

## EL PRIMER NIVEL DE LA ATENCION DE SALUD EN LA TERCERA EDAD

Dr. Alfonso Icochea de Vivanco\*

*En toda la historia de la medicina, la atención a los enfermos en sus casas ha sido parte esencial del tratamiento y si el paciente y su familia saben que pueden disponer de cuidados médicos adecuados en su domicilio, suelen por lo general complacerse, aceptar esta ayuda y continuar la misma y eficiente atención médica en el ambiente del hogar.*

Es a partir del año 1910, cuando Flexner publica el resultado de su investigación en las escuelas de medicina de Estados Unidos de América y de Canadá, recomienda la relación con los hospitales, convirtiéndolos en el centro tecnológico único capaz de prestar la atención médica científica, concepto que se extiende a todos los países del mundo y llega a desplazar la atención primaria del hogar hacia el hospital, desviando demasiado lejos el péndulo de la historia, aun para el tratamiento de afecciones triviales o banales, dentro del marco de un enfoque exclusivamente bio-médico que ha perdurado como modelo hasta la época actual, en la que se ha cuestionado como enfoque único y ha obligado a reconocer la importancia de lo psico-social.

Después de la segunda guerra mundial, la cobertura fue más allá de la atención de individuos en hospitales y centros de salud y se extendió a la comunidad, resultando imperioso que ésta intervenga en la prestación de los servicios de salud. Surge el concepto de "Organización de la Comunidad" que puede definirse como "un proceso por el cual una Comunidad identifica sus necesidades y objetivos, coloca éstos en un orden de prelación, busca y encuentra los recursos para actuar sobre esas necesidades y objetivos y, por fin, actúa con respecto a ellos".

En 1977 los países Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron unánimemente una meta que se ha dado en llamar "Salud para todos en el año 2000". Al respecto, el Director General de la OMS, Dr. Halfden Mahler, expresa:

"Si la cuestión de la salud no comienza a nivel del individuo, del hogar, del lugar de trabajo, de la escuela, nunca alcanzaremos la meta de salud para todos. . ."

---

\* General de Brigada EP "R". Presidente de la Comisión de Salud de la Asociación de Oficiales Generales y Almirantes.

En la Declaración de Alma Ata, fruto de la Reunión celebrada en dicha isla de la URSS, celebrada del 06 al 12 Set. 78, ratificada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1979, los gobiernos del mundo adoptan la Atención Primaria de la Salud como la estrategia mundial, que tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados debería ser la base de la atención de los Sistemas Nacionales de Salud.

En la Reunión de Alto Nivel sobre Atención Primaria y el Plan Nacional de Acción para alcanzar salud para todos en el año 2000, celebrada en Lima en el mes de Febrero de 1983, se aprueba para nuestro país la siguiente conceptualización de la Atención Primaria de la Salud: "Es la atención integral de salud desarrollada por la comunidad con el concurso multisectorial mediante técnicas adecuadas encaminadas a la elevación de los niveles de salud y bienestar. Representa el primer nivel de atención y el contacto inicial entre el individuo, el hogar y la comunidad con el sistema formal de salud, en particular con el Puesto Sanitario y el Centro de Salud, asegurando la oportunidad de cada persona de acceder a los niveles más complejos de atención que su estado de salud requiera.

Dada la trascendental importancia que tienen las estrategias de Extensión de Servicios de Salud y de desarrollo y fortalecimiento de la Atención Primaria para la Ampliación de la Cobertura de Salud en el país, merecen el más completo y decidido apoyo para la información y movilización de la población en general, que permita una estrecha vinculación de la estructura formal de los servicios permanentes de salud (niveles directivo, normativo y operativo) con la estructura informal comunitaria de la atención primaria (individuo, familia y grupo social) mediante sus auténticas organizaciones naturales de base (Figura No. 1 - Niveles de Atención).

En el Plan Operativo del Sector Salud correspondiente al presente año 1987, se señala la subsistencia de la escasa participación de la comunidad en la identificación de los problemas de salud y su solución.

