

# El gobierno local: ¿Tiene competencia en la Atención Primaria de la Salud en el Perú?

---

*AN Dra. Lucy López Reyes*

## Introducción

El sentido de urgencia del involucramiento de todos los estamentos para atender las necesidades de la salud en la coyuntura de la pandemia y en la post pandemia, nos lleva al ver sistema de salud y dimensionar el tremendo esfuerzo del sector salud que requeriría el concurso del gobierno local en el abordaje de la atención primaria, por ser la estructura política y social que está más cerca a las poblaciones, está mejor posicionado para comprender sus necesidades apremiantes y articular los esfuerzos en el territorio.

Si cabe incluir la alianza entre el establecimiento de salud del primer nivel de atención y el gobierno local en la reconstrucción del sistema de salud que satisfaga las necesidades de salud, necesitamos reafirmar el sentido del concepto de salud como el hecho de sentirse bien y no sólo de no estar enfermo; y revisar cuáles son las estructuras en apoyo a los establecimientos de salud, con las que contamos, entre las cuales se hallan los gobiernos locales.

El gobierno local trae la organización de la comunidad en el territorio y tiene competencia para articular y movilizar el trabajo intersectorial, con el soporte de las estructuras en el nivel de gobierno regional y nacional.

## El concepto de salud

Salud y enfermedad son conceptos en evolución, fruto de construcciones histórico-sociales. La salud debe ser considerada como un derecho social fundamental y como un bien intrínseco de la persona humana.

El concepto de salud cambió radicalmente en la Europa del Siglo XIX, cuando se empieza a establecer las relaciones de causalidad entre la pobreza y la enfermedad. Por ejemplo, el que las duras condiciones de vida y trabajo de los obreros textiles eran la causa de su temprana y evitable mortalidad.

Para John Snow, médico inglés y padre de la epidemiología moderna, la falta de higiene y las malas condiciones de vida eran los responsables de las epidemias, ahora quizá resulte impensable que a mediados del Siglo XIX Londres era afectada por epidemias de cólera y la tuberculosis tenía una prevalencia muchísimo mayor a la que tenemos actualmente en el Perú. O que los niños eran obligados a trabajar 14 o hasta 16 horas diarias.

La salud es pues un producto social y las acciones para mejorarla tienen que ser sociales si queremos mejorarla de manera real y sostenible.

En Alemania en 1848 se inició un movimiento de reforma que consideraba a la medicina como una ciencia social, con la convicción de que la salud del pueblo concernía a todos, no sólo a los médicos, y que, por tanto, era deber del Estado garantizarla. Rudolf Virchow fue uno de los principales líderes de este movimiento. Muchas de sus ideas resultan de la investigación que hizo sobre una epidemia de fiebre tifoidea en la región que hoy es parte de Polonia, Checa y Eslovaquia.

Ahí llegó a la conclusión de que los factores socioeconómicos eran determinantes y que el tratamiento médico tenía poca utilidad relativa. En su famoso reporte al gobierno de Bismarck señala: “la salud, no es un problema médico, la salud es la otra cara de un problema de naturaleza política”.

En ese estudio él establece una clara asociación entre condiciones de vida y enfermedad, y puesto que los determinantes de la salud son de índole económica y social, dentro de los objetivos básicos de la medicina hay que incluir reformas sociales, democracia plena; así como educación, libertad y prosperidad. **Para Rudolph Virchow, el investigador que basa su conocimiento de la medicina en sus estudios de patología y los determinantes sociales de la patología de la persona, concluye que la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala.**

A comienzos del siglo pasado el médico escocés, Thomas McKeown demostró empíricamente que la reducción, aunque con algunas excepciones, de las enfermedades infecciosas, como es el caso de la tuberculosis, es el resultado de medidas sociales y sanitarias, y no la consecuencia de tratamientos médicos. McKeown planteó que para mejorar la salud de una población era más importante trabajar sobre los determinantes sociales que sobre la atención médica, afirmación que, no exenta de controversias, sigue teniendo vigencia.

Sin embargo, pese a la contundencia y claridad del enfoque social de la salud, estas proposiciones tuvieron por entonces escaso eco. A inicios de la década de 1940 Henry Sigerist, un reconocido historiador de la medicina fue uno de los primeros en hablar de la promoción de la salud. Para él: “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”. La salud de un pueblo no depende de la asistencia médica sino de las condiciones de vida y el instrumento para lograr el acceso de la población a estas condiciones de vida es la promoción de la salud.

Según Sigerist, la promoción de la salud es la misión primordial de la medicina, una tarea en la que deben

confluir ciudadanos y todo tipo de profesionales. La segunda misión, en orden de importancia es la prevención de las enfermedades, mientras que la curación - restauración y rehabilitación - es la última de las funciones de la medicina, a la que se debería acudir sólo cuando falla todo lo anterior.

En 1974 el Gobierno de Canadá a través del denominado “Informe Lalonde” para el desarrollo, llama a definir el campo de la salud, compuesto por los estilos de vida, la influencia del ambiente, los aspectos biológicos y en cuarto lugar los aspectos sanitarios. Explica la relatividad del aspecto sanitario para reducir la enfermedad y la mortalidad y que para ello debe darse peso al ambiente y a los estilos de vida y prestar igual atención a la promoción y la prevención.

En 1978, la Organización Mundial de la Salud celebraron un Congreso con representaciones de 134 países, en Alma Ata (Kazajstán,), en donde la Salud fue asumida como un derecho humano del que todos somos titulares.

Los planteamientos esenciales de la declaración de Alma Ata pueden resumirse en:

- El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de los estados.
- La importancia de la participación popular en salud como derecho y como responsabilidad.
- La trascendencia de la Atención Primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Lograr salud requiere el esfuerzo coordinado de todos los sectores y no sólo del sector salud.
- Rechazo de las desigualdades en salud.

La declaración de Alma Ata expresa la convicción de que las soluciones técnicas son insuficientes y que el desarrollo económico y social está íntimamente asociado a la salud, y defiende la participación colectiva en salud.

La meta que se plantea en Alma Ata de Salud para todos en el año 2000, se entiende como una meta social y política, convocando a sanitarios y ciudadanos a la acción como señala el Dr. David Tejada.

En la declaración de Alma Ata se recogieron estos dos grandes objetivos:

1. Prevención y Promoción – propuestos en el Informe Lalonde: “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud”.
2. La estrategia clave para desarrollar estas políticas es la “Atención Primaria Integral”, consistente en la prestación a toda la gente de un conjunto de servicios indispensables para su salud, con la intervención activa de la comunidad y la vinculación cooperativa de otros sectores sociales, no solo sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud en la Carta de Ottawa del 21 de noviembre de 1986 ha resaltado la importancia del rol de los gobiernos locales en la implementación de políticas de prevención y promoción de la salud como una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

Hace 6 años, el consenso de 194 países en las Naciones Unidas con el advenimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-2030, formula un plan con 17 objetivos que tienen que ver en su implementación con el involucramiento del territorio, y específicamente 2 de participación directa del gobierno local: el objetivo 11 Ciudades y Comunidades Sostenibles y el Objetivo 17, Alianzas para Lograr los Objetivos.

### **¿Cómo podemos avanzar en la implementación de la Atención Primaria?**

Luego del sinceramiento de la situación del sistema evidenciado por la pandemia, hay consenso de diseñar y poner en práctica un sistema de salud que nos asegure tanto la protección y promoción de la salud, como la existencia de servicios de salud de calidad.

La protección y promoción de la salud y las acciones orientadas a crear el bienestar de las personas constituyen la atención primaria, comprende la acción sobre las condiciones de vida, los determinantes de la salud. Trasciende el esfuerzo del sector, la atención primaria se vincula en su mejor expresión, al desarrollo. Los sectores pueden vincular más fácilmente su trabajo al desarrollo, pero en esencia éste está vinculado a la salud.

De hecho, muchísimos expertos, entre ellos el premio Nobel Amartya Sen y Michael Marmot concuerdan que sin salud no hay desarrollo.

Se conoce más sobre la organización y funcionamiento de los servicios del sector salud; sus estructuras y diseños en redes están bastante mejor pensados.

La calidad de este servicio de salud en este establecimiento del primer nivel de atención es indispensable para que funcione la atención primaria, pero es insuficiente. La atención primaria de la salud, para crear bienestar, se construye con el esfuerzo de todos los sectores es intersectorial.

La salud o la enfermedad tienen causas, muchas de ellas conocidas. Pero, cuando hablamos del porqué de estas causas, ellas están en la educación, ingresos, vivienda, ocupación, saneamiento, transporte, medioambiente, seguridad y gobernanza. Las causas no se hallan en el sector salud. La salud o la enfermedad son eventos que dependen de otros sectores.

Así, son las acciones intersectoriales las que operan en la reducción de los comportamientos de riesgo y las condiciones de riesgos ambientales, los que a su vez afectan el nivel de los riesgos de enfermar y los resultados en salud.

Por tanto, si el bienestar, depende mayormente de otros sectores diferentes del sector salud; todos los cuáles tienen operadores presentes en un territorio distrital o provincial dado, debemos reconocer que la articulación de dichos actores en la jurisdicción del gobierno local como estructura política y social mínima con autoridad legalmente competente para hacer promoción de la salud y legítima, elegida por la población para protegerla y gestionar su desarrollo. En la práctica a partir de múltiples servicios que influyen la vida cotidiana de las personas, funciona cada día en estrecha conexión con las comunidades y los vecinos.

La atención primaria desde el gobierno local entraña la necesidad de crear una visión compartida de salud y desarrollo en el territorio. Lo hace entre otras funciones agrupando el esfuerzo de todos estos sectores en su territorio y de ser posible obtener resultados medibles según las prioridades que se identifiquen.

En un marco más amplio, en nuestro tiempo y más aún con el Covid, es claro que construir atención primaria y desarrollo sostenible es uno de los más grandes desafíos que enfrenta la humanidad, combinando el desarrollo económico con justicia social y sostenibilidad ambiental.

**¿Cómo pasar del concepto a la acción? ¿Cómo puede ser más eficaz la conexión entre el equipo de salud del primer nivel y el gobierno local para mejorar la atención primaria?**

Cuando nos referimos al servicio de salud del primer nivel en la actualidad, entendemos que se refiere mayormente al trabajo del equipo de salud que desde el establecimiento que se extiende a la comunidad y a los líderes de otros sectores.

Esto ayuda, pero no tiene la fuerza de la convocatoria por la autoridad del gobierno local para traer a todos los sectores presentes en el territorio, en el seno de cuya convocatoria el equipo de salud tendría un rol enorme de liderazgo transformador.

Considero que, para avanzar en la atención primaria, el sector salud tiene una doble misión:

1. Es indispensable para ofertar buena calidad de servicio en los establecimientos de salud; y,
2. En cuanto a la atención primaria, es indispensable que tenga las competencias de liderazgo busque fortalecer al gobierno local en su rol articulador de otros sectores y actores que son determinantes para la salud como educación, vivienda y saneamiento; teniendo en cuenta que el gobierno local es una estructura social y política que tiene ese mandato legal en el contexto territorial. Desempeñe un rol de liderazgo transformador en equipo.

