitalaria existe un equipo equivalente para adecuar la ejecución de las actividades programadas en base de la realidad local. Como se puede observar en el cuadro 2, en los últimos cuatro años han habido cambios significativos en la disponibilidad física de servicios de salud tanto al nivel de establecimientos (Puestos Sanitarios y Centros de Salud) como a nivel de la comunidad (Promotores y Parteras Tradicionales). Actualmente existe un centro de salud en el área rural por cada 15 a 20 mil habitantes y puesto sanitario por cada 3 a 5 mil habitantes. Un centro de salud cuenta con un médico, una enfermera profesional, dos a cuatro auxiliares de enfermería, un odontólogo y un estadístico. Un puesto sanitario cuenta con los servicios de un auxiliar sanitario con el apoyo de los promotores y parteras de las comunidades cercanas. Un promotor es capaz de atender de 200 a 300 personas en el área rural, mientras que el número de señoras que atiende una partera tradicional capacitada depende de la demanda local y varía substancialmente (300-1200).

C. Cronograma: Figura 4 presenta el cronograma de actividades principales de PROSMIP. Como se puede apreciar, los primeros 18 meses del proyecto se dedicó principalmente al desarrollo de normas, la planificación y la capacitación de personal profesional y sub-profesional de los servicios de salud. Durante 1980 se tomó las auxiliares de enfermería y sanitaria para ocupar los nuevos establecimientos programados dentro de la política de extensión de cobertura. Durante los años 1981 y 1982 se capacitó el mayor número de promotores y parteras tradicionales; además se inició la prestación de servicios de atención primaria al nivel de la comunidad y se puso en práctica el sistema de supervisión.
Todos los servicios básicos, la supervisión y la actualización de personal continuó la forma rutinaria durante 1983. La encuesta final para medir el proyecto del Programa está programado para finales del próximo año.

D. Características del Programa PROSMIP: Las características sobresalientes de PROSMIP son las siguientes:

1. El programa es consistente con la política nacional de Atención Primaria y integrada a todo nivel con el sistema nacional de servicios de salud.

2. Los servicios están orientados a resolver los problemas principales de salud pública en el área.

3. Los servicios están organizados de acuerdo a los conceptos de cobertura total, prioridades locales y alto riesgo.

4. La extensión de servicios depende de la capacitación del personal de los servicios de salud y la participación directa de la comunidad en la prestación de servicios.

5. El formato de capacitación es modular que permite flexibilidad en la presentación de los contenidos.

6. Se mantiene una relación estrecha entre supervisión e información para guiar la actualización de personal y mejorar la prestación de servicios.

V. Plan Operacional:

A. Capacitación: La capacitación del recurso humano de todos los niveles se efectuó en tres fases complementarias:

1. Antes de iniciar sus funciones y que estuvo orientada básicamente a la formación y organización de los equipos de trabajo dentro del proyecto y la instalación de los nuevos establecimientos de salud.

2. En servicio, o sea durante la ejecución del proyecto, el cual está orientado principalmente a la solución de problemas detectados en el desarrollo del mismo y fundamentalmente ligado a la supervisión.

3. Reuniones periódicas de actualización en diferentes aspectos técnico-administrativos del Proyecto.
Al nivel del personal de los servicios de salud, la selección de participantes siguió el organigrama regular del Ministerio de Salud en la Región. Toda persona, tanto profesional como no profesional, que tendría responsabilidades de dirección, supervisión, asistencia o de apoyo desde el hospital regional al puesto de salud recibió capacitación sobre la organización del proyecto, las áreas programativas, los contenidos de materno-infantil y población, el sistema de información y aspectos administrativos en suministros y presupuestos. El cuadro 3 presenta información sobre el número total de cursos preparados para el personal de salud, el número de participantes, el número de persona-dias que se dedica al nivel profesional, auxiliar y de apoyo. Se puede observar que el esfuerzo de capacitación se ha mantenido constante a través de los primeros años del proyecto, que el número de participantes ha sido elevado en una región con aproximadamente 1750 empleados y el número de persona-dias ha sido substancial particularmente para auxiliares de enfermería, sanitarios y auxiliares de saneamiento básico.
Está incluído en esto 21,854 días, la capacitación de auxiliares para dirigir los nuevos establecimientos de salud creados durante los tres primeros años del proyecto.
Al nivel comunitario se seleccionó promotores de salud y parteras tradicionales. El promotor es una persona voluntaria elegida por su comunidad y comprometida con ella para prestar servicios de atención primaria con la capacitación y bajo la supervisión del Sistema Nacional de Salud y con el apoyo permanente y control de su comunidad. La partera tradicional es otro recurso humano de gran significancia al nivel Comunitario y cuando debidamente capacitado y supervisado es un valioso elemento para la atención de gestantes, antes, durante y después del parto. La selección de ambas personas se hace con la participación de la comunidad en una asamblea general o en un cabildo abierto de acuerdo a los criterios de selección y con la asesoría de un representante del servicio de salud (sanitario, enfermera, obstetriz). Los requisitos mínimos para la selección de promotores de salud y parteras

tradicionales se encuentran en las Figuras 5 y 6 respectivamente. En cada caso los requisitos establecen la base para una selección apropiada tomando en cuenta el nivel educacional del candidato, sus características personales, el apoyo de la comunidad y su experiencia en actividades comunales. Utilizando estos criterios, se espera un alto grado de aceptación de los servicios prestados y un mínimo de recambio en personal voluntario.

El cuadro 4 describe el curriculum de los Promotores de Salud y las Parteras tradicionales. El curriculum de los promotores consiste en la revisión de 9 temas a través de 120 horas de instrucción. Los temas con más prioridad son: salud de la madre, salud del niño, paternidad responsable y atención a la demanda. El Curriculum de la partera revisa 5 temas durante 92 horas de lo cual la salud de la madre durante el embarazo, el parto y puerperio es naturalmente lo más importante. Ambas capacitaciones se realizan durante un período de 13 ó 15 días en un sitio cercano a las poblaciones que van a atender. El local puede ser un centro o puesto de salud, una escuela, una aula de la comunidad o la casa de un participante.

Teniendo en cuenta el escaso nivel de escolaridad de las participantes, la metodología de enseñanza es práctica y demostrativa partiendo especialmente de las experiencias y características que trae cada participante. Las técnicas educativas utilizadas promueven la participación activa de los alumnos, por ejemplo demostraciones, entrevistas, sociodrama, y otros. Los materiales básicos para la capacitación son 10 manuales preparados por personal del proyecto. El cuadro 5 demuestra los manuales en uso por el promotor y partera. Sus contenidos son simples, en forma gráfica donde sea posible y incluyen toda la información necesaria para prestar los servicios programados. Su formato es modular que permite la rápida actualización de contenidos a través de tiempo y la reproducción a bajo costo. El cuadro 6 presenta el número de promotores de salud y parteras tradicionales capacitados durante los primeros cuatro años del proyecto. Durante 1979 y 1980 el número fué reducido porque el propósito de estas capacitaciones fué precisamente de probar el curriculum y ajustar los materiales. En 1981 y 1982 se capacitó un total de 960 personas para su promotor de salud o partera capacitada. Además se inició el primer ciclo de actualización o refrescamiento sobre el área materno-infantil y población para personal voluntario previamente capacitado.