Así como la definición de Salud, como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social resulta especialmente pertinente tratándose de los ancianos del mundo, la Atención Primaria de la Salud cae como anillo al dedo para la satisfacción de sus necesidades primordiales, teniéndose en cuenta que la creación de una Organización Asistencial Geronto-Geriátrica Médico-Social debe obedecer a las siguientes premisas fundamentales:

1. Las causas de afecciones físicas, psicológicas y sociales, son inseparables.
2. El hogar es el ambiente ideal para envejecer e incluso morir.
3. El éxito que se espera lograr en la ejecución de un Programa de Asistencia Geronto-Geriátrica Integral dependerá en gran medida de la participación activa, consciente y solidaria del individuo, su familia y la comunidad.

Para que la política de Asistencia Geronto-Geriátrica en nuestro país sea realista, coherente, viable y factible, tiene que seguir forzosamente criterios de sectorización ofreciendo a una población definida, dentro de un

área geográfica limitada, las prestaciones de un plan médico-social que permita la descentralización de las acciones, acercando los servicios al usuario e integrando los esfuerzos concentrados y coordinados en la distribución y utilización de los recursos médicos y sociales, disponibles en todos los niveles. En tal sentido, una adecuada sectorización cartográfica podría conseguirse dividiendo las municipalidades distritales en Zonas, las Zonas en Secciones, las Secciones en Manzanas y las Manzanas en Viviendas (Figura No. 2 - Sectorización Cartográfica).

Yendo de menos a más se tendrá que verificar la composición de cada familia, nuclear, ampliada o multigeneracional, en cada vivienda; el número de viviendas por cada Manzana, el número de manzanas por cada Sección; el número de secciones por cada Zona y el número de zonas por cada Municipalidad Distrital.

En el ámbito de dicha sectorización la operatividad de las acciones de salud en el Primer Nivel de Atención estaría a cargo de los respectivos módulos de Atención Básica de Salud (MABS), cuyas áreas de responsabilidad se fijarían en función de las variables Relación Espacio-Tiempo (isócrona) y Concentración Demográfica (con un máximo de 40,000 beneficiarios), teniéndose siempre presente que cada caso sea atendido dentro de los parámetros fijados por el tiempo máximo de respuesta útil.

En el marco de la concepción y diseño regionalizado por niveles de atención, en mi opinión es pertinente considerar al Módulo de Atención Básica como el Primer Nivel, responsable de la ejecución del Programa de Atención Integral de Salud (P.A.I.S) del Nivel Local, cuyo equipo básico unitario de salud prestaría atención en cinco (5) grados de complejidad. Los tres (3) primeros corresponden a la Atención Primaria de Salud. En el primer grado estaría la Autoatención que comprende los cuidados permanentes preventivo-promocionales y recuperativos inmediatos, recayendo la responsabilidad de dicha tarea de salud en el seno de la familia, en los padres, pero sería muy interesante que se capacitara a los ancianos de la unidad familiar para compartir tan importante tarea y responsabilidad y la decisión de utilizar tanto los servicios de salud informales cuanto los servicios médicos formales. El segundo grado estaría a cargo de un miembro del grupo familiar con vocación de servicio que dedica parte de su tiempo a vigilar la salud de su familia y de un conjunto de familias de una manzana de la Organización vecinal (Unidad Comunitaria), estimulando en ellos la promoción de la salud y activando su participación en el desarrollo comunal para lo cual recibe la capacitación indispensable. El tercer grado estaría a cargo de un Auxiliar de Salud Comunitario, miembro de una Sección de su comunidad distrital (Grupo Comunitario), elegido por la asamblea representativa, para dedicar parte de su tiempo, previa capacitación y adiestramiento, en actividades de promoción, protección, primeros auxilios y atención simplificada de salud, dando particularmente prioridad a la visita domiciliaria en las manzanas de la correspondiente

Sección de su responsabilidad. El Comité de Salud Comunitaria determinará la forma de retribución al trabajo del Auxiliar de Salud, de acuerdo a sus posibilidades y las características de Sistema Comunitario de participación, así como el medio de movilidad requerido, que quizá pueda ser una bicicleta.

