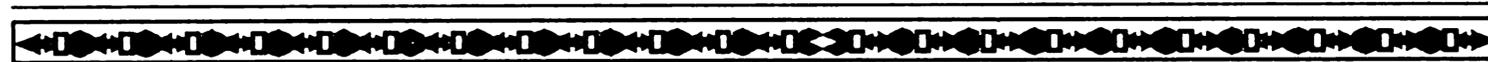

LA SALUD RURAL: NECESIDAD DE UN NUEVO ENFOQUE

La experiencia de Cajamarca

Alfonso Nino Guerrero - Ina Vigo Obando



OCHENTA DE CADA CIEN CIUDADANOS en Cajamarca viven en la zona rural. Es una población con características propias que la hace diferente. Generalmente se la conoce como una población dispersa, poco articulada al mundo de la ciudad y con limitada accesibilidad, sin embargo, tras esa definición geográfica y simplista, hay características sociales más profundas que la definen. Existe pobreza y un sustrato cultural propio que, al no tener relación continua y apropiada con el mundo urbano -supuestamente desarrollado-, genera una exclusión social de la mayoría de los que viven en esta zona.

La exclusión social se expresa en una serie de indicadores de desarrollo insatisfactorios, así como en un conjunto de desigualdades. En el campo de la salud estas desigualdades adquieren diferentes facetas: a) desigualdad en condiciones y calidad de vida y salud, b) en protecciones para la salud, c) en el acceso a la atención de la salud, d) en la información sobre la salud y sobre su cuidado, de forma que permita tomar decisiones informadas al respecto, e) en la capacidad de la población para incidir en las decisiones que se toman acerca de los modelos de atención.

El acceso a la atención de la salud está atravesado por un conjunto de condiciones que actúan como barreras o facilitaciones

ALFONSO NINO GUERRERO - INA VIGO OBANDO

y que hacen que esta atención sea más o menos equitativa. Para analizarla, es mejor hacerlo desde el campo de las desigualdades, que, por ancestrales y culturalmente estructuradas, pasaron por mucho tiempo desapercibidas o tomadas como naturales. Quizás la de mayor significación es la desigualdad de género¹. Las desigualdades son mayores en ámbitos de mayor exclusión social y, viceversa, la exclusión social genera y es consecuencia de las desigualdades. A pesar de ser la zona rural un ámbito de desigualdades y de exclusión, no tiene prioridad en la intervención sanitaria. Esto se manifiesta no sólo en la disposición y uso de recursos, sino en las formas y modalidades de intervención.

A través de la lectura de la experiencia sanitaria en Cajamarca buscamos en el presente artículo esbozar un intento de respuesta a las siguientes interrogantes: ¿en qué medida un modelo de atención promueve facilidades que permitan sortear las barreras que usualmente existen al acceso?, ¿de qué estrategias se sirve?, ¿qué acciones desarrolla y con qué impacto? Este artículo esboza la situación sanitaria existente desde fines de 1985 a inicios de la década de 1990, y presenta las estrategias desarrolladas mediante convenio con los servicios de salud estatales impulsados por el proyecto APRISABAC (Atención Primaria y Saneamiento Básico Cajamarca), del cual los autores fueron directivos.

1. ANTECEDENTES DE LA SITUACIÓN SANITARIA

Cajamarca es considerada como una de las regiones más pobres del país. Está formada por 7 provincias, 51 distritos y 1,564 comunidades. En 1990 tenía 555,000 habitantes, de los cuales el 71% vivía en la zona rural. Según datos de INEI (1991), el 41.6% de su población era muy pobre y 25% de ella está en grado de pobreza extrema. La densidad de población promedio era de 28.3 habitantes por Km², lo cual denota dispersión y ruralidad, con pocos centros urbanos, con una tasa de crecimiento poblacional de 1.71.

¹ Lazo o modelo de atención, información preliminar, UPCH 2000.

LA SALUD RURAL: NECESIDAD DE UN NUEVO ENFOQUE

La población en edad escolar que no estudia es de 40%. 27.2% de su población es analfabeta² y la cantidad de mujeres analfabetas es 2.5 veces más elevada que la de los hombres³.