B. Servicios que ofrece el promotor de salud y la partera tradicional capacitada. Una vez capacitados, el promotor y la partera se ubican en sus puestos comunitarios, los cuales pueden estar en un lugar que le asigne la comunidad o en sus domicilios. La partera recibe los materiales esenciales para la atención adecuada de un parto normal y el promotor recibe los medicamentos, materiales y un botiquín que se utilizará durante la prestación de atención primaria. (Para ver la lista de materiales, ver el plan operacional 1981-1982). Las funciones y actividades del promotor de salud y la partera capacitada se define en las Figuras 7 y 8 respectivamente. Como se puede apreciar las actividades asignadas corresponden directamente al contenido de la capacitación y los manuales preparados. Se distribuyen las

actividades equitativamente entre prevención, curación y derivación oportuna de los casos que lo merecen. Además existe una gran correspondencia entre las funciones y actividades de la partera y las del promotor permitiendo una colaboración estrecha dentro de la comunidad y la unificación de criterios sobre el tratamiento en casos particulares.

El promotor no recibe ninguna remuneración del Estado por los servicios prestados, por lo caul se ha considerado a manera de incentivo, que perciba el 50% de la venta de medicamentos y anticonceptivos proporcionados a la comunidad y el 50% restante sirve como un fondo rotatorio para la compra de medicinas adicionales. La partera capacitada puede cobrar de 3 a 10 dólares para la atención del parto; tampoco recibe remuneración del Estado. Las tarifas locales se establecen con la comunidad que controla los servicios prestados.

C. Participación de la Comunidad: Dentro de las actividades de atención primaria, la comunidad organizada juega un papel significativo desde la etapa de selección. La comunidad identifica los precandidatos y selecciona en asamblea general las personas que recibirán la capacitación. Donde no existe un comité de salud, el auxiliar sanitario colabora con las autoridades locales y el personal voluntario para formar uno. Dentro de la comunidad, el promotor depende directamente de la organización comunal quienes establecen tarifas para la venta de medicamentos y definan prioridades locales para orientar la prestación de servicios. La comunidad, a través de sus organizaciones como clubes de madres, comités deportivos, profesores y padres de familia, promueven actividades pro-salud en apoyo al esfuerzo del promotor de salud y la partera. Finalmente se espera que toda la comunidad comparte en los beneficios provenientes de una mejor prestación de servicios de salud.

D. Supervisión: La supervisión cubre todos los niveles del sistema de Servicios de salud y abarca cada una de las actividades programadas. La supervisión, así concebida, es un proceso de enseñanza-aprendizaje, que identifica los avances realizados, facilita la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad de los servicios y a la vez orienta y motiva los trabajos de salud.

Dentro del proyecto, el auxiliar sanitario tiene la responsabilidad principal de supervisar a todos los promotores de salud y parteras tradicionales de la jurisdicción de su puesto sanitario. (En algunos casos los promotores dependen directamente de un centro de salud u hospital). Esta supervisión debe ser efectuada en forma bimestral, o sea 6 veces al año, y cada visita debe tener una duración promedio de un día (aparte del viaje). El contenido de la supervisión está normado por una guía desarrollada por el proyecto e incluye revisión del movimiento de medicamentos, programación de actividades prioritarias, actualización de temas de capacitación, una reunión con el comité de salud local y la realización de algunas visitas domiciliarias. Además de la supervisión directa, personal de la dirección regional, hospitales y los centros de salud visitan un puesto de promotores y parteras para controlar la frecuencia y calidad de la supervisión recibida. Después de cada visita, se prepara un resumén de las actividades y recomendaciones que forma la base para la supervisión posterior dando una continuidad al proceso.

E. Sistema de Información: El sistema de información a nivel comunal cuenta con seis formularios de los cuales al promotor y a la partera se les responsabiliza de dos formularios; al supervisor de tres formularios y ambos se responsabilizan para realizar la ficha de conocimientos de la comunidad. Los instrumentos son:

1. Una ficha de conocimiento de la comunidad: un croquis de la comunidad.

2. Un cuaderno para registrar las actividades educacionales y asistenciales del promotor o partera, incluyendo la entrega de medicamentos.

3. Una hoja de transferencias para derivar pacientes a otros lugares de atención.

4. Un informe bi-mensual que el supervisor prepara como una descripción cuantitativa de las actividades del promotor o partera.

5. Un resumén calendario de informes bimensuales en que el supervisor resume las actividades de cada promotor durante el año.

6. Un formulario de control de inventario y de entrega de medicamentos que el supervisor llena cuando entrega materiales o medicamentos al personal voluntario.

   Este sistema de información es la fuente principal para datos sobre la producción de servicios y movimiento de medicamentos. Así forma una parte integral de la supervisión y la base para medir mejoras en la prestación de servicios a través de tiempo. El establecimiento de este sistema a nivel comunitario ha sido difícil y durante los primeros años la cobertura de informes recibidos ha sido bajo (30%-40%). Este subregistro está reflejado en la sección de resultados donde se revisa la producción a través de tiempo. Sin embargo, en 1983 debido al énfasis puesto en la supervisión e información local la cobertura está actualmente alrededor de 80%.

F. Logística y Financiamiento: El sistema de logística que utilizó el programa fué el rutinario del Ministerio de Salud incluyendo la compra y envío de equipos, suministros y transporte. La Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) donó fondos al Ministerio de Salud para cubrir en parte los gastos iniciales del equipamiento de los establecimientos nuevos de salud, el personal auxiliar, la capacitación y supervisión inicial. La contribución del tesorero público del Perú ha sido más de $2 millones de dólares mientras que los fondos de donación utilizados ha sido al momento menos de $700 mil dólares. El proyecto fué designado a ser auto-suficiente despues de la inversión inicial. Además una gran parte de los fondos donados están destinados a actividades de investigación operacional y evaluación, componentes que no son necesarios si se replica el proyecto en otras regiones del país.

G. Evaluación: La evaluación del proyecto constó de tres componentes: 1) el análisis de los datos del sistema de información al nivel de los servicios de salud y la comunidad para medir cambios en los indicadores principales de morbi - mortalidad, fecundidad y el estado nutricional de mitos y gestantes. 2) dos encuestas transversales, uno al inicio del proyecto en 1979 y uno al final de la etapa experimental, en una muestra aleatoria de 1500 viviendas en la costa y la sierra de la región Sur Medio. Esta encuesta ofrece datos sobre la aceptación y utilización de servicios de salud, la prevalencia de comportamiento deseado en cuanto a salud e higiene, la prevalencia de movilidad común y el estado nutricional de niños menores de 5 años. 3) Finalmente, se analiza el costo de la prestación de servicios superando los costos del inicio y la evaluación de los costos rutinarios de los servicios particularmente al nivel de los Centros y Puestos de Salud y la Comunidad. Se determinará la razón de costo - efectividad en base a las inversiones realizadas contra el impacto que el proyecto ha tenido sobre el estado de salud y nutrición de la población.