De esta manera concebida, la Atención Primaria de Salud constituiría la estructura informal comunitaria, la que adecuadamente articulada con el Puesto de Salud y Centro de Salud de la estructura formal de los servicios permanentes, conforman el Módulo Básico de Atención de Salud (MABS) que representa el Primer Nivel de Salud del Sistema.

El Puesto de Salud (PS) constituye el primer grado de complejidad en la atención que corresponde a los establecimientos de la estructura formal del Sistema Nacional de Servicios de Salud y debe ser el modelo demostrativo para la comunidad, en lo que respecta a la prevención primaria, secundaria y terciaria de salud. Está a cargo del enfermero/a profesional responsable de la conducción del servicio en una zona de la organización municipal distrital.

El enfermero/a a través de la consulta de enfermería brinda atención simplificada de salud; supervisa al personal de Auxiliares de Salud Comunitarias. Parte fundamental de su actividad es la educación para la salud y el fomento de actividades de desarrollo de la comunidad y la formación de los Agentes de Salud Comunitarios, trabajando en coordinación con el Comité de Salud Comunitario y bajo la supervisión del Centro de Salud.

El Centro de Salud es el máximo nivel de complejidad del Módulo de Atención Básica de Salud (MABS), bajo la dirección y conducción del Médico Jefe del Centro de Salud. Desarrolla el Programa de Atención Integral de Salud (PAIS) del nivel local en las siguientes áreas de acción:

1. Atención a las personas
2. Atención del medio ambiente
3. Participación de la Comunidad
4. Fortalecimiento de los servicios de salud.

Dichas Areas de Acción se desagregan en los siguientes Sub-Programas: Salud Materno Infantil, Salud del adulto, Salud de las Personas de Tercera Edad, Prevención y Control de las Enfermedades; Abastecimiento de agua, Disposición Sanitaria de Desechos, Control de la Contaminación Ambiental, Protección de los Alimentos; Salud en Asentamientos Humanos, Capacitación de Agentes Comunitarios, Acciones Comunitarias de Salud; Desarrollo de la Capacidad Operativa, Desarrollo de Recursos Humanos y Vigilancia del Proceso de Salud (Figura No. 3 - Operatividad del Módulo de Atención Básica de Salud).

Si bien es cierto que en las Areas de Acción de la Atención a las Personas y del Fortalecimiento de los Servicios Periféricos de Salud, el Módulo de Atención Básica de Salud cumple realmente con su responsabilidad, no ocurre lo mismo con las Areas de Acción de Atención al Medio

Ambiente y de Participación de la Comunidad. En el Area de la Atención a las Personas, con respecto a la Salud de la Madre se lleva a cabo la atención pre-natal, del parto y del recién nacido, post-natal y la internatal. En lo que respecta a la Salud del Niño se efectúa la atención del menor de cinco años y del escolar 15-14 años. En lo que se refiere a la Salud del Adulto se realiza la atención de rutina que en función de la demanda mayormente corresponde a las enfermedades no transmisibles y lesiones por traumatismos. En lo que atañe a la Salud de las Personas de la Tercera Edad, no obstante estar incluidos entre los grupos humanos más expuestos, al no darle la atención integral que necesitan se convierten en los mayores consumidores de servicios médicos. En la prevención y control de enfermedades se actúa según la prevalencia y trascendencia local; particularmente tuberculosis, malaria, nutricionales, transmisión sexual, rabia y otras zoonosis.

En el Area de Fortalecimiento de los Servicios Periféricos se actúa sobre el desarrollo de su capacidad operativa, de sus recursos humanos y de la vigilancia del Proceso de Salud.

En el Area de Acción de Atención al Medio Ambiente la responsabilidad del Módulo de Atención Básica de Salud se limita a la educación sanitaria y asesoramiento, por cuanto la responsabilidad real corresponde a los gobiernos locales en los aspectos de abastecimiento de agua, disposición de desechos sólidos, control de contaminación ambiental y alimentos, concordando con la Ley Orgánica de Municipalidades. Asimismo, en el Area de la Participación de la Comunidad que corresponde a la Atención Primaria de Salud, la organización vecinal asume nítidamente un rol protagónico, dentro de la estructura informal comunitaria y por lo tanto la responsabilidad se sitúa en el ámbito del gobierno local.