En 1993, el 14.5% de la población disponía de agua potable, sólo el 14% tenía conexión de desagüe a la red pública y el 30% no tenía ni agua ni desagüe y el 17% de la población tenía acceso al alumbrado eléctrico⁴. Cajamarca, en 1990, tenía indicadores económicos que la representaban con 2% del producto nacional. El 76.8% de la PEA se dedicaba a la agricultura, 8.9% a servicios y sólo 7.3% estaba relacionada con la industria.

1.1 Características de la demanda en salud

La situación encontrada al inicio de la pasada década no era diferente de la situación global del país, que estuvo signada por la crisis económica y la violencia política, los severos ajustes y sus efectos en la población, sobre todo en los sectores medios y bajos.

Predominaban las enfermedades transmisibles. Las primeras causas de morbilidad eran las infecciones respiratorias, genitourinarias y del aparato digestivo. También continuaban presentes enfermedades endémicas como peste, malaria y cólera.

Con relación a la mortalidad, encontramos que la tasa de mortalidad infantil era de 90.44 niños menores de un año fallecidos por cada mil nacidos vivos, en tanto que la mortalidad materna era de 337.8 muertes por cada 100,000 partos. Los servicios de salud sólo cubrían la atención del 27% de las mujeres embarazadas. Esta situación se relaciona también con la alta fecundidad, natalidad y maternidad temprana. El promedio de hijos por mujer era de 5.7 hijos, la tasa de natalidad de 28.8% y el 2% de los embarazos era de adolescentes⁵.

² ASIS Cajamarca, DISA Cajamarca 2000.

³ APC Cajamarca, *Propuesta de desarrollo 1992-1996*, enero de 1992.

⁴ INEI, 1993.

⁵ Perfiles de salud, Subregión IV, MINSA-APRISABAC, Cajamarca, 1994.

ALFONSO NINO GUERRERO - INA VIGO OBANDO

1.2 Características de la oferta sanitaria

Los servicios de la Subregión de Salud Cajamarca presentaban una situación de colapso que se reflejaba en indicadores de salud negativos, con bajas coberturas y atención insatisfactoria (cuadro n° 1).

La intervención sanitaria estaba principalmente bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, a través de sus órganos descentralizados: la Subregión de Salud, los hospitales de Cajamarca y Cajabamba y establecimientos del primer nivel de atención como centros y puestos de salud.

a) Oferta y organización de la prestación

En 1982, la oferta de servicios institucionales estaba dada por 2 hospitales, 12 centros de salud y 78 puestos de salud. En 1990 ésta se había incrementado con nuevos puestos de salud, pasando de 78 a 135. La red de servicios era débil y desarticulada, los centros de salud no tenían contacto ni responsabilidad con los puestos de salud ni un conocimiento y acción sobre su espacio. Los responsables de la dirección de la SRS IV Cajamarca y los jefes de centros de salud se reunían para efectos de capacitación y evaluación de los programas y para proveer alimentos para sus programas nutricionales o de materiales necesarios para el servicio.

No había un sistema establecido de referencia y contrarreferencia institucional, habiéndose perdido también la relación con los promotores de salud capacitados en la década anterior. En muchos puestos de salud, la atención era brindada por técnicos, en su mayoría sin formación específica. Muchos trabajadores del programa de malaria fueron incorporados para prestar atención sin que estuvieran preparados ni capacitados⁶.

Las principales características de la prestación pueden resumirse en:

Prestación únicamente en lugares fijos: los hospitales de Cajamarca y Cajabamba atendían población básicamente urbana y los centros y puestos de salud estaban mayormente ubicados en las capitales distritales.

⁶ *Ibid.*, 26

LA SALUD RURAL: NECESIDAD DE UN NUEVO ENFOQUE

Atención básica de la morbilidad: ésta predominaba sobre la prevención y control de riesgos. Los servicios se organizaban a partir de problemas de salud. El tipo de consulta determinaba la organización; así, existían consultorios del programa de IRA, vacunas, planificación familiar, nutrición, etc. No se pensaba en la integralidad de la atención.

Producción de servicios básicamente intramurales: la atención estaba dirigida por los programas de salud, siguiendo directivas nacionales sin adecuación a la realidad local. Los programas atendían situaciones de salud específicas y eran ejecutados verticalmente: madre-niño, tuberculosis, malaria, planificación familiar, etc., entre los principales. De otro lado, cada programa actuaba sin coordinación con los otros, utilizando un sistema de registro que no permitía efectuar acciones de seguimiento. La atención de urgencia e internamiento era deficiente, no existían o no se utilizaban normas de procedimientos para los casos más comunes de morbilidad. La relación entre las necesidades sentidas por la población y las observables por servidores de los centros de salud y ONGs era sumamente débil, poniendo a los servicios de espaldas a la necesidad comunal.