Inspira en este momento pensar en los equipos de salud en el primer nivel como en el Tao del liderazgo:

Ve donde está la gente  
Vive entre ellos  
Quiérelos  
Aprende de ellos  
Empieza con lo que ellos tienen  
Construye sobre lo que ellos saben

Pero, de los mejores líderes  
Cuando su tarea está cumplida  
Su trabajo terminado  
Toda la gente comenta  
¡Nosotros mismos lo hemos hecho! LaoTzu, Tao Te Ching

Es decir, el trabajo del equipo de salud del establecimiento sería más eficaz cuando encuentre la forma de hacer llegar su aporte de contenido técnico para promover la salud en el seno de la convocatoria intersectorial del gobierno local.

El equipo de salud hace lo que le compete como sector dentro y fuera del establecimiento y a la vez colabora para que los otros sectores encuentren sentido de vincular su trabajo con su contribución a la salud; construyendo sinergias, remarcando el logro por la contribución de cada sector y a la vez fortaleciendo la autoridad del gobierno local.

Este proceso no sólo puede atraer a todos los sectores y a la comunidad a fortalecer una visión compartida sino puede además hacer uso eficiente de los recursos disponibles para las prioridades seleccionadas.

Si en el contexto de dicha convocatoria salud propone medidas bien pensadas y factibles, todos los sectores participarán para resolver poco a poco las prioridades según su competencia, todos se apropiarán de los logros en un círculo virtuoso de confianza que los preparará para nuevos y mayores desafíos.

Cuando se concrete el plan de financiación del nuevo de sistema de salud, que incorpore la acción propia del gobierno local, con la mirada de salud como un producto intersectorial, nos podemos dar con la sorpresa que ni era tan difícil ni tan costoso, sólo era poner el problema adelante y responderlo contando con todas las estructuras y voluntades disponibles en ellas, entre todos, con las mejores competencias destinadas a resolverlo. Así, por ejemplo, si el MEF al financiar sistemas de agua o de eliminación de residuos sólidos en los gobiernos locales incluyera la capacitación en higiene y cómo van a medir el impacto en la comunidad, se va construyendo una capacidad con resultado en el corto plazo y en la cultura, de higiene.

Este es un cambio importante en la gestión del equipo de salud en el primer nivel de atención: hacer que el otro haga lo que le toca, liderar el cambio desde un segundo plano, garantizando a la vez eficacia en los resultados.

Evoco las palabras persuasivas de la Madre Teresa de Calcuta:

**“Yo hago lo que usted no puede,  
y usted hace lo que yo no puedo.  
Juntos podemos hacer grandes cosas”**

En resumen, una estrategia para implementar la participación de las comunidades en el cuidado de su salud y la atención primaria de la salud es el involucramiento activo del gobierno local quien tiene entre sus atribuciones la coordinación multisectorial y con las comunidades hacia un fin de desarrollo local, incluyendo los objetivos de salud pública. El equipo de salud puede construir esta sinergia y fortalecer la acción del gobierno local para estos fines.

### **Competencias políticas y legales para trabajar en la atención primaria de la salud**

#### **El trabajo de otros sectores y la Secretaría de Descentralización**

El gobierno local tiene competencias por ley para hacer promoción de la salud.

De hecho, la Ley Orgánica de Municipalidades, Ley N° 27972 en el artículo X establece “Los gobiernos locales promueven el desarrollo integral, para viabilizar el crecimiento económico, la justicia social y la sostenibilidad ambiental”;

En el artículo 80 establece como responsabilidad: “  
4.4. Gestionar la atención primaria de salud, así como construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos de salud en los centros poblados que los necesiten, en coordinación con las municipalidades provinciales, los centros poblados y los organismos regionales y nacionales pertinentes”.

“4.5. Realizar campañas locales sobre medicina preventiva, primeros auxilios, educación sanitaria y profilaxis.”

En el Artículo 82: “1. Promover el desarrollo humano sostenible en el nivel local, propiciando el desarrollo de comunidades educadoras. 7. Impulsar y organizar el Consejo Participativo Local de Educación, a fin de generar acuerdos concertados y promover la vigilancia y el control ciudadanos y

10. Fortalecer el espíritu solidario y el trabajo colectivo, orientado hacia el desarrollo de la convivencia social, armoniosa y productiva, a la prevención de desastres naturales y a la seguridad ciudadana”.

### **El trabajo de los sectores en torno del gobierno local y de otros niveles de gobierno.**

**Contamos con 1874 gobiernos locales distritales** que son estructuras políticas, sociales y económicas que tienen competencias de promoción de la salud y prevención según la Ley Orgánica de Municipalidades. Cada una con autoridades que se renuevan cada 4 años y que en principio tienen voluntad de hacer el bien por las personas. Sin embargo, no pueden cumplir su rol eficazmente porque carecen de capacitación, acompañamiento y recursos. En esas condiciones, en el momento en que se necesita de su acción y se constata su poca capacidad de respuesta se cierra el círculo vicioso y se niega el apoyo aduciendo ineficacia. Si se cuenta con la colaboración intersectorial a nivel del gobierno local, hay un efecto de la participación y confianza de la gente porque ve más resultados. Lo que realiza un sector a nivel local es visto desde el diseño como favorable a la salud pública, en un círculo virtuoso, sea por razones económicas, productivas, medio ambientales u otras.

Este trabajo intersectorial para la atención primaria de la salud entraña que cada sector comprenda sus proyectos dentro del concepto de salud como bienestar y como desarrollo, al que debe contribuir articulando convenientemente, orientado por el resultado final en mejorar la calidad de vida de las personas en el territorio, y, en un esfuerzo de sostenibilidad, fortaleciendo al gobierno local.

Por otro lado, al ver estos resultados de la agencia del gobierno local como actor clave en la atención primaria y la salud de las personas, otras estructuras del estado en el nivel nacional pueden organizarse para trabajar con los municipios, desarrollando sus capacidades



para que se desempeñe como autoridad del desarrollo y promoción de salud, catalizando todos los esfuerzos intersectoriales como un aliado cabal del equipo de salud que opera en el establecimiento del primer nivel de atención.

Esto incluye facilitar el acceso a los gobiernos locales a los recursos disponibles para ellos tales como los incentivos municipales para la salud del MEF, uso de las cadenas presupuestales del sector, promoviendo la inclusión de componentes de salud en los proyectos locales de todos los sectores y el desarrollo de capacidades de liderazgo y gerencia.

### **La Secretaría de Descentralización**

Para apoyar directamente el desarrollo de capacidades de los gobiernos locales se cuenta con la Secretaría de Descentralización estructurada dentro de la Presidencia del Consejo de ministros que en su web institucional difunde: “El Estado peruano está orientado al servicio del ciudadano, quien demanda la generación de condiciones necesarias para el bienestar y el desarrollo del país. Es en este contexto, que la Descentralización concebida como política y proceso permanente orientado al desarrollo integral y sostenible del país, promueve la articulación intergubernamental la cual es indispensable para lograr una continua comunicación y complementariedad entre los tres niveles de gobierno.” Esta estructura se rige por la Ley de Bases de Descentralización Ley 27783, que establece en su finalidad en el Artículo “3.- Finalidad La descentralización tiene como finalidad el desarrollo integral, armónico y sostenible del país, mediante la separación de competencias y funciones, y el equilibrado ejercicio del poder por los tres niveles de gobierno, en beneficio de la población”.

### **Mis elementos de convicción:**

#### **1. Las casas de espera de parto.**

**A las autoridades locales les agrada participar en atención primaria cuando comprenden por qué hacer y cómo, incluyendo cómo movilizar los recursos a su alcance.**

El caso de las casas de Espera de Parto. Eran los años de fin de los 90, explorando maneras de disminuir

la muerte materna, entre otras razones por limitado acceso al parto atendido por profesional.

En una visita al distrito de Yauli en Huancavelica observé que las gestantes en sus días próximos al parto venían de sus caseríos al pueblo dónde había un sanitario, partera y en casas de su familia esperaban la fecha. Para quienes no tenían este recurso, los dados estaban tirados si el trabajo de parto o el sangrado se desencadenaba en sus casas. No se podían movilizar. La historia corta es que mi jefa en la oficina de salud de USAID en Lima aceptó la idea de diseñar una casa de espera de parto que estuviera cerca de un establecimiento de salud para ayuda inmediata.

La idea era que el gobierno local asumiera el funcionamiento de esta intervención pensando en las gestantes de su jurisdicción, pensando en la historia de los tambos comunales que tenían tanta raigambre en los arrieros en nuestra cultura andina.

En coordinación con la Dirección de Salud Materna del MINSA se trabajaron las guías de funcionamiento, las guías de capacitación y se identificaron los distritos de llave en Puno y Pano en Huánuco. Los alcaldes gestionaron la entrega de un terreno en llave a unas cuadras del Centro de Salud y la renta de una casa al frente del centro de salud en Pano. USAID donó los recursos para la construcción en el caso de llave y la remodelación en Pano.

La idea tuvo éxito. De 2 casas de espera en unos años habían 450, con la participación de diversos proyectos que tenía el MINSA por entonces, y fue uno de los factores por los cuales se incrementó la atención de parto institucional del rango de 30 al 70%.

La implementación y manutención ha tenido variantes y muchas veces acabó siendo financiada por el centro de salud y por el personal.

La lección aprendida es que hay que aproximar al alcalde a la obra, apoyar su capacidad de agencia. Veremos que su voluntad moviliza muchos recursos, que encarecerían cualquier proyecto si se hacen desde fuera.

El gobierno local necesita asistencia empática, organizada, sostenida.

## **2. Elemento de convicción. El proyecto de Municipios y Comunidades Saludables**

**¿El empoderamiento logra cambiar las condiciones de vida en las comunidades?**

**¿Cómo puede identificarse y resaltarse el valor de la confianza mutua, el valor de la palabra y el bien común para construir mejores condiciones en una comunidad rural?**

**¿Cómo alentar este trabajo desde el municipio local?**

**El proyecto MCS funcionaba como parte de mis responsabilidades en USAID Lima.**

Era una apuesta por trabajar desarrollo rural con el concurso de varios sectores, incluyendo salud. Hallamos a través de los resultados que la capacidad de las comunidades rurales para absorber las políticas que buscan disminuir la pobreza y promover el desarrollo puede mejorarse con el esfuerzo individual y colectivo dentro de comunidades organizadas, como resultado de acción organizada y creadora de individuos empoderados y se consolida y sostiene con el soporte del gobierno local, en un círculo virtuoso de desarrollo sostenible.

El proyecto Municipios y Comunidades Saludables (MCS) en zonas rurales de la selva amazónica del Perú desde el 2004 buscó mejorar indicadores de salud cuantificables a través de intervenciones realizadas por los miembros de la comunidad.

Encontramos que los miembros de la comunidad se ven altamente motivados a cooperar en la auto-evaluación de sus condiciones de vida, preparar planes de desarrollo local e implementar iniciativas pragmáticas en su comunidad con significado para mejorar su vida cotidiana: hacer los cercos, limpiar las riberas de su río, construcción de letrinas, disposición de desechos o limpieza de caminos rurales.

Sin embargo, en ausencia del apoyo externo para continuar en otras iniciativas, el trabajo colectivo se ve disminuido, y los miembros de la comunidad se desmotivan después de la segunda o tercera iniciativa.