En la práctica, los servicios periféricos de la estructura formal de salud apenas se dan abasto para cumplir con sus funciones en las Areas de Acción de Atención a las Personas y Fortalecimiento de sus propias organizaciones. De acuerdo con las necesidades y la magnitud de la población a servir se asigna el personal profesional y no profesional de las ciencias para la salud (Médicos, Odontólogos, Farmacéuticos, Psicólogos, Enfermeros, Terapistas, Dietistas, Obstetricas, Asistentes Sociales, etc.). Para asistir ancianos se debe disponer del Equipo Básico de Exploración y Orientación Gerontogeriatrica (Médico, Enfermera y Asistente Social), con la misión primordial de la Atención Domiciliaria Organizada.

La Organización y funcionamiento del Módulo de Atención Básica de Salud (MABS) implica las relaciones de coordinación horizontal con las unidades de participación en la estructura organizativa de la comunidad y con las correspondientes de otros sectores de la actividad pública y privada: Educación, Agricultura, Transporte, Municipalidades, etc., y con el Sistema Nacional de Cooperación Popular.

De esta manera los Módulos de Atención Básica de Salud, están referidos al conjunto de elementos que hacen posible su funcionamiento dentro de una unidad funcional, reguladora en el flujo del Sistema de Refe-

rencia y Contrarreferencia, que proporciona proposiciones, normas y procedimientos que implican flexibilidad para adaptarse a las circunstancias locales y características de la comunidad. Está en función de los ecosistemas modelos y patrones culturales, además de los factores que los condicionan.

A nivel de la estructura informal comunitaria, es decir de la Atención Primaria de Salud, se soluciona alrededor del 65<sup>o</sup>/o o más de los problemas de salud del grupo familiar a través de la Autoatención, como primer grado, del Agente de Salud de la Unidad Comunitaria en el Segundo grado, y del Auxiliar de Salud del Grupo Comunitario en el tercer grado.

Se estima que a nivel del Puesto de Salud, que constituye el primer grado de complejidad de la estructura formal de salud, se puede resolver un 25<sup>o</sup>/o de los problemas de salud y a partir del Centro de Salud, que constituye el segundo grado de complejidad de la estructura formal de salud, se puede resolver el 100<sup>o</sup>/o restante de los problemas de mayor complejidad que deben derivarse a los otros niveles de atención, a través del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Todo aumento significativo del bienestar físico, mental o social dependerá en gran medida de la determinación del individuo y de la Comunidad de ocuparse de sí mismos.

En este sentido, es oportuno hacer reverdecer los laureles de nuestros antepasados, que se remontan a las raíces de nuestra historia como un legado ancestral, cuando a través del Ayni las familias que conforman el Ayllu se prestaban todo género de ayuda mutua; la Minka que hacía que los Ayllus trabajando organizadamente en equipos obtuvieran sorprendentes resultados en el cultivo de los campos, y la Mita diera como resultado del trabajo de las comunidades, las grandes obras de arte que hoy son causa de admiración en el mundo entero, tales como las imponentes ciudades como Machu Picchu, los Camiños del Inca, puentes, templos, palacios, etc. Con esa semilla trabajó en Puno el médico militar peruano Manuel Núñez Butrón, logrando con las Brigadas de Sanidad Rural Rijchari importantes resultados en la salud de la población del Altiplano en la década del 30.

La Autoatención y la atención familiar constituyen las modalidades predominantes de asistencia en todos los países. Las acciones de autoatención son los primeros pasos que efectúa el individuo en forma natural antes de buscar el consejo profesional. Se puede afirmar que entre el 50<sup>o</sup>/o y el 85<sup>o</sup>/o de las veces que el individuo se enferma toma alguna medida para curarse que puede ir desde el reposo o la dieta, a medicamentos diversos. En términos generales se puede decir que son todas las medidas y decisiones que adopta un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su propia enfermedad; todo comportamiento personal dedicado a conservar y mejorar la salud y en la decisión de utilizar tanto los servicios de salud informales cuanto los servicios médicos formales.