A continuación se presentará algunos datos sobre el estado de prestación de servicios al nivel comunitario reportados por los promotores de salud y parteras capacitadas. Todos los datos son actualizados hasta Diciembre, 1982, y son preliminares. La evaluación final del proyecto será integral incluyendo la revisión y análisis de datos hasta 1985, la fecha de terminación del proyecto y la apreciación del personal de los servicios de salud sobre la adecuación de nuestros esfuerzos.

VI. Resultados:

A. Actividades del Promotor de Salud: Todos los resultados que se presentan a continuación son provenientes del informe bimensual del supervisor de los promotores de salud durante los años 1980 a 1982. En algunos casos datos de la encuesta diagnóstica están presentados por referencia. Además los totales solo representan los resultados de las áreas de Chincha y Ica, si no indica lo contrario.

En el cuadro 7 se presentan las actividades principales de promoción y atención prestadas por el promotor de salud de 1980 al 1982. Se puede observar que durante el primer año del proyecto la actividad sobresaliente fué la atención con inyectables. Por otro lado en 1982, la atención con primeros auxilios y curaciones llega hasta 16,213, diez veces mayor que en 1980. La visita domiciliaria sigue en frecuencia con 10,763, mostrando otro incremento grande desde el inicio del proyecto. Si se considera que los datos de 1982 son basados en los informes de solo 303 promotores (41% cobertura) cada promotor en promedio atendió 54 pacientes con primeros auxilios, realizó 36 visitas domiciliarias, dió 14 inyectables y realizó 9 transferencias durante los últimos 12 meses.

El cuadro 8, ilustra el número de charlas educativas por los promotores de salud en su comunidad. Como se puede apreciar el número de charlas incrementa dramáticamente entre 1980 y 1982. Los temas más

frecuentemente presentados fueron diarrea y rehidratación, nutrición, y mejoras en la eliminación de excretas. El total en 1982 corresponde a razón de una charla semanal por los 303 promotores informando. Sin embargo, es probable que durante una visita domiciliaria se discuta más de un tema al mismo tiempo, es difícil determinar si la educación o información presentada llegó a producir cambios en comportamiento en la población en cuanto a hábitos alimentarios, el uso de sales de rehidratación o la instalación de letrinas.

El cuadro 9 demuestra las entregas principales de medicamentos por los promotores de salud. Como se observa en cada rubro hay incrementos significativos a través del tiempo. Las medicinas más populares son la aspirina y las vitaminas (multivitaminas y sulfato ferroso). Las cantidades de estos distribuidos son diez a veinte veces mayores que las sales de suero oral, anti-espasmódicos, anti-parasitarios mebendezol. Considerando que la diarrea es una de las causas principales de mortalidad, se estima que el número de bolsas de sales de rehidratación utilizadas es muy bajo. Si un promotor en promedio atiende a 250 personas de los cuales 49 son niños menores de 5 años, con este nivel de entrega un promotor entregaría solo 11 bolsas al año. Se espera que bajo condiciones de alta incidencia de diarreas como en el caso de Sur Medio, cada niño requerirá por lo menos de 6 bolsas al año o sea 294 bolsas por promotor. La disponibilidad de los sobres no parece ser el factor limitante al nivel de botiquín o puesto de salud.

El cuadro 10 identifica el número de usuarias de métodos anticonceptivos suministrados por el promotor de salud. Según los datos disponibles, los métodos más populares son Neo Sampon (n-1743) y condones (n-1251). Por los tres métodos especificados, el proyecto ofreció en 1982 un total de 83.6 años/mujer de protección. Los otros métodos incluyen a personas que utilizan métodos naturales, un DIU o están esterilizados y a la vez este hecho está conocido y reportado por el promotor. En la encuesta diagnóstica, 28.8% de las mujeres de la costa y 22.3% de la sierra reportan el uso actual de métodos naturales como ritmo, retiro, abstinencia y lavado interno para regular su fecundidad. Los métodos modernos como la píldora, el condón, el DIU, espumantes, cremas y esterilización solo contaban con 13.0% de las mujeres en edad fértil en la costa y 4.1% en la sierra.

El cuadro 11 presenta los datos de usuarios en toda la región Sur Medio reportados a todos los niveles para orales, el DIU y otros métodos. Los datos de 1979 son de la encuesta basal y extrapolados para la población de mujeres no embarazadas en edad fértil o sea susceptible para utilizar algún método para regular su fecundidad. Además uno debe tomar en cuenta que los datos de la encuesta representan usuarios de cualquier fuente de servicio o suministro público y privado, mientras que los datos de 1981 y 1982 están limitados a fuentes del Ministerio de Salud de la región Sur Medio. Como se puede observar el número de usuarios incrementó casi 100% del año 1981 a 1982. Y para el año 1982 el número de usuarios dentro del sector público es igual o mayor del número estimado de usuarios de cualquier fuente. Se espera entonces, si esta tendencia continua, un incremento en la prevalencia de uso de métodos modernos de regulación de fecundidad en la encuesta final.

El Cuadro 12 describe los resultados del programa de vacunación en la región entera. Aunque el promotor no aplica directamente la

vacuna, se espera un incremento en la cobertura de los servicios de vacunación y en el número de niños protegidos (inmunizados) a travez de tiempo debido a la promoción y organización local por el promotor y su comité de salud. Los datos presentados por 1979 son de la encuesta basal e indican el porcentaje de niños que han recibido alguna dosis de las vacunas especificadas según el informante (generalmente la madre). Todos los datos corresponden a la población blanca de niños menores de un año. Según la encuesta, la cobertura de vacunación BCG y antipolio con alguna dósis fué 54.3% y 40.4% respectivamente; la de DPT y Sarampión es mucho más baja. El BCG se aplica durante los primeros 10 días de vida y la cobertura es relativamente alta por el control del recién nacido que realizan los hospitales donde hay atención gratuita del país y puerperio. Los datos para 1980 y 1981 indican, con la excepción de BCG, un descanso en el número de niños con dósis completas (actualmente 40-56%). La meta establecida para la vacunación es 100% de los niños menores de un año pero se ha vacunado a demanda y en los últimos años, por dificultades en el mantenimiento de la cadena de frío, se ha concentrado este servicio en las comunidades más grandes.
La figura 9 presenta datos de encuesta basal sobre el estado nutricional de los niños de uno a tres años según el perímetro braquial y falta. Como se puede observar en todas las edades y en ambas medidas, el promedio de crecimiento es menor del estandar internacional. En el caso de perímetro braquial es 90%-94% y en el caso de talla 93%-96% de la norma. A pesar que estos datos son preliminares, esto indica que un 25%-35% de la población de niños de 1 a 3 años está con riesgo de desnutrición parteico- energético en forma moderada en general. Aunque estas cifras son alarmantes, son consistentes con alta incidencia de infección en este grupo étnico y la reducida disponibilidad de alimentos en el mercado local debido a la sequía extensa y el costo alto de la canasta básica. Además el programa de complementación alimentaria que distribuye aproximadamente 10,000 raciones incluyendo leche en polvo, harina de trigo y aceite a las familias de alto riesgo fué interrumpido entre Abril, 1981 y Junio, 1983. Aún así el total número de raciones programados para la región en este momento es alrededor de 5,000 raciones. A pesar de las charlas educativas del personal voluntario, debido a todos los factores condicionantes, no se espera cambios favorables en estas cifras en los próximos años.