En este contexto, además de la motivación del trabajo colectivo incluimos otro tipo de intervenciones para llevar a cabo tareas significativas tales como el registro y monitoreo por la comunidad como la partida de nacimiento de los niños, prácticas de higiene como el lavado de manos para la disminución de la enfermedad diarreica, inmunización, lactancia materna, y nutrición infantil, control pre-natal y parto atendido por personal calificado.

Se probó que los indicadores de salud materna e infantil no sólo eran aceptados por la comunidad, sino que eran altamente empoderantes en la medida que los individuos se percataban que ellos eran los autores de los cambios para su propio beneficio.

Se llegó a trabajar en más de 500 comunidades y pronto se apreció que dónde había 5 de 12 niños menores de 3 años sin DNI a los 2 meses todos tenían DNI o CUI (código único de identificación), todas practicaban la higiene de manos, el tratamiento del agua para la bebida, vacuna completa de los niños, controles prenatales completos.

El uso de instrumentos de liderazgo y gerencia, para construir capital social y empoderamiento en las comunidades pareció efectivo, al menos por la mejora inicial en los indicadores de prácticas de higiene, lugares para disposición de desechos, lactancia materna, partidas de nacimiento de los niños, uso de agua potable, mejoras en nutrición y disminución de enfermedad diarreica en los niños.

A su vez, la comunidad rural, sin luz ni servicio de agua cuando se fortalece su organización comunitaria era capaz de empoderarse del cuidado de los niños, llevando sus estadísticas comunitarias del número de sus 30 niños menores, cuantos tenían DNI en aquella vez, cuantos habían tenido diarrea en el último mes y relacionar sus datos con intervenciones para gestionar con el RENIEC el registro de nacimiento y las medidas para cuidar el agua para bebida e higiene, fortaleciendo su organización desde las dirigencia comunitaria involucrando a todas las familias en el cuidado de cada niño o niña.

En una ocasión con las lluvias de verano, en una comunidad con las que trabajamos, de unas 80 familias

donde había 12 niños menores, en donde el río se salió del cauce e inundó las casas, llegamos y los hallamos en charcos. El dirigente nos dijo que no tenían red de agua ni luz, pero ninguno de sus niños había tenido diarrea porque usaban agua segura que ellos trataban. Esto lo hacían coordinando con salud que llevaba las estadísticas y hacía las actividades educativas que convocaba la comunidad con el apoyo del gobierno local.

Así como llevaban la cuenta de sus niños ya estaban listos para ver otros temas de su desarrollo como inicio oportuno de la escuela, gestionar sus maestros con la UGEL o con el municipio, y el municipio para contratar profesores, transportar sus productos, etc.

### **La Tesis doctoral**

Este trabajo fue motivo de mi disertación doctoral cuyo objetivo fue analizar la relación entre el empoderamiento y la intención de innovación en los miembros de comunidades rurales, y su modificación según el nivel de capital social de sus organizaciones comunitarias. Entendido el capital social como el capital de las relaciones entre las personas.

En el estudio se utilizó la promoción de la salud como variable interviniente, debido a que la salud, como esencial elemento para el desarrollo, implica una acción individual, a través de estilos de vida y conductas saludables, así como una acción colectiva y puede incrementar la capacidad de aprendizaje de las organizaciones comunitarias para integrar programas de desarrollo.

En el estudio participaron 524 personas de la comunidad y dirigentes de 131 comunidades rurales de las regiones Ucayali y San Martín en selva del Perú seleccionadas por conveniencia en el área geográfica de influencia del proyecto MCS. En la muestra de comunidades hubo 85 comunidades que trabajaron con el proyecto y 46 comunidades de las zonas vecinas. Para fines de la comparación de la relación entre empoderamiento e innovación se utilizaron tres *clusters* de alto, intermedio y bajo nivel de capital social.

En el estudio se utiliza la definición de empoderamiento como ser capaz de cumplir un reto, y la percepción de los elementos cognitivos del reto: significado de

beneficio a lograr, tener competencia para lograrlo, auto-determinación y libre albedrío y atribución del logro o impacto. El capital social se evalúa en dos dimensiones: la estructura de la organización de la comunidad y los conceptos de solidaridad, confianza mutua, tolerancia y colaboración.

Los cuatro factores de empoderamiento tuvieron mayores valores en los grupos de alto capital social. La intención de innovación no se modificó significativamente de acuerdo a niveles de capital social. El empoderamiento fue también significativamente mayor en la población masculina, en el grupo de autoridades comunitarias designadas fuera de la comunidad, y en miembros de comunidades que vivían más cerca de centros poblados grandes.

En el estudio se halló más empoderamiento en los individuos entrenados en liderazgo y gestión comunitaria que se había impartido como parte de las actividades de promoción de la salud, sugiriendo un potencial para el desarrollo que requiere de mayor investigación y acción.

**Conclusión, las personas en una comunidad, lograron ser capaces de comprender su salud y cómo cuidarla encuentran formas de mejorarla en sus contextos.**

Sin embargo, la pregunta que nos hacíamos era cómo lograr que esa asistencia para lograrlo pudiera ser dada de una forma sostenida. El gobierno local de su jurisdicción tenía las competencias para alentarlas y asistir las.

**¿Cómo lograr la participación del gobierno local para que estas intervenciones en la comunidad fueran sostenibles?**

Durante el segundo y tercer año del proyecto, en la búsqueda de la sostenibilidad del cambio, el proyecto promovió el involucramiento del gobierno local del distrito para que conforme una instancia multi-sectorial local de apoyo a las iniciativas comunitarias y un sistema de información basado en los datos recogidos por la comunidad que sirva para medir el cambio y tomar decisiones tal como la financiación de las iniciativas de las comunidades.



**Los gobiernos locales tienen mecanismos para articular los esfuerzos de todos los sectores en el territorio para desarrollar estas capacidades y crear mejores condiciones de vida.**

**Hacia falta fortalecer las capacidades del GL.**

**Los gobiernos locales se involucraban con decisión cuando se les planteaba la idea de salud como parte del desarrollo de sus comunidades, para manejar las variables que más influenciaban en la salud como el agua, la producción y consumo de alimentos, la asistencia de sus niños a la escuela y sus aprendizajes.**

La experiencia de conducir el proyecto de Municipios y Comunidades Saludables en ámbitos rurales en USAID que involucró a 32 gobiernos distritales y sus correspondientes comunidades rurales en la Amazonía, por más de 5 años, nos llevó a aprender que cuando el gobierno local recibe apoyo y desarrolla capacidades de sus equipos ellos pueden sistematizar información de cada sector y actor presente en el distrito y en las comunidades, pueden planificar mejor sus presupuestos, pueden priorizar esfuerzos por grupos de distritos y diseñar estrategias para las que tienen necesidades especiales.

Ellas podían movilizar esfuerzos de empresas de energía y otras empresas privadas y alinear los esfuerzos con los de la comunidad y el GL. La inteligencia que desarrollaron les permitió ver emprendimientos para atender el determinante social de la falta de ingresos con emprendimientos para producción de frutales, circuitos turísticos etc., para apoyar los proyectos de vida de los adolescentes y jóvenes.

Cuando se trabaja con un sentido de desarrollo con los gobiernos locales y sus comunidades se logran resultados que sólo las personas en dichos lugares se pueden imaginar y el más importante tienen confianza en ellos, en la eficacia de su trabajo, en la eficacia del trabajo con su gobierno local.

Los miembros de la comunidad, las organizaciones comunitarias y los gobiernos locales y regional aceptaron las estrategias del proyecto bajo la percepción que los miembros de la comunidad fueran capaces de trabajar

por su propio beneficio e invirtieron recursos para continuar las actividades del proyecto.

**¿Quién podría seguir alentando a los gobiernos distritales para continuar este trabajo? ¿Otro nivel de gobierno, con otras competencias?**

**3. ¿Cómo puede actuar un gobierno sub nacional en la salud?**

**Las Ciudades Saludables**

**El caso de la MML 2011-2014**

**III. Hacia una ciudad saludable: dónde estamos y hacia dónde vamos**

Una ciudad es un ente complejo y dinámico. Es el espacio donde se produce la convivencia social, y como tal tiene un papel determinante en la salud de las personas; es en la ciudad donde se desarrollan las actividades cotidianas (económicas, sociales, culturales, educativas, de ocio, etc.) y donde se toman las decisiones de política pública que van a afectar positiva o negativamente la salud de las personas que la habitan. Su entorno físico, como espacio o soporte natural adaptado y modificado por los individuos, determina los modos y estilos de vida de las personas, y no necesariamente es favorecedor: dificultades para las relaciones, degradación medioambiental provocada por los desarrollos incontrolados. Por ello resulta ser el lugar idóneo donde articular las medidas que orienten las políticas públicas de salud.

El concepto de ciudad saludable se comprende en términos de proceso y no sólo de resultados. Cualquier ciudad puede ser saludable si se compromete con la salud, si tiene una estructura para trabajar por la salud y si comienza un proceso para conseguirlo, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables y creando entornos y condiciones que los favorezcan.

La vinculación entre salud y municipio tiene en el Perú poco arraigo histórico en el campo de los esfuerzos sociales por mejorar la salud de la ciudadanía. La debilidad institucional y una concepción de la salud muy biologicista han limitado la posibilidad de avanzar

en este campo. Es justo mencionar que una buena parte de las iniciativas de salud pública aportadas por los salubristas del siglo XIX fueron de ámbito local.

En los últimos treinta años, muchas ciudades Latinoamericanas, y peruanas, han sufrido un gran deterioro de su medio ambiente, a medida que los cambios en la estructura laboral y en la vivienda han dejado su marca. El deterioro de la calidad de vida urbana y la pobreza interior de la ciudad causan una patología particular que requiere soluciones propias, especialmente en lo que se refiere a problemas de salud.

Por otra parte, cada vez es mayor el porcentaje de población del país que habita en las ciudades y que determinados lugares pueden ser muy insalubres tanto física como socialmente por lo que es importante reparar en el llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a coordinar los programas de promoción de la salud pública y de política de salud ambiental en torno al proyecto de Ciudades Saludables.

La cercanía de la administración local a la ciudadanía y a sus organizaciones le facilita –teóricamente- tener un conocimiento más inmediato y real de su problemática, y le posibilita una mayor celeridad en la toma de decisiones y en la aplicación de medidas ante cualquier problema. Esta circunstancia demanda un nuevo tipo de liderazgo democrático de la administración local, y un cambio en la forma de prestar los servicios desde la intersectorialidad y contando con la participación de los agentes sociales.

Busca mejorar los entornos en que las personas pueden ganar o perder salud según los factores externos, como son el medio ambiente, el empleo, la falta de educación, la vivienda y la pobreza, que entre otros son los principales determinantes de la salud de las personas que como hemos visto, trascienden el ámbito de la atención sanitaria.

Cuando estos determinantes actúan conjuntamente se convierten en una pesada carga para el individuo, difícil de soportar. Esta acumulación de cargas, que ponen en peligro la salud, no se produce de manera aleatoria sino en todo el gradiente social.

El proyecto de Ciudades saludables es probablemente una de las manifestaciones más visibles e importantes

de la aplicación del enfoque de promoción de la salud en la práctica real de la salud pública. Como estrategia, es la aplicación de los principios y del cómo hacer de la promoción de la salud desde el nivel local.