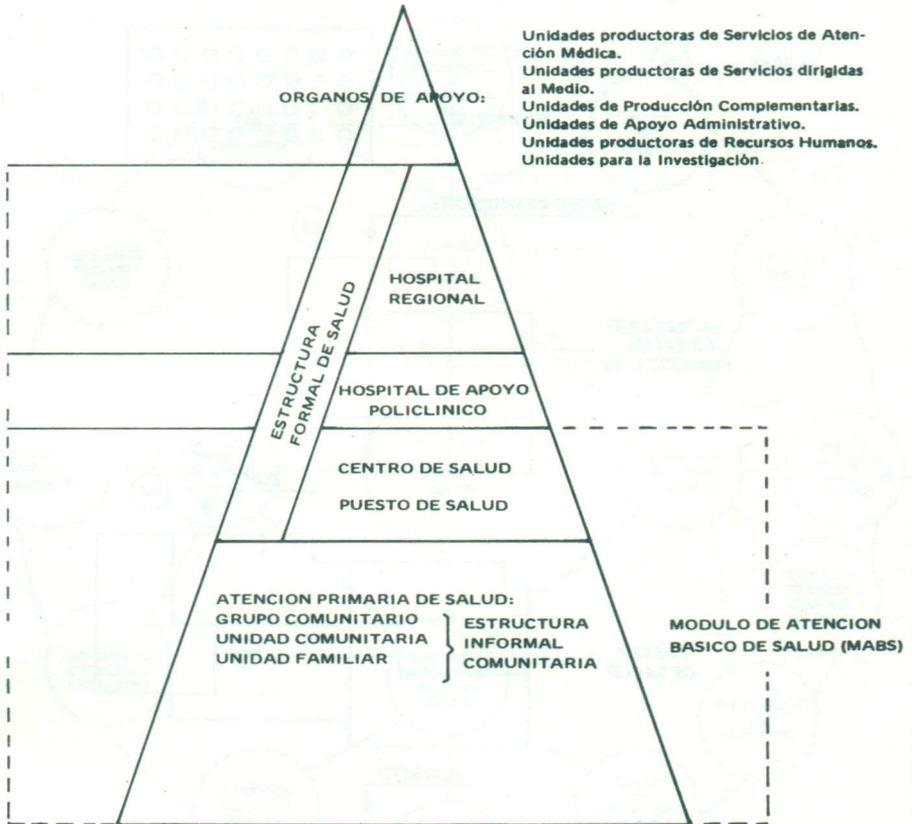
Tanto los legos como los profesionales que toman parte en la presta-

ción de servicios de atención, deben trabajar en común, combinando sus recursos y capacidades en determinadas situaciones. Si el lego cuenta con mejor información podrá proporcionar al profesional datos importantes sobre síntomas, detección precoz de estados graves, factores de continuidad de un episodio patológico a otro, reacciones del organismo ante el tratamiento, efectos secundarios de los medicamentos y determinación de qué tratamiento surte efectos y cuál resulta ineficaz.

Los profesionales de la salud están capacitados para ocuparse de los factores biomédicos y los legos, aún carentes de capacitación formal, tienen especiales aptitudes para aportar comprensión a una situación relacionada con la salud y para ocuparse de los factores sociales que contribuyen a la salud de una persona. Cuando se han agotado todos los recursos médicos, con frecuencia ocurre que no se presta más atención al enfermo crónico lo cual provoca en éste una disminución funcional. El lego suele estar capacitado para ayudar a esos enfermos a mejorar su nivel de actividades, aportándole respaldo social y oportunidades de realizar tareas significativas y brindándole acceso a servicios comunitarios.

Finalmente, es preciso advertir que la promoción de la autoatención de salud no debe utilizarse como argumento para reducir servicios médicos necesarios.