B. Actividades de la Partera: Los datos que se presentan a continuación sobre las actividades de la partera tradicional capacitada son en estos momentos parciales y preliminares. La capacitación de parteras dentro del proyecto realmente empezó en 1982, entoncés solo se presentó los datos de este año. Además las cifras corresponden a solamente un área hospitalaria (Chincha) donde respondieron 48 de las 71 parteras capacitadas (67.6%). El Cuadro 13 presentó para el año 1980 la atención prestada a gestantes en el área de Chincha. Como se puede observar, cada partera realizó en promedio 19 controles de gestantes, atención solo de 5 partos y realizó el control de 9 puerperas. Quizás más significante es el número de transferencias que han hecho las parteras a los servicios de salud. El número reducido de partos atendidos y el número de transferencias se debe en parte a la política del Ministerio de Salud de atención gratuita del parto al nivel hospitalario y los contenidos de la capacitación que ponen énfasis en las complicaciones de la gestante, parturienta y los criterios de transferencia.

Al mismo tiempo, la partera está involucrada en la prestación de servicios educativos y curativos de atención primaria. El cuadro 14 indica que cada partera en promedio realiza 12 visitas domiciliarias al año, dá 7 charlas educativas, pone 10 inyectables y da otras atenciones. Estos datos sugieren que ella capacita con el promotor todas las responsabilidades del equipo de salud al nivel comunitario. A pesar que el número de parteras que informan es bajo, realmente no se espera resultados inconsistentes en el resto de la región.

C. Supervisión: El Cuadro 15 describe la concentración de visitas de supervisión según los niveles de dirección y atención durante el año 1982. Como se puede observar, con la excepción de la supervisión de hospitales a los centros de salud, la concentración de visitas realizadas es baja; en la mayoría de los casos el personal de salud recibe solamente una visita de supervisión al año, 16% a 25% de la norma. La Dirección Regional tiene la responsabilidad de visitar muestras de establecimientos y personal voluntario para determinar la periodicidad, calidad y la cobertura de la supervisión realizada. En base de este muestreo, una prioridad para el año 1983 ha sido comentar los recursos dedicados a supervisión. Los obstáculos encontrados hasta el momento que han limitado la supervisión son principalmente la falta de transporte y viáticos, y la inaccesibilidad de muchas comunidades atendidas por el personal voluntario.

D. Costo adicional al Ministerio de Salud: El Cuadro 16 ilustra los costos adicionales al Ministerio de Salud para capacitar, equipar y supervisar un promotor de salud y una partera tradicional para el primer año de servicio y años subsecuentes. Los costos de capacitación incluyen el tiempo y viáticos del instructor, los viáticos del voluntario y los manuales. El equipo incluye medicamentos básicos y equipo de curaciones. El costo de supervisión está calculado en base de 6 visitas anuales a razón de $10.25 cada visita al nivel comunitario. Por años subsiguientes solo se contempla el costo de la actualizaicón, supervisión y los instrumentos del sistema de información. Como se puede apreciar, los costos de capacitación e equipamiento son los más significativos. El costo per capita por el primer año de servicio es bajo, $1.95 para promotores y $0.99 para parteras. En años subsiguientes el costo per capita es aproximadamente $0.49 por cada promotor o partera. Aun con la escasez de fondos públicos para salud (4% del presupuesto estatal 71 total), estos niveles de financiamiento requeridos no son prohibitivos si los servicios prestados son efectivos.

VIII. Recomendaciones para Mejorar la Calidad y Cobertura de Servicios:

Estas recomendaciones generales para mejorar la calidad y cobertura de servicios de atención primaria, ya han sido identificados por la región de salud Sur Medio. En parte y en forma mucho más detallada forman la base para los planes de acción en la región para los años 1983-1985. En resumén las recomendaciones son las siguientes:

Primero, hay que simplificar y prioritizar el número de servicios que debe prestar un personal voluntario. Un total de 120 horas en 13 días no es suficiente para capacitar personal en todos los conocimientos necesarios, ni mucho menos en las técnicas finas de la prestación de servicios. Alternativas, como por ejemplo capacitación en forma modular (2 o 3 días al mes), auto-instrucción dirigida y capacitación en servicio están siendo consideradas.

Segundo, hay que mantener el énfasis en la actualización de personal a todos los niveles. Con los avances en Salud Pública y las experiencias adquiridas en programas de atención primaria mundialmente, la actualización sistemática permite que el personal de salud pueda adquirir conocimientos nuevos, adoptar estrategias con demostrada efectividad y compartir experiencias valiosas regionales. Esto debe realizarse 2 o 3 veces al año, preferiblemente en grupos pequeños. Los contenidos deben partir de la problemática local y los recursos disponibles. La articulación con los sectores de agricultura y educación es un tema que ofrece una multitud de beneficios potenciales.

Tercero, hay que asegurar que los sistemas de supervisión e información se implementen completamente. Además se debe buscar la forma para que sean más sencillas, menos costosos y más efectivos en la identificación de problemas, la búsqueda de soluciones y la documentación de los avances. La investigación operacional en esta área ofrece la oportunidad para probar nuevos métodos y orientar la búsqueda de soluciones más costo-efectivas.

Finalmente, se debe mejorar el sistema de logística del Ministerio de Salud particularmente en las áreas de suministros y transporte. Este es un problema común en todos los paises de América Latina y amenaza todos los planes para la extensión de cobertura a través de atención primaria. Además de revisar críticamente nuestro sistema de logística, se requiere cooperación técnica en gerencia de sistemas de salud para elaborar alternativas factibles y eficientes dentro de la realidad nacional. La aplicación de tecnologías apropiadas ofrece algunos modelos; se requiere más investigación y experiencia en este campo aún a nivel regional.

VIII. Conclusiones:

Las conclusiones despues de tres años del proyecto PROSMIP son relativamente sencillas. Primero, la planificación y la integración del proyecto dentro del Ministerio de Salud ya está completa. El proyecto y las actividades que lo comprende han sido identificadas como prioridades nacionales dentro de los planes de apoyo a la atención primaria de salud. Más importante aún, en la práctica, los esfuerzos para la extensión de cobertura y la prestación de servicios por personal de la comunidad son unidos en todos los niveles de atención. Segundo, se han realizado las inversiones necesarias para la extensión de la infra-estructura de establecimiento de salud y la capacitación de personal profesional, no profesional y voluntario. Se considera que esta etapa es esencial para lograr mejoras significativas en el estado de salud de la población a través del tiempo. Y

existen las facilidades y el personal capacitado en el área rural y urbano-marginal donde hace algunos años solo existía la esperanza. Tercero, la producción de servicios hasta el momento ha sido menos de lo que se esperaba. Los factores contribuyentes son múltiples incluyendo la falta de experiencia en trabajar con grandes números de personal voluntario al nivel programático, por la atención a la demanda manifestada y no a la búsqueda activa de casos, por tener sistemas de suministro, transporte y supervisión todavía débiles por un sistema de información con baja cobertura que no permite describir el impacto verdadero de los promotores de salud y parteras tradicionales capacitadas al nivel comunitario. Finalmente, se espera en los dos próximos años incrementos en la calidad y cobertura de los servicios prestados y cambios significativos en el estado de salud de la población rural y urbano marginal, si en el interior logramos identificar las brechas entre conocimientos y acción, entre normas y actividades realizadas, y entre recursos necesarios y gastos efectuados. Con los ajustes en la capacitación, supervisión, información y logística esperamos documentar que habrá en la región Sur Medio del Perú, salud para todos antes del año 2000.