Ausencia de trabajo extramural: las actividades extramurales no eran desarrolladas como parte central de las actividades de prevención, a pesar de la alta ruralidad de la población. Éstas se realizaban esporádicamente por mandato superior, principalmente campañas de vacunación o atención de brotes y epidemias. No había registros de las actividades preventivas realizadas. El trabajo con promotores de salud era utilitarista, con tendencia a excluirlos progresivamente de la acción sanitaria. Las acciones extramurales no contaban con presupuesto asignado permanentemente; los médicos y enfermeras actuaban a nivel intramural y sólo el personal técnico salía a las comunidades, generando el divorcio entre la atención intramural y extramural.

La comunidad estaba abordada constantemente por instituciones con programas preestablecidos que no siempre respondían a sus necesidades. Las campañas masivas madre-niño se fortalecieron en zonas sin violencia y se creó un sistema de vigilancia epidemiológica, en el cual estuvo ausente una acción coordinada con la comunidad. La participación y educación comunitaria fue-

ALFONSO NINO GUERRERO - INA VIGO OBANDO

ron entendidas como colaboración y movilización de la población para inmunizaciones u otras campañas.

La práctica sanitaria de la Iglesia católica encierra una rica historia de atención primaria trabajando con promotores de salud y botiquines comunales. Existían antecedentes de algunos establecimientos como San Marcos, Ichocán y Celendín que, con el apoyo de la Iglesia católica, desarrollaron trabajo con promotores. En 1990 existían 263 promotores de salud capacitados y 29 parteras tradicionales con capacitación⁷. Con el inicio y agudización de la violencia política este trabajo con la comunidad decreció; las asociaciones de promotores de salud formadas en estas provincias por la Iglesia fueron el único refugio de los promotores. Los servicios de salud, presos de la crisis y el desconcierto, sólo atendían, con serias limitaciones, la demanda intramural; las coberturas prestacionales eran mínimas y no conocidas.

Indicadores de la situación sanitaria en Cajamarca
Inicio de la década 1990
Cuadro N° 1

INDICADOR	COBERTURA
Tasa de mortalidad infantil	90.44 x 1000 NV
Tasa de mortalidad materna	337.8 x 100000 NV
Tasa global de fecundidad	5.7 hijos por mujer
Esperanza de vida	62.37
Tasa de natalidad	28.8
Niños protegidos DPT	56%
Niños con 5 controles de CRED	5%
Gestante con 3 controles	9%
Partos atendidos por servicios de salud	6%
Mujeres con métodos anticonceptivos seguros	7%
Población con acceso a medicamentos	6%
Extensión de uso	23.5%
Cobertura agua potable	24.5%
Cobertura desagüe	14.5%

Fuente: Estadística SRS IV Cajamarca, 1992.

⁷ Atención Primaria Cajamarca, plan 1992-1995.

LA SALUD RURAL: NECESIDAD DE UN NUEVO ENFOQUE

b) La gestión de los servicios de salud

Desde el punto de vista financiero, a fines de la década de los 80, cerca del 40% del presupuesto del Ministerio de Salud se destinaba al nivel central y el 78% de los gastos corrientes se destinaba a remuneraciones y pensiones. En Lima había ocho veces más camas por población que en Cajamarca y 54 veces más médicos por habitante que en el departamento de Apurímac. Aproximadamente el 80% del volumen de recursos financieros y humanos se destinaba a los hospitales, cuya acción era casi exclusivamente médico-recuperativa, mientras que los recursos destinados a los servicios periféricos no sólo eran limitados sino con tendencia a disminuir, siendo estos servicios los que prestaban atención a la población rural. Igualmente, los hospitales tenían mayores medios de influencia sobre las decisiones que la periferia. Entre 1985 y 1990, los gastos per cápita del Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) descendieron en un 50%, luego intentaron recuperarse, pero sin alcanzar los niveles previos de 1985.