NIVELES DE ATENCION

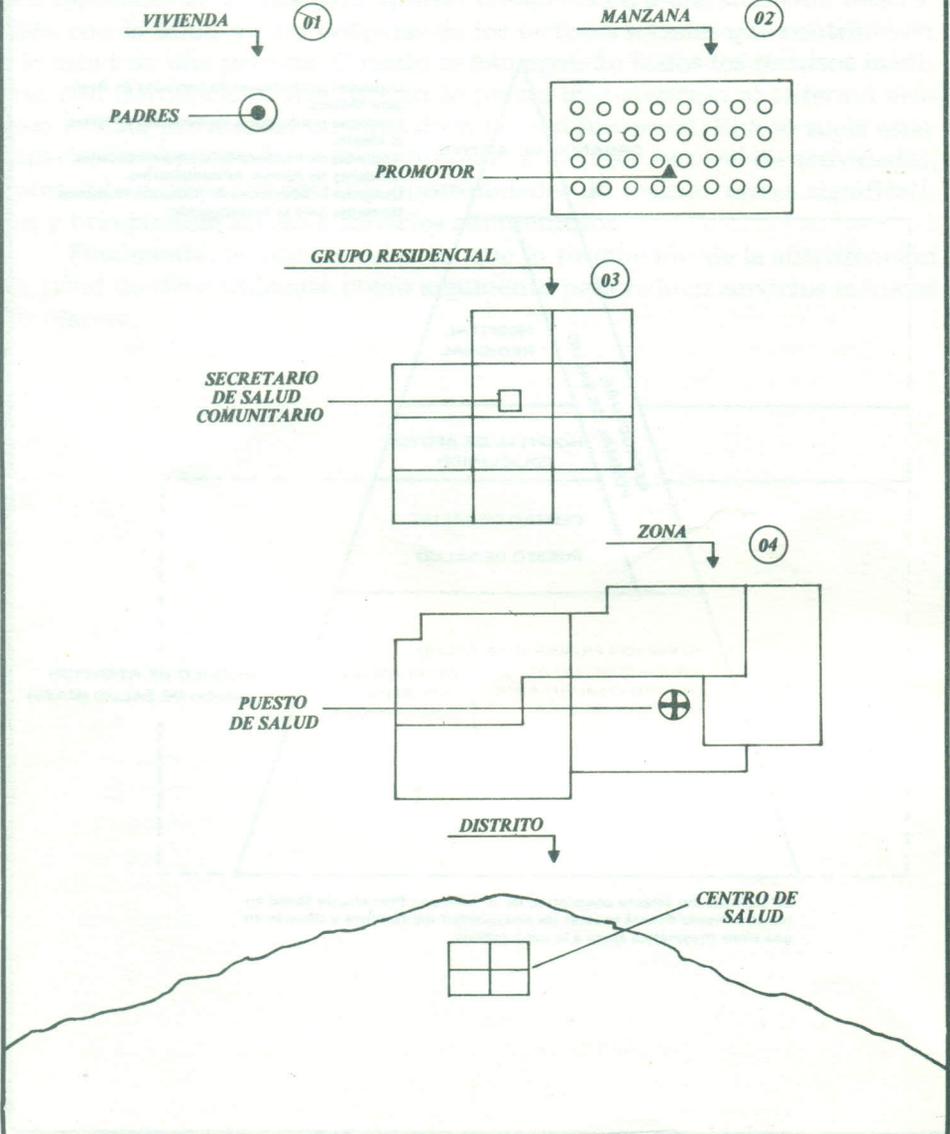


El deslinde del ámbito conceptual de la Atención Primaria de Salud en nuestro medio deberá superar las ambigüedad del término y situarse en una línea pragmática ajena a la controversia.

## SECTORIZACION CARTOGRAFICA

**DEPARTAMENTO** : LIMA  
**PROVINCIA** : LIMA  
**DISTRITO** : SAN JUAN DE MIRAFLORES  
**CENTRO POBLADO** : SAN JUAN DE MIRAFLORES

**ZONA** : 04  
**GRUPO RESIDENCIAL**  
**RESIDENCIAL** : 03  
**MANZANA** : 02  
**VIVIENDA** : 01



## SUB - PROGRAMAS