Referencias

1. Mongrut Muñoz, O. La situación de la salud y la dinámica de población en el Perú. Asociación Multidisciplinaria de Investigación y Docencia en Población (AMIDEP).
   Presentación a la Reunión Nacional sobre Población Tarma, Perú, Junio, 1979.

2. Convenio de Proyecto de Donación, entre la República de Perú y los Estados Unidos de América. Proyecto de la Región de Salud Sur Medio para Salud Materno-Infantil y Población, 20 Julio, 1979.

3. Ministerio de Salud, Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud 1980-1983. Dirección General de Programas de Salud, Grupo de Trabajo de Atención Primaria, Lima, 1980.

4. Ministerio de Salud, Módulo Auto-instruccional sobre supervisión, Dirección de Programación y Evaluación, Lima, 1982.

5. Ministerio de Salud, Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud 1982-1985, Lima, 1982.

6. Pun Lay Bendezú, N. y Slezinger de Wellin, D.P. Datos de la Encuesta de la Región de Salud Sur Medio sobre Mujeres en Edad Fértil y Niños Menores de 5 años 1979-1980, Programas de Salud Materno Infantil y Población (PROSMIP) Dirección Regional de Salud Ica, 1982.

7. Dirección Regional de Salud - ORDEICA, Descripción del Sistema de Información a Nivel de Local Comunal por Promotor de Salud, PROSMIP, Ica, Perú, 1981.

8. Dirección Regional de Salud ORDEICA, Curso de Promotores de Salud, 1981.

9. Dirección Regional de Salud ORDEICA, Curso de la Partera Tradicional, 1982.

10. Dirección Regional de Salud ORDEICA, Guía de Supervisión, 1981.

11. Organización Mundial de la Salud, Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000, Ginebra, OMS, 1981.

12. ORDEICA, Programa de Salud Materno Infantil, Región de Salud Sur Medio, Ica, Octubre 1979.

13. ORDEICA, Sistema de Evaluación: Procesamientos de la encuesta diagnóstica, Región de Salud Sur Medio, Ica, Mayo, 1980.

14. ORDEICA, Sistema de Información: Región de Salud Sur Medio, Ica, Enero, 1980.

15. ORDEICA, Sistema de Evaluación: Formulario y Instructivo de la encuesta diagnóstica, Región de Salud Sur Medio, Enero, 1980.

16. ORDEICA, Sistema de información a Nivel de Local Comunal por Promotor de Salud, Región de Salud Sur Medio, Ica, Mayo, 1980.

ANEXO 1

FIGURAS (1-9) Y CUADROS (1-16)