### **La Gerencia de Salud de la MML**

Lima Metropolitana, una urbe de más de 9 millones de habitantes requería una autoridad política sanitaria que trabajase con la población y los actores sociales tanto públicos y privados en el cuidado de salud como un elemento fundamental para el desarrollo sostenible. En un proceso dinámico de interacción compleja de los procesos sociales a los cuales a su vez contribuye.

Desde esa perspectiva, de la salud como bienestar, como derecho, como motor para el desarrollo y como resultante de las acciones que realizan los diferentes sectores y actores sociales, es que quisimos construir un plan articulado para la salud de todos en Lima y la autoridad política de salud en la Gerencia de Salud de Lima Metropolitana, a partir de la Subgerencia de Sanidad que recibimos en el año 2011.

En este escenario, la salud en el municipio se percibía, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Cabe precisar, que, según la Ley de Bases de la Descentralización, la autoridad sanitaria para Lima Metropolitana tiene que estar ubicada en la Municipalidad Metropolitana.

Era importante que la MML contara con los marcos de concepto modernos respecto del abordaje de la salud pública, teniendo en cuenta que la globalización trae cambios en los procesos fundamentales de la vida de las poblaciones tales como la seguridad alimentaria, cambios en el medio ambiente, desastres naturales, consumo nocivo de alcohol y drogas, inseguridad; y que junto con ello existen condiciones propias de Lima como son la alta prevalencia en la infancia de anemia, malnutrición y la existencia de un gran número de niños desnutridos así como tuberculosis, adicciones a drogas y otras, stress y ansiedad, diabetes y obesidad, entre otras prioridades sanitarias; y que dichas prioridades tienen que ver con condiciones de pobreza y carencias de condiciones vitales,

Esta Autoridad Sanitaria debe ser construida con la participación de todos, no solamente de los prestadores de servicios de recuperación de la salud sino de los demás sectores y actores y tienen que participar especialmente los ciudadanos, la sociedad civil y la empresa privada, en cuyas manos están los instrumentos más efectivos para cuidar su salud empezando por la adopción de prácticas y estilos de vida saludables.

Esta autoridad debía construirse en la MML para anticipar riesgos, corregir los factores que estén condicionando la enfermedad en la población y mejorar la respuesta con el comportamiento de las personas, desde un abordaje de prevención y promoción de la salud que son competencias atribuidas por la Ley Orgánica de Municipalidades y sin perjuicio de la transferencia de funciones de salud por parte del Ministerio de Salud de acuerdo a la Ley de Bases de Descentralización.

Por su tamaño poblacional y territorial, más de 9 millones de habitantes, Lima equivale a dos o tres veces la población de un país Centroamericano. Por lo tanto, exige pensar en una organización con alto grado de autonomía para poder tomar decisiones estratégicas, normativas, regulatorias, financieras, es decir de gobierno –teniendo como eje las políticas nacionales bajo la autoridad del MINSA y de los otros sectores- y al mismo tiempo garantizar la adecuada gestión de las promoción y prevención con arreglos interinstitucionales dentro y fuera de la corporación municipal.

**Por tanto, luego de 3 años de trabajo orientado a este fin, la Gerencia de Salud se crea finalmente en la Municipalidad Metropolitana, mediante la Ordenanza 1751 del 10 de diciembre de 2013, como el órgano responsable de la promoción y dirección de planes, acciones e intervenciones en materia de salud, así como de la regulación de la higiene sanitaria y salubridad de los espacios y establecimientos bajo responsabilidad de la Municipalidad Metropolitana de Lima.** Para su funcionamiento la MML le destinó un inmueble institucional ubicado en la Av. Ramón Herrera 273 en el Cercado de Lima.



La Gerencia de Salud asume su mandato de promoción y prevención comprometiendo a la persona en su cuidado personal y a la vez orientando el control de determinantes socioeconómicos para las prioridades sanitarias. Para ello a través de la estrategia general de articular los esfuerzos y recursos en la ciudad, bajo el principio de rectoría de los sectores del Estado relacionados con la salud, en particular del Ministerio de Salud referidos a los determinantes sociales de la salud, dirigidos a promover la salud y prevenir la enfermedad.

Éramos conscientes por informes del CEPLAN que, si bien existen 40 programas sociales contra la pobreza que están adscritos a los sectores de Salud, Educación, de la Mujer, Trabajo, Agricultura, Vivienda, Transportes, Economía y Finanzas y al de Energía y Minas no se encuentra evidencia de articulación.

Teniendo en cuenta que la pobreza es un factor determinante de la salud el rol articulador de la MML podría paliar este problema haciendo que los esfuerzos de los sectores puedan ser más eficaces y eficientes.

Consistente con la globalización el Perú ha avanzado en Legislación y Normatividad para temas sustanciales para la vida y la salud que la MML como órgano de gobierno de la ciudad incorporó desde su competencia de prevención y promoción de la salud dentro de los principios de rectoría de los sectores del Estado competentes.

Nos referimos entre ellas a las Leyes del Sistema Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres, la Ley de Inocuidad de Alimentos, el Plan Estratégico Multisectorial de Lucha contra la Tuberculosis y la

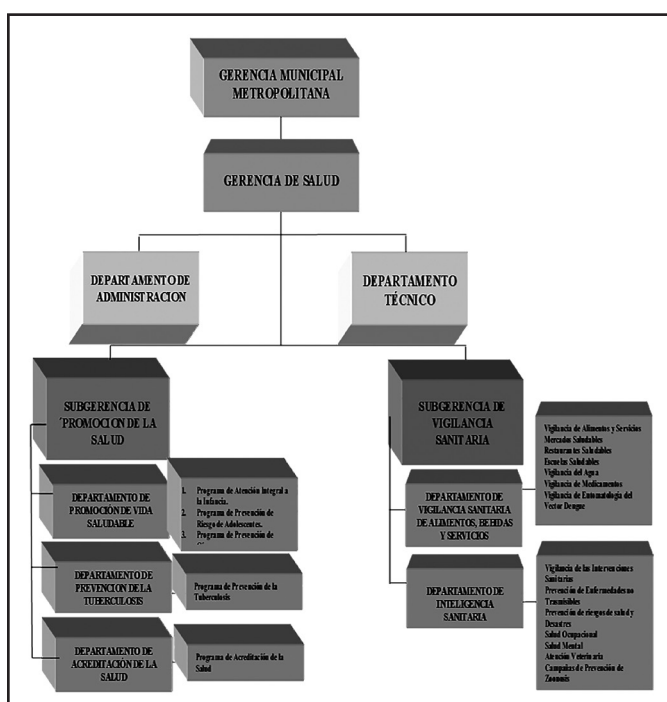
Ley del Medio Ambiente, entre otras, formulando las ordenanzas correspondientes para su implementación en la provincia.

### ¿Qué intervenciones ilustrativas tienen efecto cuando un gobierno local se involucra en la promoción de la salud? La SGS y la GS en la MML 2011-2014

Las prioridades sanitarias que ha establecido la Municipalidad Metropolitana de Lima parten del análisis de la problemática del proceso salud enfermedad que más afecta a población de Lima en términos de morbilidad, mortalidad y carga de enfermedad y plantean seis temas o daños a la salud que a su vez se relacionan con determinantes sociales sobre los cuales actualmente la MML tiene mayor posibilidad de influir ya sea porque están directamente a su cargo o porque tiene los arreglos institucionales para trabajar de manera complementaria con organizaciones de otros sectores de la sociedad y el Estado Peruano.

La Gerencia de Salud se crea a partir de la Subgerencia de Sanidad y se organiza en 2 Subgerencias: Subgerencia de Promoción de la Salud y la Subgerencia de Vigilancia Sanitaria.

### Organigrama de la Gerencia de Salud de la MML



### SUBGERENCIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud como responsabilidad de la Municipalidad Metropolitana de Lima se orienta a conocer, comprender y vigilar las condiciones que influyen en la salud o enfermedad en el territorio, desarrollando programas y políticas según sus manifestaciones a distintas edades, abordando los de mayor prioridad.

Este Departamento tiene entre otros Programas:

- Programa de Atención Integral de la Infancia
- Programa de Prevención de Riesgos de las y los Adolescentes, y
- Programa de Prevención de Cáncer

Cada año se estima que en Lima nacen cien mil niños y niñas. Con una prevalencia de 39% de anemia en menores de 3 años y 4.1% de desnutrición en menores de 5 años según ENDES 2013. Equivale a 120,000 niños y niñas menores de 3 años con anemia y 20,000 niños y niñas menores de 5 años con desnutrición.

Decidimos asumir una acción por la salud y el futuro de los niños y niñas, instaurando la Campaña Cero Anemia en menores de 36 meses y ha organizado la **Comisión Metropolitana por una Nutrición y Alimentación Saludable** con el propósito de lograr el soporte institucional de todos los actores públicos y privados involucrados en la atención de la infancia.

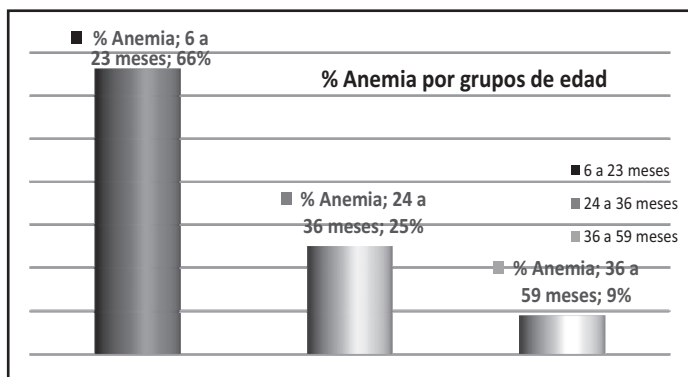
Esta constituye una instancia de asesoría ad-hoc y coordinación para construir colectivamente un espacio de construcción de sinergias para maximizar recursos humanos, físicos y financieros, orientados a objetivos comunes en el campo de la nutrición y alimentación, buscando alcanzar en un corto tiempo resultados concretos y visibles, prioritariamente en la salud y el desarrollo de los niños y niñas.

Durante las sesiones de la **Comisión** se decidió iniciar el trabajo con la Campaña Cero Anemia que fue reconocida por la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza, otorgando una distinción al **“Buen trato por la Niñez y el Adolescente: Viejos y Nuevos Desafíos para la Política Pública”**.



La priorización de la anemia se sustenta en que con la erradicación de la misma se protege con más eficacia el desarrollo integral por lo siguiente:

1. La anemia es un problema muy frecuente en Lima, afecta al 39% de niños y niñas menores de 3 años y es más frecuente que la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años (4%).
2. En la Gerencia de Salud de la MML se halló que en los primeros meses de vida la prevalencia de anemia es mayor. Por tanto, se necesitaba enfatizar en el cuidado en este grupo que está aprendiendo a consumir otros alimentos y tiene otras necesidades para su sano crecimiento y desarrollo.



Fuente: Base de datos de Cero Anemia, MML, 2012-2013

3. Se puede abordar eficazmente con cuidados integrales y en particular con la alimentación rica en fierro, ambas estrategias accesibles a la economía de los hogares. La anemia en nuestro medio es causada en más del 90% por falta de ingesta de fierro.
4. La anemia en menores de 36 meses afecta a todos los estratos socioeconómicos. Bajo este criterio es posible organizar con más eficacia campañas de comunicación masiva.
5. Al manejar eficazmente la anemia en los primeros 3 años de vida vamos a sentar también las bases para el manejo y erradicación de la desnutrición crónica infantil.