Era muy limitada la capacitación en temas de organización y de gestión. La supervisión era entendida como fiscalización y control de metas, las necesidades de educación continua no estaban dirigidas por planes previos ni necesidades de capacitación. El sistema de información sólo respondía a requerimientos de reportes para el sistema nacional. Coexistían dos sistemas: el tradicional o información por programas y el nuevo sistema HIS (*Health Information System*). En ambos, la función del nivel local era la de registrar datos sin utilizar esta información para la planificación local o la toma de decisiones.

La planificación estaba limitada a la programación de actividades para atender a una población "sujeto de programación", sin manejar enfoques que permitieran responder a las necesidades sentidas de la población ni involucrar a la comunidad u otras entidades para la solución de problemas de salud. En el manejo financiero, los centros y puestos de salud no recibían financiamiento directo del tesoro público. Este manejo económico estaba centralizado en las subregiones o UTES. Con los escasos recursos que generaban solventaban con dificultad los gastos mínimos para materiales de curación, oficina y medios para movilizarse.

ALFONSO NINO GUERRERO - INA VIGO OBANDO

La cultura institucional predominante en los servicios del Ministerio de Salud era burocrática, esto es, la lógica del funcionario público que se siente responsable por el cumplimiento de normas y seguimiento que le viene de niveles superiores y no la de un prestador de servicios que tiene que responder por la salud de una población determinada que le ha sido encomendada⁸.

Los ámbitos de atención para cada establecimiento estaban basados en límites distritales o provinciales. Generalmente, un centro de salud estaba en una capital de provincia y un puesto de salud en una capital de distrito; con dos o tres excepciones, ésta era la tónica de distribución de recursos. Los consultorios funcionaban durante el día y en horas de oficina (de lunes a viernes y de 7.30 a.m. a 1.30 p.m.), sin relación con las necesidades y características de la demanda. En muchos lugares que tenían ferias semanales o días de mercado con mayor afluencia de pobladores de la zona rural, no se ofrecían servicios.

La programación y asignación de recursos se hacían para actividades específicas priorizadas por órganos superiores que no guardaban relación con las prioridades, generando la provisión de servicios fragmentados. El planeamiento y la dirección estaban centralizados en las Unidades Territoriales de Salud (UTES). Los centros de salud tenían poca capacidad de decisión, especialmente en la identificación y búsqueda de alternativas para los problemas de salud prioritarios en su ámbito.

La organización de los servicios de salud del primer nivel (centros de salud) funcionaba a partir del esquema organizativo de un hospital, donde para la asignación de funciones se tenía en cuenta la jerarquía establecida en la formación de los profesionales de salud y las jefaturas necesariamente estaban asignadas a los médicos, sin tener en cuenta otros criterios necesarios para el cargo.

Los diferentes criterios y enfoques conceptuales y operativos del período de los años setenta a ochenta tenían influencia de paradigmas, teorías o corrientes sanitarias. Dentro de las principales identificamos: a) la teoría hospitalaria que orientaba la atención

⁸ Lineamientos conceptuales y metodológicos del modelo de atención de la Subregión APC, SRS IV, UNC Cajamarca, 1992.

LA SALUD RURAL: NECESIDAD DE UN NUEVO ENFOQUE

biologista, recuperativa, con el hospital como centro del sistema de salud, concentrando recursos y poder de decisión, b), la estrategia de la atención primaria de la salud, con enfoque integral para toda la población, desarrollando estrategias de trabajo con las comunidades, en especial agentes comunales de salud. Con este enfoque, los servicios de salud del primer nivel tenían un papel preponderante en la promoción y prevención de la salud y, finalmente, c) la incorporación de la salud colectiva, entendida como el desarrollo de acciones para actuar o controlar riesgos de la salud de la población, con énfasis en el desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica, acciones de control de brotes y epidemias y saneamiento básico.

A pesar de la crisis social de los servicios, durante 1990 el sentido de responsabilidad de la mayoría de trabajadores de salud del primer nivel de atención se mantuvo y enfrentaron con esfuerzo la campaña contra la epidemia del cólera. Esta epidemia generó aportes de la cooperación externa en equipamiento para los servicios y en el diseño de proyectos de mediano alcance, como el caso de APRISABAC (Atención Primaria de Salud Básica, Cajamarca). Otras organizaciones no gubernamentales buscaron asociarse alrededor del combate a la epidemia del cólera formando consorcios, como el de ONG denominado CIPDER. Esto marca el inicio de la promoción de una nueva cultura de trabajo concertado.