FIGURA 1

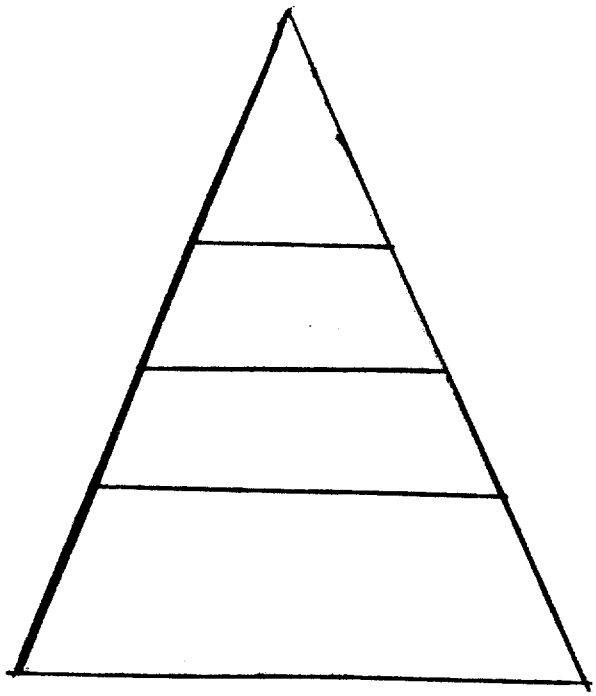
MAPA DE LA REGION

SUR MEDIO

FIGURA 2

NIVELES DE ATENCION EN LA

REGION SUR MEDIO



Nivel IV — Hospital Altamente Especializados

Nivel III — Hospital Regional

Nivel II — Hospital Local

Nivel I — Centro de Salud, Puesto Sanitario, Comunidad, Hogar

FIGURA 3

ORGANIGRAMA DEL PROGRAMA PROSMIP

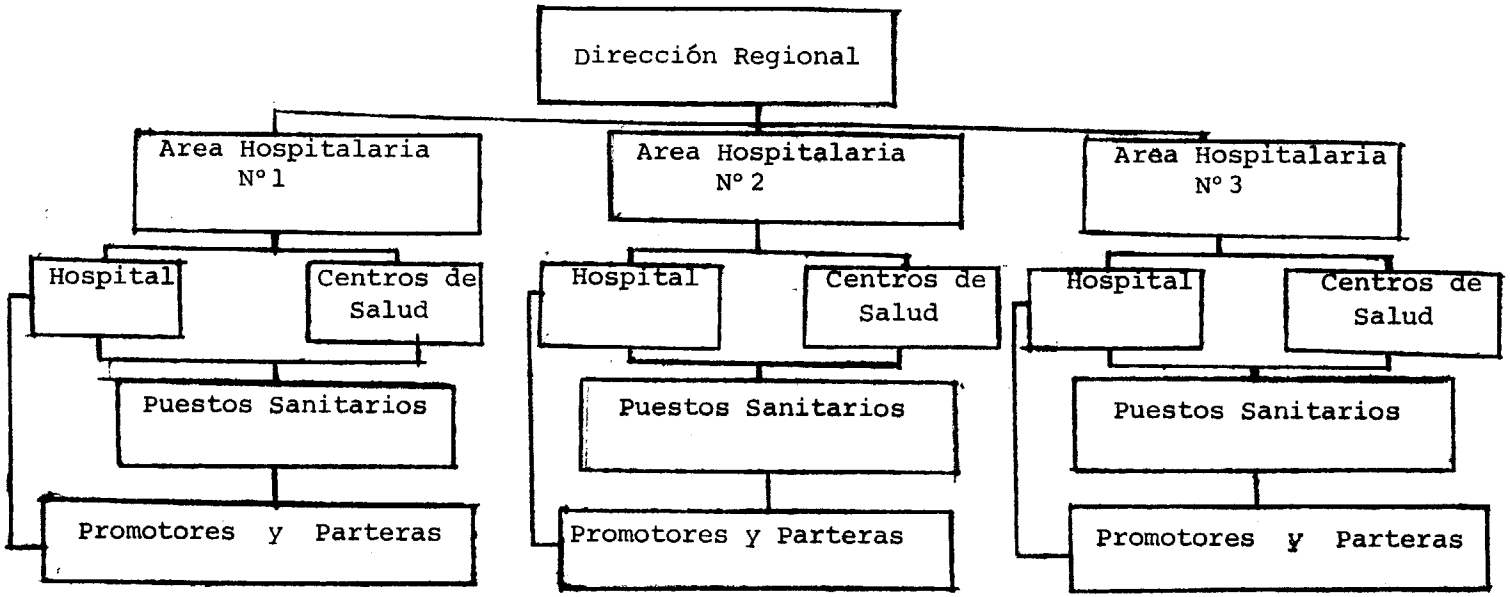
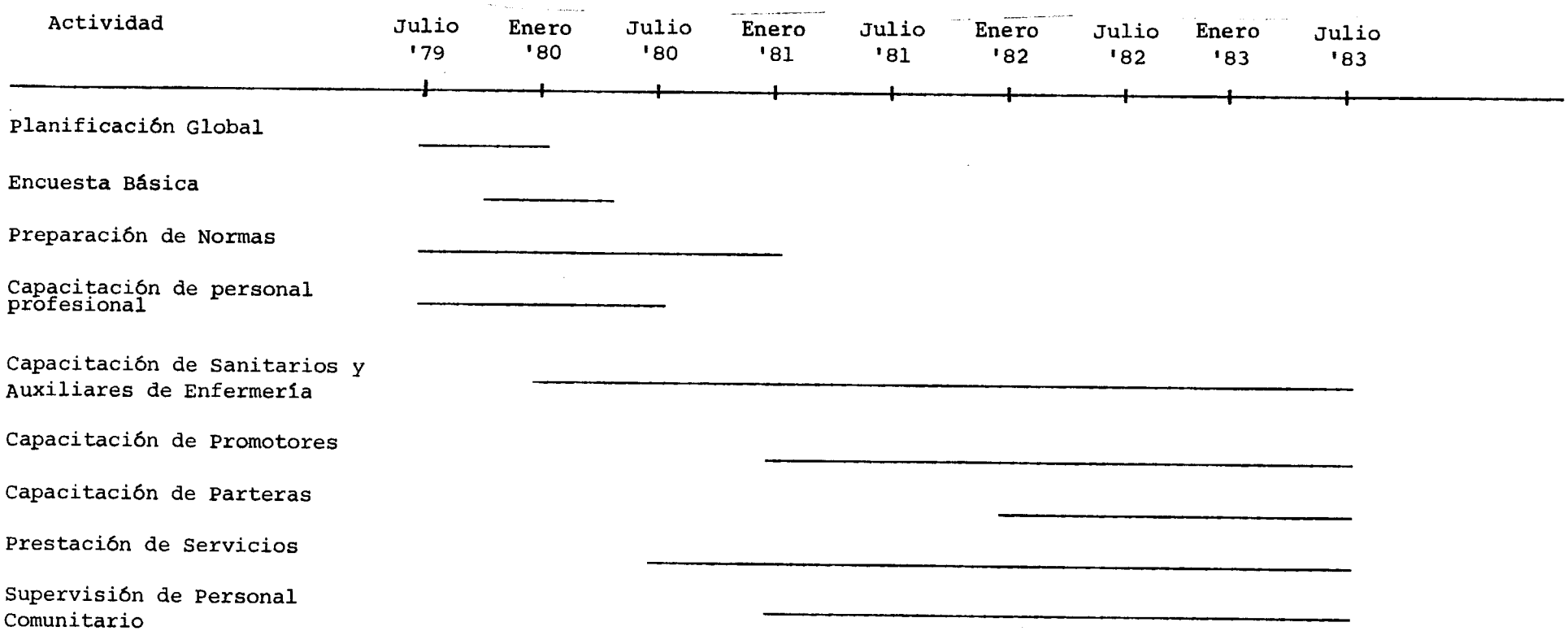


FIGURA 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE PROSMIP HASTA JULIO 1983



1. La encuesta final está programada para finales del año 1984.

FIGURA 5

Requisitos del Promotor de Salud

A. Educacionales:

- Saber leer y escribir y si es posible tener como mínimo quinto año de primaria o equivalente.

B. Personales:

- De preferencia casada o conviviente y de acuerdo con el cónyuge.
- Edad: Ser mayor de edad (18-45 años).
- Sexo: Femenino o masculino.
- Ser propuesta y seleccionada por la comunidad en coordinación con el sistema de salud.
- Ser oriunda o vecina permanente de la comunidad.
- Tener prestigio y ascendencia en la comunidad.
- Disponer de tiempo fuera de sus actividades normales y recursos para su sostenimiento.
- Tener capacidad para recibir y utilizar adecuadamente los conocimientos.
- Estar dispuesta a prestar servicios en forma voluntaria y sujetarse a las tarifas que sean autorizadas por el sistema de salud y la comunidad en la venta de medicamentos y otros.

C. Experiencia:

- Saber cabalgar en acémila, si el caso lo requiere.
- Tener una actitud positiva y demostrada hacia el trabajo con y para la comunidad.

FIGURA 6

Requisitos de la Partera Tradicional

A. Educacionales:

- Saber leer y escribir (aceptándose analfabetos, si no hay otra persona que atiende los partos).

B. Personales:

- Poseer liderazgo y ascendencia en la comunidad.
- Tener de 30 a 55 años (aceptándose de más edad cuando es la única persona que atiende los partos en la localidad).
- Residir en la localidad donde es elegida.
- Gozar de buena salud física y mental.
- Comprometerse voluntariamente a servir a la comunidad.

C. Experiencia:

- Tener de 3 a 4 años de experiencia como partera.

FIGURA 7

Funciones y Actividades del Promotor de Salud

Funciones	Actividades
1. Conocimiento de la Comunidad	- Identificación de líderes de la comunidad. - Determinar el área programática. - Identificar los recursos de salud disponibles.
2. Atención de la Salud de la madre	- Captación y derivación de gestantes. - Colaboración en la atención del parto normal. - Captación de puérperas y derivación de puérperas complicadas. - Captación y derivaciones de Mujeres en edad fértil para detección del cáncer. - Entrega de medicamentos. - Alimentación complementaria.
3. Atención de la Salud del niño	- Control del lactante y pre-escolar. - Captación y derivación del lactante y pre-escolar enfermo. - Entrega de medicamentos.

FIGURA 7 (CONT.)

4. Paternidad responsable	- Información y educación a la pareja. - Proveer los métodos apropiados. - Derivación de las usuarias que requieren exámen médico o solicitan cambiar el método. - Logística y Suministro.
5. Comunicación y Educación	- Información y motivación a la población sobre los servicios que se ofrece. - Desarrollo de Acciones educativas que promuevan la participación de la comunidad.
6. Sistema de Información	- Aplicación de la ficha de conocimiento de la comunidad. - Uso del Cuaderno de control. - Aplicación de los formularios del sistema de información
7. Supervisión y asesoría	- Participar activamente en la supervisión.
8. Atención a la demanda	- Atención de primeros auxilios y morbilidad frecuente. - Control de tuberculosis. - Control de enfermedades transmisibles. - Saneamiento ambiental.