### Estrategia General: Enfoque en los derechos universales de los niños y niñas.

- **Promover el desarrollo integral del niño o la niña:** No es sólo lograr cambios en hábitos alimenticios, sino promover prácticas de la familia que van a influir en el desarrollo de la infancia y el temprano establecimiento de lazos afectivos.
- **Empoderamiento de las personas y las familias:** En el contexto del territorio, comenzando con un censo comunitario para que reconozcan cuántos niños y niñas tienen y deben cuidar, articulando redes y actores sociales para promover el desarrollo de la familia y abordando los determinantes sociales, como disponibilidad de alimentos, acceso a agua segura y práctica de la higiene.
- **Fortalecimiento de los liderazgos sociales y locales** por una cultura de alimentación saludable, rica en fierro, enfatizando en el consumo de productos peruanos y la ingesta de pescado. Promover la lactancia materna.
- **Suplementación con multimicronutrientes (mmn):** En un primer momento la estrategia de intervención incluyó la detección de anemia y entrega de mnm a los niños y niñas con anemia. Luego, ante el hallazgo que el 53 % presentaba anemia, optamos por suministrar los mnm a todas las niñas y niños entre 6 y 36 meses de edad.
- **Desarrollo de sinergias:** Con instituciones públicas como MINSA, centros educativos, CUNAMAS y municipios distritales y con Organizaciones Sociales de Base como: Comités de Vaso de Leche, Clubes de Madres, Comedores Populares y Juntas Vecinales.
- **Enfatizar en la salud de la madre:** educando en factores de riesgo desde la gestación, el programa comprende educación en nutrición, cuidados generales y el manejo de los factores psicosociales que enfrentan las mujeres y que le producen ansiedad, depresión y estrés, articulando esfuerzos con la Gerencia de Mujer.



En el 2014, el Ministerio de Salud asumió la responsabilidad de la suplementación con mmn a todos los niños y niñas menores de 36 meses, a nivel nacional.

En este nuevo contexto, la Municipalidad de Lima como gobierno local continuó trabajando en tres niveles:

1. **A nivel del comportamiento de personas y familias**, para democratizar el conocimiento y promover la vigilancia comunitaria.
2. **A nivel de los determinantes sociales**, promoviendo consumo de alimentos nutritivos propios del país y posicionando el consumo de agua segura, hábitos de higiene y saneamiento básico.
3. **A nivel de las decisiones políticas**, con una actitud vigilante para que las políticas respondan a las necesidades de las personas, en especial de nuestra primera infancia, trabajando desde la Comisión Metropolitana por una Nutrición y Alimentación Saludable y concertando con distintos actores para aunar esfuerzos que permitan seguir manteniendo en la conciencia ciudadana el compromiso por un desarrollo integral de la infancia.



## RESULTADOS

En los 21 distritos con los que se ha trabajado entre el 2012 y 2013 se ha logrado bajar la anemia de 60.6% a 28.1%, y capacitar a 9,191 padres o madres de familia en el cuidado integral del niño o niña.

Como parte del programa Cero Anemia, en la GS, entre los años 2013-2014 se han mantenido bajo control a 13,137 niños y niñas menores de 36 meses.

Para lo que se ejecutó un presupuesto de S/. 921, 315.00 nuevos soles, gestionados por recursos propios de la GS y el programa de Incentivos Municipales del MEF, lo que incluyó la adquisición de multimicronutrientes y los equipos necesarios para la detección de la anemia infantil.

Para el año 2014 ya no se adquirieron multimicronutrientes porque el MINSA asumió la compra y distribución de este suplemento a nivel nacional.

## PROGRAMA DE ATENCIÓN DE RIESGOS EN ADOLESCENTES

La población de adolescentes (10 – 18 años) en el Cercado de Lima constituye cerca del 20% de la población y tiene características y demandas sociales particulares las cuales tienen que ser satisfechas no solo por los esfuerzos de la familia y la escuela sino también por la comunidad.



## ZONAS DE INTERVENCIÓN

21 distritos de Lima Metropolitana y 85 asentamientos humanos (AA.HH) que se encuentran en la jurisdicción de 10 Redes de Salud, 1 Hospital y 60 establecimientos de salud (EE.SS).

El Censo del 2007 registró que en Lima Metropolitana hay 29,604 madres adolescentes, de 12 a 19 años de edad, con mayor prevalencia de madres adolescentes (28%) en el quintil socioeconómico de menores

recursos, frente a solo el 3% en el quintil de mayores ingresos.

En este contexto se identifica claramente la escolaridad y la asistencia a la escuela como factores protectores frente a los riesgos de salud de los adolescentes. Según ENDES 2010 27.7% abandona la educación secundaria.

Además hemos trabajado, principalmente en el Cercado de Lima con estrategias de información en salud sexual integral, para prevenir ITS y el VIH, sida y embarazo en la adolescencia y de prevención de uso de drogas, a través de talleres de formación de promotores en líderes comunales, así como a los alumnos de Instituciones Educativas, organizando mega eventos, jornadas informativas, concursos, actividades deportivas y articulando esfuerzos con programas existentes del Ministerio de Educación, establecimientos de salud del MINSA, MIDIS, MINTRA y Programas de la MML (Municipios Escolares, Mujer Emprende, Bolsa Laboral, Chicos Chamba, Chicos Ecológicos, entre otros).

Promovimos el Comité Multisectorial de Prevención contra el Consumo de Drogas en Lima, articulando esfuerzos para la disminución del consumo de drogas, la Coordinadora Regional Multisectorial en Salud (COREMUSA), para el desarrollo de programas relacionados al tema de VIH/SIDA y en la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza. Se gestionó 3 años 2011-2014 un proyecto de colaboración bajo un Convenio con DEVIDA.

Esta experiencia del manejo de las necesidades de los adolescentes nos ha llevado a concluir que la asistencia a la escuela y el no abandono, es un factor protector del desarrollo de los adolescentes que el espacio municipal puede propiciar y tenerlo como indicador de una intervención eficaz.

### **Estrategias generales de implementación**

1. Fortalecer el vínculo con un adulto interesado en el desarrollo del adolescente, que fomente la autoeficacia del adolescente en su proyecto personal y el desarrollo de habilidades sociales. Se promueve en una comunidad de adultos sensible al crecimiento y desarrollo del adolescente que a la vez fortalece espacios sociales donde se reconozcan y

aprecien estas habilidades, en un círculo virtuoso que desarrolle en el niño su concepto del hombre y la sociedad, complementando así su formación como ciudadano.

2. Fortalecer a la comunidad y en particular a la comunidad educativa de instituciones de educación secundaria y superior articulando el proyecto educativo y calificación laboral con su proyecto de desarrollo personal.

### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL CÁNCER**

Entre el año 2013 y 2014, se gestionó la colaboración de Estée Lauder y la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer una campaña en el Cercado de Lima de mamografías gratuitas a 1258 mujeres mayores de 40 años; para promover la mamografía anual para la detección temprana de lesiones.

### **DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS**

Perú es el país de América Latina con mayor carga de tuberculosis. Cada año 32,000 peruanos y peruanas enferman de TB. La ciudad de Lima concentra el 60% de personas afectadas con formas sensibles al tratamiento de todo el Perú, el 80% de las 2,800 personas afectadas por TB Multidrogo resistente y el 95% de las personas afectadas por TB Extradrogo resistente.

El número de casos estimados de TB MDR en Perú casi triplica al número de casos de Brasil o México, y la capital del Perú es la ciudad capital con mayor carga en la región de TB MDR lo que la convierte en alto riesgo de transmisión activa.

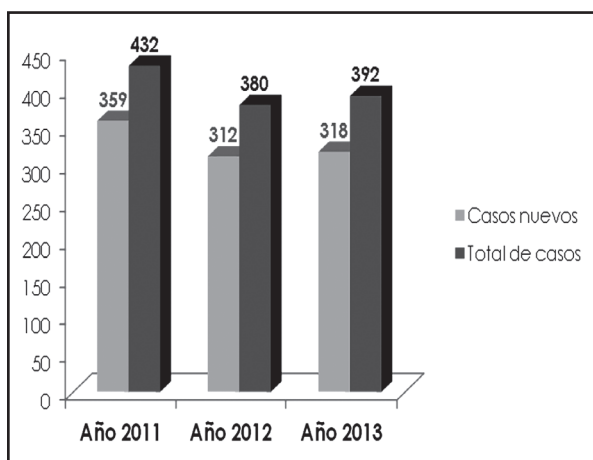
Esta situación ameritaba una intervención sostenida de esfuerzos multisectoriales, incidiendo en la información de la población en general para evitar el contagio y garantizar la adherencia de los afectados y no abandonar su tratamiento. Se requiere asimismo que venciendo todas las barreras se produzca un acercamiento entre las personas y las instituciones de salud, que garantice la intervención sanitaria.

Actores importantes en esta estrategia son los afectados por la TB, quienes asumen un rol protagónico en la intervención de la MML

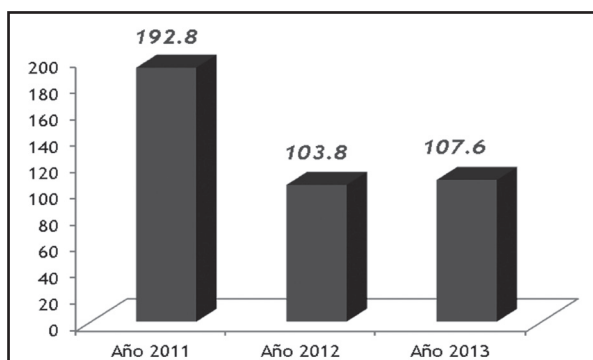
## OBJETIVOS DEL PROGRAMA

1. Personas desarrollan prácticas saludables para evitar el contagio de TB, en el Cercado de Lima y Lima Metropolitana.
2. Personas afectadas por TB, mantienen la adherencia al tratamiento, en el distrito de Lima Cercado, actuando de manera conjunta con la Red de Salud Lima Ciudad - MINSA.