2. LA INTERVENCIÓN

Con el propósito de revertir la situación anteriormente descrita, se implementaron en el período 1993-2000 una serie de estrategias que han contribuido a desarrollar cambios en el campo de la salud. En primer lugar destacaremos los siguientes.

2.1 El enfoque de brecha entre la comunidad y los servicios de salud

Las orientaciones que estuvieron a la base de la intervención proponían iniciarla mediante el análisis de la realidad local, con sus características culturales, sociales y económicas, necesidades y satisfacciones de estas necesidades. A este conjunto lo denominamos demanda. Por otro lado, existían las instituciones con sus recursos,

ALFONSO NINO GUERRERO - INA VIGO OBANDO

metodología e instrumentos que tratan de apoyar o solucionar las necesidades y conseguir satisfacciones, conjunto al cual se le definió como oferta. En este proceso interactivo entre oferta y demanda podía haber coincidencias o diferencias en diversos grados. A esta «distancia en las relaciones entre instituciones y comunidad la denominamos brecha»⁹. Estas diferencias se expresaban en indicadores cuantitativos y cualitativos, negativos o positivos.

Bajo esta lógica de brecha, con el apoyo del proyecto Atención Primaria Cajamarca (APC), entre 1991 y 1992, y del proyecto Atención Primaria y Saneamiento Cajamarca (APRISABAC), a partir de 1993, se desarrollaron procesos de inducción tanto en los servicios de salud y la comunidad. La estrategia planteaba realizar actividades en los establecimientos de salud y, por otro lado, en la comunidad, para incrementar las oportunidades de cambio entre ambos y disminuir la brecha inicial.

Las instituciones no gubernamentales de salud realizaron acciones tendientes a mejorar y fortalecer la gestión de los servicios de salud, buscando un conocimiento real del contexto y situación del ámbito de responsabilidad. Iniciaron, conjuntamente con el personal de los establecimientos del primer nivel de atención y otros actores locales de salud y desarrollo, un proceso de planificación, el mejoramiento del sistema de información, un trabajo en equipo y el ordenamiento de la prestación.

En las comunidades se proponía intervenir induciendo, desde una acción del servicio de salud, un fortalecimiento de su capacidad de gestión y negociación. Como actividad fundamental se planteaba mejorar las capacidades de los líderes y organizaciones de base para reconocer la problemática de su comunidad, priorizarla, buscar soluciones factibles, concretarla en planes comunales, de manera que permitiera negociar con las instituciones el apoyo necesario para hacerlas viables. Se buscaba modificar progresivamente la forma de relación de la comunidad y las instituciones.

La relación entre la oferta y la demanda creaba *espacios de cambio* que se convertían en oportunidades para mejorar los servi-

⁹ Vigencia de la APS en el proceso de modernización del sector salud, APRISABAC, sistematización de febrero 1999.

LA SALUD RURAL: NECESIDAD DE UN NUEVO ENFOQUE

cios y las condiciones de vida de la comunidad, y hacer un buen uso de los recursos del Ministerio de Salud y de la cooperación externa. Un aspecto crucial de la intervención fue el enfoque estratégico, que permitió una adaptación al contexto cambiante tratando de aprovechar al máximo las oportunidades¹⁰.

2.2 Desarrollo de recursos humanos

La otra estrategia que, a nuestro criterio, ha resultado importante ha sido el desarrollo de recursos humanos con aporte del proyecto APRISABAC y el Ministerio de Salud a través del Programa de Salud Básica para Todos y otros proyectos nacionales. Se identificó que el proceso de cambio requería de la participación de actores individuales e institucionales que, al entender el proceso sanitario deficitario y sus causas, tuvieran un nivel de conocimiento y actualización necesario al momento de plantear propuestas y alternativas para mejorar la situación.

Fue necesario invertir en el desarrollo de capacidades y acciones de motivación que generaran una nueva cultura organizativa, proceso que se inició con la capacitación de los equipos técnicos de los centros de salud, personal de la SRS IV y del hospital, que constituirían una masa crítica capaz de gerenciar los procesos de cambio. En esta tarea se contó con el apoyo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, a través del Centro y posteriormente Facultad de Salud Pública, de los asesores técnicos del proyecto APRISABAC y del mismo personal de la DISA y redes, que con mayor conocimiento y motivados contribuyeron a la réplica y mejoramiento de estos procesos. También otros actores institucionales apoyaron estas acciones, aunque no siempre de manera coordinada, como el Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud en el campo materno-infantil. CARE Y UNICEF, que se sumaron al fortalecimiento de las capacidades y destrezas locales, también se incluyen como beneficiarios de esta capacitación a personal de organismos no gubernamentales y gobiernos locales.