FIGURA 8

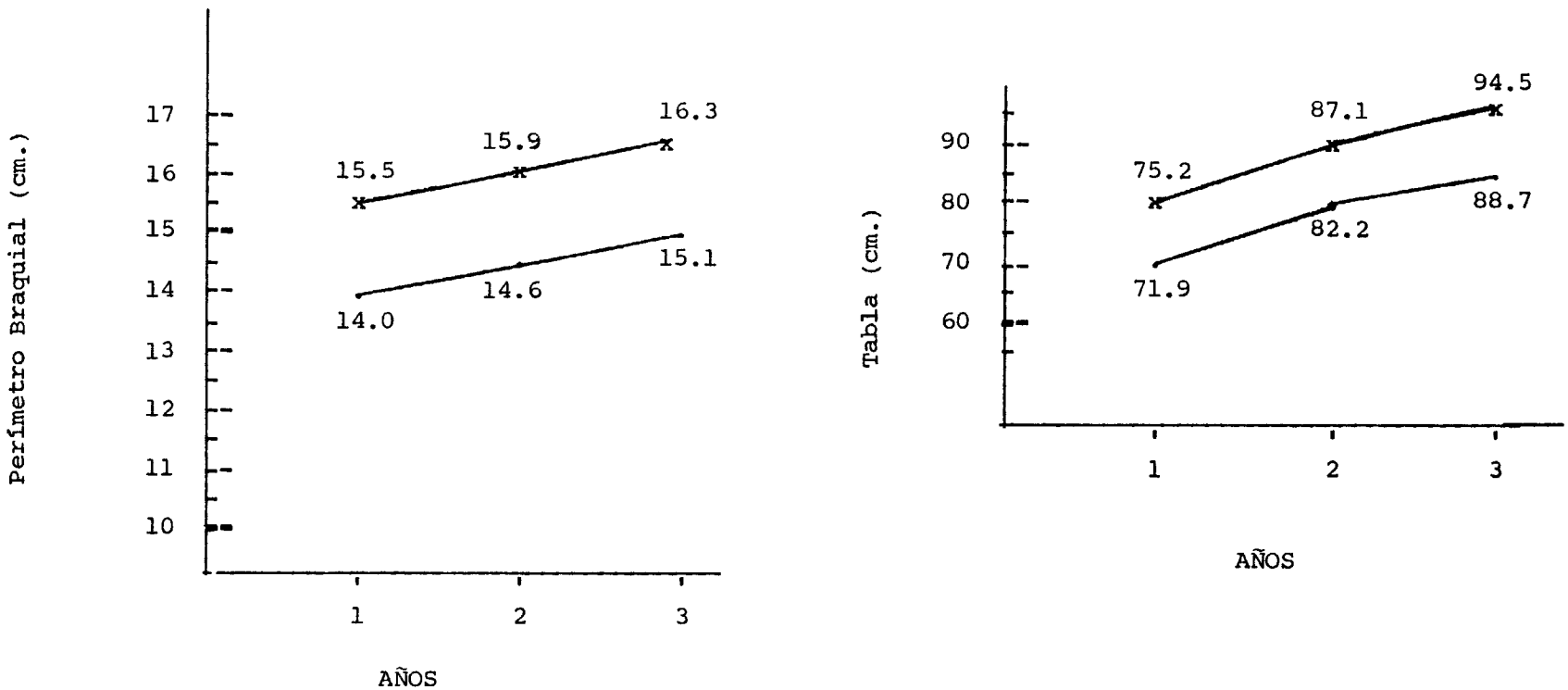
Funciones y Actividades de la Partera Tradicional

Funciones	Actividades
1. Conocimiento de la Comunidad	- Determinar el área programática. - Identificación de líderes de la Comunidad. - Identificar los recursos de salud disponibles.
2. Atención de la Salud de la Madre	- Captación y control de gestantes normales y derivaciones de casos complicados. - Atención del parto normal y derivación oportuna de casos complicados. - Atención a la puérpera y derivación de complicaciones. - Captación y derivaciones de Mujeres en edad fértil para detección de cáncer.
3. Atención de la Salud del niño	- Atención del recién nacido y derivación al establecimiento de salud.
4. Paternidad Responsable	- Informar y educar en educación familiar.
5. Atención de la demanda	- Atención de primeros auxilios - Saneamiento ambiental.

FIGURA 9

Estado Nutricional de los Niños de Uno a Tres años en la Región

Sur Medio



1. Los datos de la encuesta (promedios) se identifica por los puntos; las normas por los x. (NCNS, 1978).

2. Datos presentados con sexos combinados.

Cuadro 1

Estado de la Población en la Región Sur Medio (1979)

Indicador	Región Sur Medio	Cifra Nacional
Tasa de natalidad (X 1,000 Hab.)	42.0	39.4
Tasa de Mortalidad infantil (X1,000 nacidos vivos)	101	95
Expectativa de Vida al Nacer	58	57
Tasa de Mortalidad Materna (X 10,000 nacidos vivos)	18	14
Tasa de mortalidad General (X 1,000 habitantes)	11.1	11.6

Fuente : Ministerio de Salud

Cuadro 2

Crecimiento en la Disponibilidad Física de los Servicios de Salud

Establecimientos/Servicios	1979	1980	1981	1982
Hospital Regional	1	1	1	1
Hospital Local	7	7	5	7
Centro de Salud	11	11	21	23
Puesto de Salud	53	100	94	90
Promotores de Salud Activos	9	9	388	733
Parteras Tradicionales Activas	0	0	58	181
T O T A L E S	81	128	567	1035

CUADRO 3

Número de Cursos, Participantes y Días/Persona

Dedicado a capacitación de personal de los

Servicios de Salud

Personal/Año	1979	1980	1981	1982	Total
Número de Cursos	4	20	19	17	60
Número de Participantes	115	303	452	216	1,086
Días/persona - médicos Enfermeras, Odontólogos Obstetras y Pediatras	500	1,004	245	240	1,989
Días/persona - Auxiliares de Enfermería, Sanitarios y de Saneamiento	7,920	3,990	9,164	780	21,854
Días/Persona - Auxiliar de Laboratorio y Estadística	---	1,170	192	212	1,574
Total Días/Persona	8,420	6,164	9,601	1,232	25,417

CUADRO 4

Descripción del Curriculum de los Promotores de Salud y las Parteras Tradicionales

Promotores de Salud		Parteras Tradicionales	
Temas	Horas	Temas	Horas
Introducción	5	Introducción	7
Características de la Comunidad	7	Características de la Comunidad	7
Salud de la Madre	25	Salud de la Madre	
Salud del Niño	22	Embarazo Normal	7
Paternidad Responsable	20	Complicaciones Durante el Embarazo	4
Comunicación y Educación	10	Control Prenatal	6
Sistema de Información	8	Parto Normal	15
Atención de la Demanda	16	Complicaciones del parto	7
Supervisión	4	Atención al recién nacido y la madre	16
Clausura	3	Paternidad Responsable	7
	120	Supervisión	5
		Sistema de Información	7
		Clausura	4
			92

CUADRO 5

Descripción de los Manuales para Promotores de Salud y Parteras Tradicionales

Manual	Usado por Promotor	Usado por Partera	Secciones	Páginas
Introducción	X	X	2	10
Conocimiento de la Comunidad	X	X	En revisión	
Salud de la Madre	X	X	21	63
Salud del Niño	X	X	27	46
Nutrición	X		En revisión	
Diarreas	X		11	17
Parasitosis	X		9	13
Saneamiento Básico	X		8	29
Paternidad Responsable	X	X	17	31
Primeros Auxilios	X	X	19	45
TOTAL	10	6	114	254

CUADRO 6

Actividades de Capacitación de Personal

Comunitaria: Promotores de Salud y Parteras Tradicionales

Actividad	1979	1980	1981	1982	TOTAL[1]
Capacitación de Promotores	11	9	368	345	733
Actualización de Promotores	--	--	20	--	20
Capacitación de Parteras	--	--	40	155	195
Actualización de Parteras	--	--	19	13	32
TOTAL	11	9	447	513	980

1 En 1983, 693 de los promotores capacitados (94.5%) y 181 de las parteras tradicionales (79.7%) todavía son activas y mantienen contacto con los servicios de salud.