### Total de casos y casos nuevos en El Cercado de Lima



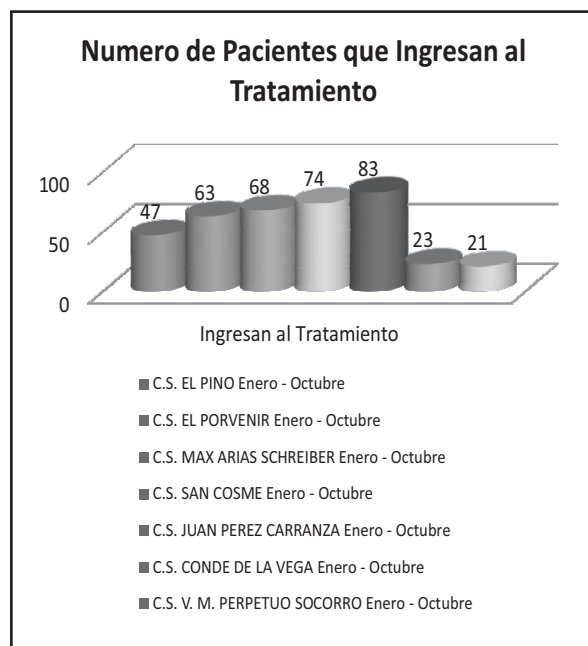
### Tasa de TB por 100,000 habitantes en El Cercado



Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Lucha contra la TB

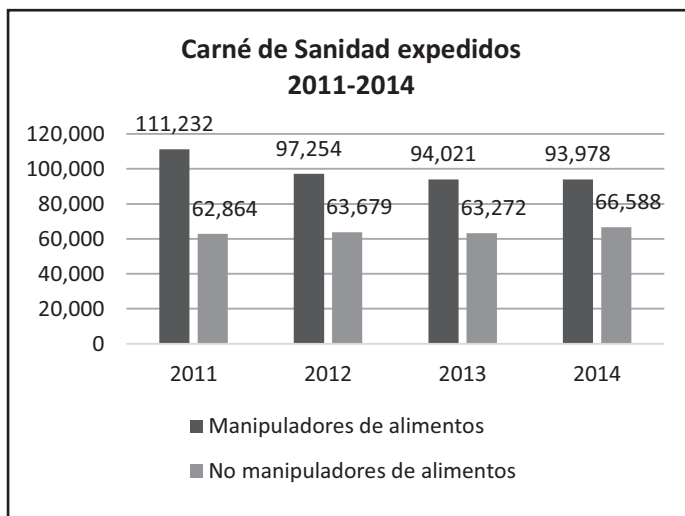
## ESTRATEGIA GENERAL: CERO ABANDONO DE TRATAMIENTO EN TB

La MML inicia en abril 2014, el programa “Cero Abandono al Tratamiento”. Se inicia en los distritos de Cercado y La Victoria, compromiso que se asumió con la Red de Salud Lima Ciudad. Resultados a octubre 2014.



Luego de la intervención desde marzo a noviembre 2014, observamos que del 100% de pacientes que ingresaron al tratamiento de TB en el periodo de enero a octubre, el 10% salieron de alta como curados habiendo sido pacientes que ingresaron al tratamiento en los meses de enero a marzo. Teniendo en cuenta que el tratamiento dura 6 meses para TB Sensible y para TBMDR aproximadamente entre 18 a 24 meses, el abandono y transferencias sin confirmación representan el 1%.

## DEPARTAMENTO DE ACREDITACIÓN DE SALUD



Fuente: Departamento de Acreditación de Sal

**SUBGERENCIA DE VIGILANCIA SANITARIA**

La Subgerencia de Vigilancia Sanitaria de la Gerencia de Salud de la Municipalidad Metropolitana de Lima, es la unidad orgánica responsable de la implementación de políticas, planes y acciones en materia de vigilancia sanitaria, epidemiológica e inteligencia sanitaria.

Su objetivo es velar por el bienestar de la población de Lima Metropolitana, mediante el control de los factores de riesgo para la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, a través de los Departamentos de Inteligencia Sanitaria y Vigilancia Sanitaria de Alimentos, Bebidas y Servicios.

Tan importante como difundir los comportamientos saludables es vigilar directamente. Esta Subgerencia es la estructura para vigilar la higiene e inocuidad de los alimentos, la comercialización de medicamentos vencidos, adulterados o de procedencia dudosa, la condición de salubridad de animales domésticos, las prácticas que facilitan la transmisión de enfermedades por vectores tales como el dengue, la chikungunya u otras estacionales como la neumonía o influenza.

Así mismo, La vigilancia de las condiciones de salud en el trabajo, contaminación del ambiente con elementos dañinos a la salud y el conocimiento y la práctica de colaboración como preparación para la respuesta en casos de emergencias y desastres.

El logro de la seguridad en salud pública es sin dudas uno de los principales desafíos que se plantean actualmente. Compartir la vulnerabilidad implica compartir también la responsabilidad. La seguridad sanitaria depende directamente de la capacidad de vigilancia, control y respuesta para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas y no infecciosas, según lo indica la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La integración de los sistemas de vigilancia y monitoreo epidemiológicos, se convierten en una prioridad para fortalecer la seguridad sanitaria a nivel de la Provincia de Lima, acción coordinada y articulada con el Ministerio de Salud; por lo tanto la Municipalidad Metropolitana de Lima responde a todas estas demandas, basada en su competencia otorgada por las Leyes Nacionales existentes y específicamente la Ley Orgánica de Municipalidades.

**PRINCIPALES PROGRAMAS DE LA SUBGERENCIA DE VIGILANCIA SANITARIA:****Departamento de Vigilancia Sanitaria de Alimentos, Bebidas y Servicios**

- Escuelas Saludables
- Mercados Saludables
- Restaurantes Saludables
- Prevención de Enfermedades Zoonóticas

**Departamento de Inteligencia Sanitaria**

- Observatorio Metropolitano de la Salud
- Preparación en Agua, Saneamiento e Higiene en Casos de Emergencias y Desastres

## PROGRAMA ESCUELAS SALUDABLES



La Escuela es el espacio de formación de la comunidad educativa, donde los niños y las niñas permanecen más de 6 horas al día. Es el espacio propicio para transmitir a la comunidad educativa los lineamientos para la prevención de enfermedades por lo que además de los Ministerios de Salud y de Educación, la Municipalidad de Lima como gobierno local tiene como responsabilidad establecer intervenciones en las instituciones educativas.

En el año 2012, mediante la evaluación antropométrica que incluyó a 4,110 niños y niñas de 3 a 5 años de 42 Instituciones Educativas públicas del nivel inicial del Cercado de Lima, encontró que un 30% tenían sobrepeso y 16% obesidad.

La Encuesta Global de Escolares halló que el 54% de los escolares, consumen por lo menos una vez o más veces al día bebidas gaseosas y más del 68% de escolares refieren no consumir frutas o verduras todos los días.

A partir de la Subgerencia de Vigilancia Sanitaria, en las instituciones educativas de Lima Cercado en el año 2012 se encontró que 34 colegios contaban con servicios de alimentación escolar de los cuales el 41% presentaba infraestructura inadecuada que no garantizaba la inocuidad de los alimentos, los trabajadores del 67% de kioscos y/o cafetines escolares no habían recibido capacitación en buenas prácticas de manipulación de alimentos; la conservación de los alimentos era inadecuada en el 35% de estos ambientes y en el 24% de ellos, se hallaron alimentos sin registro sanitario, ni fecha de vencimiento o vencidos. Además, que los

alumnos tenían a su alcance alimentos no saludables de bajo precio que podían adquirir diariamente con sus propinas y con escasa o nula supervisión por parte de los tutores o maestros, muchas veces en el comercio ambulante de alimentos alrededor de las instituciones educativas, incrementando la exposición de los niños a alimentos no saludables.

Respecto al tipo de alimentos que se comercializan en los kioscos escolares, (Liria: 2012) encontró en el 100% de kioscos escolares bebidas con alto contenido de azúcar y alimentos altos en grasas y sal, como gaseosas, jugos, refrescos, snacks, golosinas y alimentos preparados (salchipapas, hamburguesas, etc.). Todos estos alimentos contribuyen al incremento de la obesidad ya que tienen un elevado nivel de calorías que son fácilmente asimiladas por el organismo.

En el año 2014, la Estrategia de Prevención de Sobrepeso y Obesidad del Programa Escuelas Saludables, realizó la evaluación nutricional en cuatro Instituciones Educativas Públicas del Cercado de Lima, encontrando que el 53% de los niños y niñas tienen sobrepeso y obesidad.

No es sólo el exceso de alimento lo que ocasiona mayores problemas de salud en los niños y niñas, sino también las condiciones de higiene y preparación de los alimentos que influyen en la presencia de enfermedad diarreica, que puede ser producida por agentes biológicos transmitidos a través del agua o alimentos contaminados o por deficiente almacenamiento o manipulación durante su elaboración. Los episodios de diarrea privan al niño de los nutrientes necesarios para su crecimiento, siendo una causa importante de malnutrición y como consecuencia el niño se hace vulnerable a enfermedades infecciosas.

### OBJETIVOS

#### General:

Fortalecer las acciones de promoción de comportamientos y estilos de vida saludable, en la comunidad educativa, propiciando la responsabilidad en los niños y niñas por el autocuidado de su salud y la convivencia pacífica, incentivando la relación con el entorno para lograr ambientes de bienestar biopsicosocial.



### **Específicos:**

- Promover alimentos saludables a través de los servicios de alimentación escolar (cafetines, quioscos, comedores), y la vigilancia de los refrigerios saludables.
- Promover la actividad física en forma de actividades lúdicas en las horas de recreo.
- Brindar educación para la salud a la comunidad escolar en temas de prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles promoviendo el autocuidado de la salud.
- Acreditar a las Instituciones Educativas que alcancen el nivel de aceptabilidad sanitaria como “Escuelas con Estilos de Vida Saludables” y de los Servicios de Alimentación Escolar como “Cafetines, Quioscos, y Comedores Escolares Saludables”
- Promover un ambiente de bienestar y de tranquilidad para el desarrollo de la educación de los estudiantes en la comunidad educativa y la familia mediante el desarrollo de la estrategia “Familias Fuertes Amor y Límites”.

### **ESTRATEGIAS**

- **ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS COMO ESCUELAS CON ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

Consiste en el reconocimiento a las Instituciones Educativas que han implementado satisfactoriamente los componentes del programa escuelas saludables en sus instalaciones y con la comunidad escolar.

- **ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTACION ESCOLAR COMO QUIOSCOS, CAFETINES Y COMEDORES SALUDABLES**

Consiste en el reconocimiento a las Instituciones Educativas y a los concesionarios de quioscos, cafetines y comedores escolares al haber implementado la venta de alimentos inocuos.

### **LINEAS DE ACCIÓN**

#### **Componente 1. Implementación de entornos saludables.**

Habilitar e implementar espacios físicos en las instituciones educativas y su entorno, para que sean saludables, seguros y libres del vector *Aedes aegypti* (dengue y chikungunya).

#### **Componente 2: Higiene personal.**

Promover prácticas para el auto cuidado de la salud, articulada con la gestión pedagógica, como lavado de manos, rincones de aseo, entre otros.

#### **Componente 3: Alimentación y Nutrición escolar saludable, estrategia de prevención del sobrepeso y obesidad.**

Permiten lograr el desarrollo y crecimiento saludable, incorporando, promoción de refrigerios saludables, supervisión de loncheras y la certificación de cafetines, kioscos y comedores como saludables.

#### **Componente 4. Actividad física.**

Promover la actividad física en las I.I.EE. mediante juegos lúdicos tradicionales en las horas de recreo, con un promedio de 30 minutos diarios y en espacios delimitados para este fin.

#### **Componente 5. Salud mental.**

Condiciones psicosociales positivas, donde se promueven relaciones armónicas y respetuosas e impactan adecuadamente en la salud de los miembros de la familia, mediante la estrategia: Familias Fuertes Amor y Límites.

### **AMBITO DE INTERVENCIÓN**

73 Instituciones Educativas del Cercado de Lima con proyección a Lima Metropolitana.

### **LOGROS**

- Certificación de 35 de 73 Instituciones Educativas participantes del Programa como aptas para cuidar los alimentos que consumen los niños y niñas, beneficiando aproximadamente a 10,400 estudiantes de los servicios escolares.