¹⁰ *Ibid.*, 3.

ALFONSO NINO GUERRERO - INA VIGO OBANDO

En las comunidades también se hizo una gran inversión en la generación de capacidades de gestión. Se retoma el trabajo de capacitación de líderes comunales a través de agentes comunales de salud como promotores y parteras tradicionales, a grupos organizados como las Juntas Administradoras de Agua potable (JAPS), grupos de mujeres utilizando metodología participativa, con adecuación cultural y enfoque de género.

LA EXPERIENCIA DE SALUD EN CAJAMARCA



LA BRECHA

INTERVENCIÓN PARA ACORTAR LA BRECHA

PRINCIPIOS APS Y REFORMA

DEMANDA

1. Conociendo la comunidad
2. Desarrollo de capacidades de gestión y negociación de la comunidad
3. Trabajo con agentes comunales de salud
4. Articulación con el sistema comunal de salud
5. Saneamiento básico rural

OFERTA

1. Conocimiento del ámbito y manejo del espacio
2. Mejora de la capacidad y calidad de respuesta de los servicios de salud
3. Acciones de impacto social
4. Mejora de la gestión de la prestación por niveles

ACCIONES ARTICULADAS

Planificación local concertada
Ferias de salud y desarrollo
Concertación intersectorial
Planes y proyectos de desarrollo

RESULTADOS

Mejoras de coberturas
Generación de cultura de cambio
Nuevos términos de relación
comunidad - instituciones

LA SALUD RURAL: NECESIDAD DE UN NUEVO ENFOQUE

Algunos resultados alcanzados se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 2

Indicadores sanitarios a fin de la década

INDICADOR	COBERTURAS 1992	COBERTURA 1999
Tasa de mortalidad infantil	90.44 x 1000 N.V.	44 x 1000 NV
Tasa de mortalidad materna	337.8 x 100000 NV	225.9 x 100000 NV
Tasa global de fecundidad	5.7 hijos por mujer	4.2 hijos por mujer
Esperanza de vida	62.87	70.9
Tasa de natalidad	28.8	21.56
Niños protegidos DPT	66%	88.5%
Niños con 5 controles de CRED	5%	26%
Gestante con 3 controles	9%	48.6%
Partos atendidos por servicios de salud	6%	28.3%
Mujeres con métodos anticonceptivos seguros	7%	34%
Población con acceso a medicamentos	6%	46%
Extensión de uso	23.5%	53.2%
Cobertura de agua potable	24.5%	58.6%
Cobertura desagüe/letrinas	14.6%	57.1%

Fuentes:

Estadística SRS IV Cajamarca, 1992

Indicadores básicos 2000, Oficina de Epidemiología e Información Gerencial, noviembre 2000.

3. LA AGENDA PENDIENTE

3.1 La mortalidad materna

Cajamarca considerada en el país como un ámbito de muy alto riesgo de muerte materna. En los últimos ocho años, la tasa de mortalidad materna ha disminuido de 337.8 (año 1992) a 225.9 (año 1999) por 100,000 nacidos vivos, manteniéndose alta con respecto al promedio nacional (155 por 100,000 nacidos vivos).

En el año 1999 se han registrado 30 defunciones maternas; de éstas el mayor número se observa en el grupo de edad de 15 – 19 (30%). Ocurren en el domicilio (90%) y en la fase de puerperio (56.6%), seguidas por las que ocurren en el parto y embarazo (21.7%). Casi el 80% de las fallecidas tuvo algún tipo de control prenatal.

ALFONSO NINO GUERRERO - INA VIGO OBANDO

En los diversos análisis, las causas de mortalidad materna son evitables en un alto porcentaje si estas madres hubieran contado con una atención oportuna y adecuada. La intervención en el campo de la salud materna ha enfatizado la atención institucional, el conocimiento de los factores de riesgo y las conductas y actitudes frente al embarazo y el parto. Estos son poco utilizados para adecuar la oferta sanitaria; además, la participación de la comunidad en la intervención de este problema es muy limitada.