CUADRO 7

Actividades de Promoción y Atención en la Comunidad Prestados por el Promotor de Salud[1]

Actividad	1980	1981	1982	TOTAL
Visitas Domiciliarias	1,181	2,156	10,763	14,100
Atención con inyectables	3,670	1,338	4,184	9,192
Primeros Auxilios y Curaciones	1,679	3,407	16,213	21,299
Transferencias	27	523	2,818	3,368

1. Los datos presentados corresponden a 2 áreas hospitalarias y en 1983 a los informes de 303 de los 693 Promotores de Salud activos (43.7%).

CUADRO 8

Charlas Realizadas por los Promotores de Salud en la Comunidad

Temas	1980	1981	1982[1]	TOTAL
Diarrea y Rehidratación	---	995	4,718	5,713
Nutrición	---	539	3,071	3,610
Parasitosis	---	271	2,073	2,344
Mejoras en Fuentes de agua	24	465	2,246	2,735
Mejoras en eliminación de excretas	33	394	2,936	3,363
Mejoras en eliminación de basura	79	554	2,617	3,250
TOTAL	136	3,218	17,661	21,015

1. Basados en los informes de 303 promotores de salud en dos áreas hospitalarias.

CUADRO 9

Medicamentos Expendidos por los Promotores de Salud[1]

Medicamentos	1980	1981	1982[1]	TOTAL
Sales de rehidratación oral	6	877	3,248	4,131
Anti-parasitarios	35	69	1,602	1,706
Anti-espasmódicos	--	322	3,111	3,433
Anti-anémicos	55	4,815	31,827	36,697
Aspirina	--	6,806	32,242	39,048

1. Basados en el informe bimensual de 303 promotores de salud en 2 áreas hospitalarias.

2. En las dos semanas previas a la encuesta local en 1979, 31.8% de las madres (n=370) indicaron que su niño menor de cinco años sufrió de diarrea. En el grupo etarco 12-23 meses hasta 50% reportaron uno o más episodios de diarrea.

CUADRO 10

Usuarias de Anticonceptivos Suministradas por el Promotor de Salud

Método	1980	1981	1982[1,3]
Anticonceptivos Orales	56	343	924
Condones	84	479	1,251
Neo-Sampon	10	410	1,743
Otros[2]	1	108	221

1. Basado en el informe de 303 promotores de 2 áreas hospitalarias.

2. Otros incluye métodos naturales, usuarios de DIU y mujeres/hombres esterilizados conocidos por el promotor.

3. El número total de mujeres susceptibles en las 2 áreas hospitalarias por el Ministerio de Salud es aproximadamente 63,709 mujeres.

CUADRO 11

Usuarios de Métodos Anticonceptivos en la Región

Sur Medio

Método	1979[1] %	1979[1] $\hat{n}$	1980	1982
Anticonceptivos Orales	5.1	3,862	2,026	3,809
DIU	0.2	151	1,088	1,906
Otros Métodos (Condones y métodos vaginales)	1.3	985	2,010	3,985
TOTAL	6.6	4,998	5,124	9,700

1. El porcentaje por 1979 corresponde a las cifras de la encuesta local y el "$\hat{n}$" es una extrapolación a la población de usuarios en la región.

CUADRO 12

Cobertura de vacunación de Niños menores de un año[1]

Vacuna	1979 Alguna Dosis	1980 Protegidos	1981 Protegidos	1982 Protegidos
BCG (1 Dosis)	54.3%	9,993	11,496	
Polio (3 Dosis)	40.4%	13,426	9,988	Datos Incompletos
DPT (3 Dosis)	23.2%	13,954	10,469	
Sarampión (1 Dosis)	16.2%	19,835	14,045	

1. El 100% de los niños menores de 1 año (4% de población total) son susceptibles para vacunación o sea 24,875 en 1982. Las coberturas de protección estimados para 1981 son BCG 46%, Polio 40%, DPT 42% y Sarampión 56%.

CUADRO 13

Atención a Gestantes y Lactantes por la Partera Tradicional Capacitada[1]

Actividad	1982	Número por Partera
Control de Gestantes	925	19.3
Atención de Parto Normal	250	5.2
Control de Puérperas	415	8.6
Transferencias de Mujeres	124	2.6
Recién Nacidos	61	1.3

1. Corresponde al informe de 48 de 71 (67.6%) de las parteras capacitadas que trabajan en el área 1 de Chincha.

CUADRO 14

Charlas y Atenciones Efectuados por la Partera

Tradicional Capacitada[1]

Actividad	1982	Número por Partera
Visitas Domiciliarias	593	12.4
Transferencias por planificación familiar	25	0.5
Charlas	314	6.5
Inyectables	477	9.9
Otras atenciones	302	6.3

1. Corresponde al informe de 48 de 71 (67.6%) de las parteras capacitadas que trabajan en el área 1 de Chincha.

CUADRO 15

Concentración de Supervisión a Centros y Puestos de Salud y a Promotores de Salud y Parteras Tradicionales Capacitadas en 1982

	Centros (n=23)	Puestos (n=90)	Promotores (n=693)	Parteras (n=192)
Hospitales[1]	3.3 (76/23)	1.1 (55/48)	1.3 (125/94)	1.8 (23/13)
Centros	---	1.1 (56/52)	1.2 (292/239)	1.7 (129/78)
Puestos	---	---	1.1 (376/360)	1.1 (113/101)

1. Los datos en paréntesis corresponden al número de visitas/número de establecimientos o personas que deben ser supervisados.

CUADRO 16

Estimación del Costo Adicional al Ministerio de Salud

Para Capacitar, Equipar y Supervisar Personal

voluntario

Rubro	Promotor[1]		Partera	
	1°Año	Subsequentes	1°Año	Subsequentes
Capacitar	119.86	60.00	118.58	60.45
Equipar	106.50	---	114.80	---
Supervisar	61.50	61.50	61.50	61.50
Sistema de Información	0.81	0.81	0.81	0.81
TOTAL	288.67	122.31	295.69	122.76
Costo per capita	$ 1.15	$ 0.49	$ 0.99	$ 0.41

1. La Población aproximada que cubre el promotor es 250 y la partera es 300. El costo está expresado en dólares (1982).