- Autoevaluación de los factores de riesgos para la prevención del Dengue en 100 Instituciones Educativas del Cercado de Lima.
- En el 100% se han fortalecido las capacidades de la comunidad educativa en hábitos saludables como alimentación balanceada, lavado de manos y la prevención del dengue.

## MERCADOS SALUDABLES



Las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) son ocasionadas por el consumo de alimentos contaminados que producen enfermedades diarreicas agudas (EDA), y constituyen la tercera causa de morbilidad. Guardan relación con una inadecuada manipulación de los alimentos en el hogar, dentro de los servicios de alimentación y en los mercados de abasto, entre otros.

El Programa de Mercados Saludables responde a la necesidad de contar con espacios ordenados, higiénicos, seguros y amigables para el público usuario que ingresa a los mercados de abasto. La División de Prevención Sanitaria, hoy Subgerencia de Vigilancia Sanitaria, a partir del año 2012, en función de sus competencias, reactivó el Programa de Mercados Saludables, acorde con la Ley Orgánica de Municipalidades.

## OBJETIVOS

### General:

Vigilar el cumplimiento de los estándares sanitarios en los centros de abasto de Lima Metropolitana, promoviendo que la población tenga acceso a alimentos inocuos, expendidos en ambientes saludables.

## ÁMBITO DEL PROGRAMA

En el Cercado de Lima existen 52 mercados, los cuales abastecen a los 300,000 habitantes del distrito, que se constituyen como beneficiarios, acuden también como beneficiarios indirectos población de otros distritos de Lima Metropolitana.

## ESTRATEGIAS

- Sensibilización dirigida a los conductores de los puestos, las Juntas Directivas o Administrativas de los comerciantes de los Mercados de Abasto y al público consumidor.
- Capacitación Técnica a los comerciantes en Principios Generales de Higiene con énfasis en Buenas Prácticas de Manipulación (BPM),
- Conformación del Sistema de Autocontrol, Evaluación y Seguimiento, con la elección del Comité de Autocontrol Sanitario, conformado por los representantes del centro de abasto, para vigilar la situación sanitaria del Mercado.
- Análisis Microbiológico y Bromatológico para verificar el estado de los alimentos, en relación al estándar de la calidad microbiológica y fisicoquímica de los mismos, relacionando sus condiciones de protección y conservación así como el mantenimiento de su calidad organoléptica.
- La Certificación Sanitaria como Mercado Saludable se otorga cuando la calificación de puestos aptos del mercado de abasto, supera el 75%; y mediante una Ceremonia de Certificación concluye el proceso.
- Supervisión post- certificación del Mercado Saludable, el cual debe mantener su calidad sanitaria en forma constante.

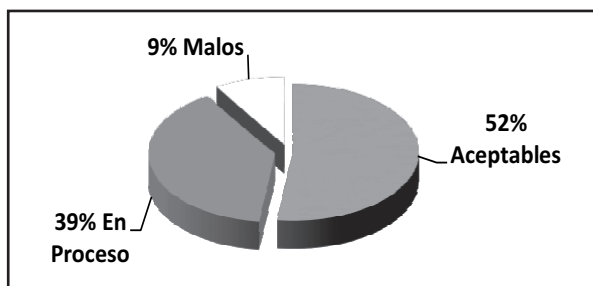
## LOGROS

Hasta el tercer trimestre del año 2014 se han realizado 847 evaluaciones sanitarias a los puestos de los mercados de abasto, lo que equivale al 96.25% de la meta programada para el presente año (880), obteniendo el siguiente resultado:

- Aceptable: 457 puestos 52%
- En proceso: 349 puestos 39%
- Malos: 41 puestos 9%

Hasta octubre del 2014 se han acreditado como saludables (10%),

## CALIFICACIÓN SANITARIA DE PUESTOS DE MERCADOS DE ABASTO



Fuente: Subgerencia de Vigilancia Sanitaria GS-MML – Programa Mercados Saludables.

## RESTAURANTES SALUDABLES

El Programa de Restaurantes Saludables tiene como principal función vigilar el cumplimiento de los estándares sanitarios en los Restaurantes y Afines de Lima Metropolitana, promoviendo que la población tenga acceso a alimentos inocuos y seguros preparados en ambientes saludables.

Mediante un monitoreo constante de las condiciones de salubridad, capacitación en buenas prácticas de manipulación e higiene y saneamiento, control de puntos críticos para la contaminación, monitoreo de la calidad microbiológica de los alimentos durante el proceso de elaboración, así como del producto final, el Programa de Restaurantes Saludables acredita los estándares sanitarios alcanzados y sostenidos en dichos establecimientos, los cuales son auditados con una periodicidad constante.

El Cercado de Lima tiene un promedio de 2,400 establecimientos gastronómicos, donde acuden 480,000 usuarios por día y teniendo en cuenta que a cada uno de ellos recibe aproximadamente 200 personas por día, es necesario fortalecer las capacidades en una adecuada manipulación de alimentos e higiene, a los propietarios y trabajadores de cada establecimiento gastronómico.

## OBJETIVO

Prevenir la ocurrencia de enfermedades transmitidas por alimentos en los consumidores de los restaurantes de Lima Metropolitana, mediante la capacitación en buenas prácticas de manipulación de alimentos, almacenaje y los principios de higiene y salubridad en los restaurantes tanto a los administradores y manipuladores de alimentos, contribuyendo en mejorar las condiciones sanitarias, acreditándolo como restaurantes saludables

## ESTRATEGIAS

- Sensibilización del personal conductor y manipuladores de alimentos, en la prevención de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, como consecuencia de alimentos contaminados.
- Vigilancia Sanitaria permanente a fin de calificarlo sanitariamente y mejorar su calidad sanitaria, como:
  - Aceptable : 75% a 100% de la calificación
  - En Proceso : 50 % a 74%
  - Malo : 0 a 49%
- Capacitación: En Principios Generales de Higiene, considerando: Buenas prácticas de manipulación de alimentos, de almacenamiento, conservación adecuada de la infraestructura, programas de limpieza y desinfección de equipos y utensilios.
- Evaluación de parámetros no visibles, mediante el análisis microbiológico y bromatológico de alimentos y superficies.
- Certificación del Establecimiento como Restaurante Saludable.
- Supervisión Post-certificación.

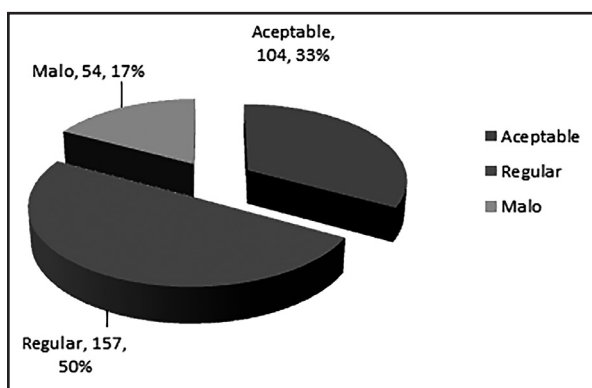
## ÁMBITO DEL PROGRAMA

El Programa se desarrolla dentro del Cercado de Lima, que cuenta con un promedio de 2400 restaurantes y afines con proyección a Lima Metropolitana.

## LOGROS

- Se han certificado como saludables 139 restaurantes de los 2,400 (6%) existentes en el Cercado de Lima, asegurando la calidad sanitaria en la elaboración y expendio de los alimentos y bebidas y mejorando las condiciones de los tres aspectos básicos: infraestructura, manipulador de alimentos y condiciones organolépticas del alimento propiamente dicho.
- Hasta el mes de octubre se han evaluado 315 restaurantes del Centro Histórico de Lima, de los 420 estimados con el siguiente resultado:

- Aceptables:	46% (104)
- En proceso:	40% (157)
- Malos:	14 % (54)



FUENTE: Programa Restaurantes Saludables, SVS, GS

Desde el mes de setiembre del presente año con motivo de la COP 20, en el Centro Histórico, se han evaluado 315 restaurantes hasta la fecha, resultando Aptos el 46%, de los 420

## OBSERVATORIO METROPOLITANO DE LA SALUD OBSERVATORIO DE MUERTES EVITABLES POR LESIONES DE CAUSA EXTERNA

### INTRODUCCIÓN

Dentro del estado de bienestar vulnerado, subyacen las muertes por causa externa como son los homicidios, suicidios y muertes por accidentes de tránsito que muchos son producidos por consumo de alcohol.

Según el registro del Instituto de Medicina Legal que es analizado en el Observatorio Metropolitano de Muertes evitables, el total de muertes ocurridas de enero 2009 a octubre 2014 por distritos, fueron 5,844 fallecidos, siendo los 5 primeros distritos con mayor número de muertes, el Cercado de Lima con 595 fallecidos, San Juan de Miraflores con 487, San Juan de Lurigancho con 481, El Agustino con 443 y Comas con 364, ocurriendo estas muertes durante la madrugada entre las 00:00 – 5:59 am<sup>1</sup>.

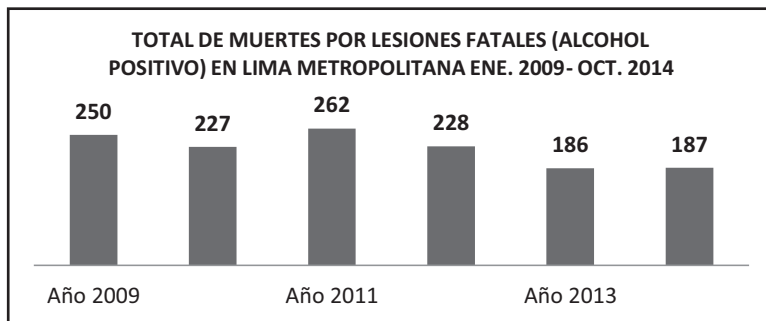
En el Cercado de Lima ocurrieron el 10% del total de fallecidos de Lima Metropolitana y durante el periodo 2013 equivalen a 100 fallecidos, 32 fueron homicidios, 49 accidentes de tránsito y 19 suicidios, 20 tuvieron por consumo de alcohol.

La MML aprobó la Ordenanza Municipal N°1568, cuyo propósito es prevenir y minimizar los daños que el alcohol produce a la salud, priorizando la protección de los menores de edad, limitándoles el expendio de alcohol, en horarios inadecuados y en giros de negocios no aptos, por lo que la Gerencia de Salud a través de la Subgerencia de Vigilancia Sanitaria, instauró y mantiene activo el Observatorio de muertes evitables por causas externas, que cuenta con la participación y aporte de representantes de instituciones como el Instituto de Medicina Legal, la Oficina de Epidemiología del MINSA, la OPS, la PNP, Las Comisarías, Las Gerencias de Educación, Transporte Urbano, Fiscalización y Control, la Gerencia de Salud, el Hospital Hermilio Valdizán, el Colegio Médico del Perú, entre otros, habiendo producido a la fecha datos, información y recomendaciones que han sido tomadas en cuenta por las autoridades competentes.

<sup>1</sup> Datos del Observatorio de muertes evitables, 2009-2014, en base a los reportes del IML

El Observatorio de Muertes Evitables, ha sido reconocido con la Resolución de Alcaldía N°114-MML-2014 que norma sus actividades.