El aspecto preventivo ha estado centralizado en la vigilancia de la muerte, la cual es una acción frente a un hecho consumado, y no en la vigilancia de los factores de riesgo de muerte, que son las complicaciones en el embarazo y el parto. La experiencia y la teoría nos dicen que se requiere incluir propuestas que se generen en la misma comunidad y que promuevan la participación y el compromiso de ésta para hacerlas sostenibles. La intervención debería basarse en cinco pilares fundamentales:

1. Vigilancia y monitoreo del embarazo y el parto
2. Mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud
3. Identificación y control de los factores de riesgo de la mortalidad materna
4. Nueva y diferente información, educación y comunicación
5. El abordaje integral y multiinstitucional de la propuesta

3.2 La calidad de atención

La calidad de atención se da por implícita y queda librada a la competencia técnica del prestador. La atención sigue distante de las necesidades del usuario. Monitoreo y evaluación de la calidad son procesos casi inexistentes.

En cuanto a calidad del servicio, si bien se han iniciado acciones, éstas son aún incipientes. Se han desarrollado acciones de medición de la percepción de la calidad de atención, tanto por parte de los usuarios internos (trabajadores del sector) como de los usuarios externos (los pobladores que acuden a los servicios de salud).

En relación a la calidad de atención, que tiene que ver con la entrega de servicios de acuerdo a estándares reconocidos y de manera oportuna, el 90% de los establecimientos no se basa en protocolos

LA SALUD RURAL: NECESIDAD DE UN NUEVO ENFOQUE

para ordenar su prestación. Esto eleva los costos y no garantiza la solución de los problemas de salud. La calidad debe estar presente en todos los procesos de gestión, por ejemplo, en la evaluación y supervisión programática.

3.3 La inclusión social

Los grupos vulnerables y pobres que viven en la zona rural aún siguen teniendo limitaciones de acceso (geográficas, culturales, económicas y funcionales) para ingresar a la red de servicios y quedan excluidos. Los programas materno-infantiles siguen con una racionalidad biologista y con una marcada asimetría de información que profundiza las brechas. Lo urbano y curativo sigue teniendo preeminencia a la hora de la distribución de los recursos económicos.

El abordaje del problema de salud no llega a solucionarse cuando se sobrepasa la capacidad resolutoria del establecimiento de salud. Esta situación produce actitudes de desinterés y desconfianza de la población hacia los servicios y los trabajadores de salud no se sienten legitimados, por lo tanto no se involucran con la población. La cobertura de atención en las actividades básicas continúa teniendo déficit, existiendo grupos que no reciben todas las atenciones con las cuales deben ser cubiertos. Si bien hay un avance con los seguros (materno-infantil y escolar), aún resultan insuficientes para atender las necesidades de la población. Sus presupuestos representan mejores intenciones que concreciones.

La participación social está básicamente restringida a las comunidades más pobres y se instrumenta su participación, es decir, se siguen utilizando sus recursos y mano de obra comunal como elemento central del apoyo, con escasa participación y reconocimiento de la labor del agente de salud comunitario. A pesar de la buena acogida por parte de los dirigentes de organizaciones de base, las propuestas de participación y cogestión de los servicios de salud, como es la propuesta de los comités locales de administración de salud, en Cajamarca no se han extendido y profundizado por limitada decisión política del sector y mayor énfasis en la gestión que en la participación.

Finalmente, algunos ejes centrales que deben orientar la acción sanitaria en Cajamarca en los próximos años son:

ALFONSO NINO GUERRERO - INA VIGO OBANDO

a) Desarrollar la *participación ciudadana en salud*, que en el contexto rural supone acceso a información y espacios para la toma de decisiones de la población, de manera que sea posible un progresivo crecimiento de la conciencia y el ejercicio de los derechos y deberes en la salud como componentes de la ciudadanía social. En este contexto cobrará mayor vigencia el tema del aseguramiento universal.

b) *Equidad en salud* para avanzar hacia la descentralización y el acceso a servicios de salud, pero comprendiendo a la vez que la equidad tiene múltiples dimensiones aún poco trabajadas, como la equidad de género y el respeto a las culturas nativas.

c) *Calidad en salud*, entendida como un proceso que pone en el centro del sistema al usuario del servicio de salud, para una solución efectiva de sus necesidades, cumpliendo los criterios técnicos establecidos por los avances científicos, propiciando un ambiente y relación interpersonal que se caracterice por el respeto, la calidez y la confianza.