Muertes por causa externa con consumo de alcohol en Lima Metropolitana, ene 2009 - oct 2014



Fuente: Elaboración propia. Fuente IML-Lima Metropolitana ene.2009 – oct.201

## OBJETIVOS

### General:

Analizar datos sobre los accidentes de tránsito, homicidios y suicidios que contribuyan a la disminución de la morbilidad y mortalidad de eventos evitables por lesiones fatales y formular recomendaciones orientadas a la prevención y a mejorar condiciones de seguridad en Lima Metropolitana y en especial en el Cercado de Lima.

### Específicos:

- Articular esfuerzos con actores claves a través de información confiable, oportuna y representativa de violencia (homicidios, suicidios, muertes en eventos de tránsito y otras lesiones no intencionales) que permita generar medidas, estrategias para prevenir y controlar estos eventos.
- Contribuir a la actualización de base de datos e informes que sirvan de base para el análisis mensual del Observatorio.
- Proponer conclusiones y recomendaciones al CORESEC Consejo Regional de Seguridad Ciudadana y al CODISEC Consejo Distrital de Seguridad Ciudadana, sobre intervenciones o políticas relevantes, conforme al marco legal vigente.

## ESTRATEGIAS

- **RECOPIRAR INFORMACIÓN DE LA FUENTE DE DATOS PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO**, comprende las siguientes acciones:

- Recopilar y validar datos del Instituto de Medicina Legal, en base al registro de muertes mensuales recolectada de los protocolos de autopsia.
- Preparar informes para el análisis mensual en las Mesas de Trabajo del Observatorio Metropolitano de Muertes Evitables
- Elaborar los boletines electrónicos de difusión con las principales instituciones vinculadas a la problemática.

- **REUNIONES MULTISECTORIALES Y MULTIDISCIPLINARIAS DE ANÁLISIS DE DATOS**, se realizan en forma mensual para formular recomendaciones orientadas a la prevención y mejora de las condiciones de salud, seguridad y convivencia a través de las mesas de trabajo en dos niveles:

- Observatorio Metropolitano, conformada por Instituciones públicas y privadas de Lima Metropolitana y las Gerencias involucradas de la MML.
- Observatorio del Cercado de Lima, este Observatorio convoca a los 10 Comisarios del Cercado de Lima, representantes de la Gerencia de Fiscalización y Control, Educación y Deporte, Participación Vecinal, Seguridad Ciudadana, Salud, las Coaliciones Comunitarias y los coordinadores de Juntas Vecinales.

## LÍNEAS DE ACCIÓN

- a) Incremento de Percepción del riesgo por parte de la población.
- b) Incremento de la Vigilancia y control sanitario, en cumplimiento de la Ordenanza Municipal N°1568 – Hora Segura.
- c) Articulación multisectorial e interinstitucional.



## LOGROS

- Conformación de la Mesa Metropolitana de Muertes Evitables.
- Conformación de la Mesa del Cercado de Lima de Muertes Evitables
- Reconocimiento del Observatorio Metropolitano de Muertes Evitables mediante resolución de Alcaldía N° 114 – 2014-MML
- Ser miembros activos del Consejo Regional (CORESEC) y Consejo Distrital (CODISEC) de Seguridad Ciudadana.
- Implementación de la Estrategia Familias Fuertes, Amor y Límites desarrollada para disminuir las conductas de riesgo que generan homicidios, suicidios y disminuir el consumo de sustancias tóxicas en los y las adolescentes, favoreciendo la convivencia familiar, en dos Comisarías del Cercado de Lima.
- Producción mensual de boletines electrónicos con las estadísticas del Instituto de Medicina Legal sobre, homicidios, accidentes de tránsito y suicidios.

## AMBITO DE INTERVENCIÓN

Lima Metropolitana y el Cercado de Lima.

## PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ZONÓTICAS

### INTRODUCCIÓN

Las Zoonosis son enfermedades que se transmiten del hombre al animal o viceversa, las más conocidas son el dengue, la chikungunya, la rabia humana, Toxocara, leptospirosis, entre otras, que se encuentran asociadas a fuentes de agua, contaminada con excretas y orina de animales, aunada a la sobrepoblación canina (se estima al año 2014, 2 millones 707 mil perros en todo Lima Metropolitana), la venta ilegal de mascotas y las malas condiciones en que viven muchos animales afectan no solo a ellos sino también a la salud de los seres humanos, por lo cual se hace necesaria intervenir con acciones efectivas como la aprobación del Proyecto de Ordenanza de Protección Animal por el Concejo metropolitano, la sensibilización a la población sobre la tenencia responsable de mascotas entre otras.



## OBJETIVOS

### General:

Realizar acciones de vigilancia sanitaria para la prevención de enfermedades zoonóticas promoviendo la salud de la población en armonía con el medio ambiente.

### Específicos:

- Vigilar sanitariamente la presencia, distribución y áreas de criaderos del Vector Aedes aegypti en lugares públicos e intradomiciliario.
- Informar y educar a la población sobre la tenencia responsable de mascotas y promover conductas saludables intra y extra domiciliariamente.
- Realizar evaluación de agentes zoonóticos para la identificación oportuna con acciones comunitarias e intersectoriales que promuevan la salud animal.

## ESTRATEGIAS

- **SERVICIO VETERINARIO MUNICIPAL SERVEMUN:** Brinda servicios de consulta veterinaria, vacunación, desparasitación interna y externa, cirugía menor, corte de ungas y consejería sobre tenencia responsable de mascotas.
- **CAMPAÑAS DE ATENCION VETERINARIA:** En parques, plazas, cercanía de mercados, conjuntos habitacionales y en los sectores más desfavorecidos de Lima Metropolitana.

- **EVENTOS ESPECIALES:** “Día de la Mascota” Ofrece un espacio público familiar que permite desarrollar actividades para niños y niñas y atención gratuita de las mascotas mediante consultas en cardiología, oftalmología, odontología, nutrición, fisioterapia, dermatología y ecografía.
- **VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES,** en lugares establecidos como potenciales criaderos del vector y su reporte oportuno a la instancia del sector salud correspondiente. Desde la promulgación de la Ordenanza N°1502 hasta la fecha se ha ampliado la vigilancia del vector del dengue de parques y cementerios a las Instituciones Educativas, mercados, terminales terrestres y domicilios.

### **AMBITO DE INTERVENCIÓN**

Lima Metropolitana priorizando la población vulnerable y de alto riesgo.

### **LOGROS**

- Cierre del Cementerio “El Ángel” y “Presbítero Maestro” para sanitización por la presencia del zancudo *Aedes aegypti* vector del Dengue, con esta medida se evitó un posible brote epidémico debido a que persistían las condiciones que favorecen la reproducción del zancudo vector de la enfermedad.
- Vigilancia Vectorial, al mes de octubre 2014 el índice aérido es de 0.25 que indica riesgo bajo para el Dengue.
- Durante los años 2011, 2012 y 2013 se ha realizado la vigilancia, de prevención y control de la propagación del vector *Aedes aegypti*, según lo estipula la Ordenanza Municipal N°1502, así La Municipalidad de Lima reafirma su compromiso de prevención frente al Brote en trabajo articulado con el MINSA.
- Trabajo articulado con las Gerencias de Educación y Cultura, Participación Vecinal, Desarrollo Empresarial, Servicio de Parques de Lima - SERPAR y otras instituciones Públicas y Privadas así como

con los Municipios Distritales para reforzar la vigilancia, prevención y control de la propagación del vector *Aedes aegypti* en Lima Metropolitana.

## **PREPARACIÓN EN AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE EN CASOS DE EMERGENCIAS Y DESASTRES**

### **INTRODUCCIÓN**

Lima Metropolitana espera afrontar un sismo de gran magnitud, lo que ocasionaría una situación de emergencia en los 43 distritos, donde cerca de medio millón de personas carecen de acceso al agua en red, trayendo consecuencias negativas en la salud de las personas incrementando el daño y sufrimiento en la población, especialmente de los grupos más vulnerables como son los niños, adultos mayores, discapacitados y gestantes.

Las acciones que se realizan desde la Subgerencia de Vigilancia Sanitaria, se enmarcan al cumplimiento del Protocolo de Agua, Saneamiento e Higiene para dar una respuesta y rehabilitación oportuna referidas al suministro de agua, manejo de excretas, lucha anti vectorial, manejo de residuos sólidos y fomento de la higiene a poblaciones afectadas por desastres que requieren atención oportuna. Desarrolla acciones de primera respuesta como simulacros, talleres de simulación, teniendo como prioridad la protección de poblaciones más vulnerables.

En un evento de significación, se prevé que al menos por 72 horas el suministro de agua y el sistema de alcantarillado se interrumpan. Para este período, y los posteriores según el daño, es fundamental que la población a través de sus organizaciones, conozca y practique desde ya comportamientos para la gestión del agua, higiene y saneamiento que puede incrementar grandemente las enfermedades infecciosas, como el cólera, el dengue o enfermedades transmitidas por alimentos deficientemente preparados, incrementando el daño y sufrimiento en la población, especialmente de los grupos más vulnerables como son los niños, adultos mayores, discapacitados y gestantes.



Junto con la formulación del “Protocolo de Actuación en Agua, Saneamiento e Higiene para Emergencias en Lima Metropolitana”, se ha impulsado la “Mesa Metropolitana de Agua, Saneamiento e Higiene” (Mesa ASH), con el fin de establecer un espacio de coordinación que impulse los principios e intervenciones del uso de agua, higiene y saneamiento a nivel de las comunidades, vecindarios y espacios donde se agrupan las poblaciones.

## OBJETIVOS

### General:

Desarrollar estrategias para fortalecer las capacidades de la población de Lima Metropolitana en coordinación con los Municipios Distritales para una respuesta oportuna frente a situaciones de emergencias y desastres, en el componente de Agua, Saneamiento e Higiene (ASH) establecidas según el Protocolo de actuación.

### Específicos:

- Promover y fortalecer la instalación de las mesas de Agua Saneamiento e Higiene a nivel de los distritos de Lima Metropolitana.
- Sensibilizar a la población sobre la prevención de riesgos a la Salud en casos de Emergencias y Desastres, fortaleciendo capacidades en el uso adecuado del agua, saneamiento e higiene, el manejo adecuado de las excretas, residuos sólidos, control de vectores.
- Promover el fomento de la higiene personal, impulsando el correcto lavado de manos.

- Promover la preparación de alimentos en condiciones inocuas y de salubridad, evitando las enfermedades transmitidas por alimentos.
- Planificar intervención conjunta con Instituciones Públicas y Privadas, en acciones relacionados con el agua su calidad y distribución, saneamiento e higiene y el monitoreo permanente.

## LOGROS

- Mediante el Decreto de Alcaldía N° 008-20014-MML, se conforma la Mesa Metropolitana de Agua Saneamiento e Higiene y el “Protocolo de Actuación en Agua, Saneamiento e Higiene para Emergencias en Lima Metropolitana”, como un instrumento normativo para la institucionalización de las mesas locales en Lima Metropolitana frente a desastres y emergencias.
- Conformación de la Mesa de Agua, Saneamiento e Higiene de Lima Cercado, en articulación con las 10 Comisarías del Cercado, Gerencia de Participación Vecinal, Juntas Vecinales de las seis Casas Vecinales y la comunidad.
- Asesoría técnica y de fortalecimiento de capacidades a los miembros de la Mesa y los profesionales de la Subgerencia de Vigilancia Sanitaria de la ONGs PREDES y OXFAM, como miembros de la Mesa Metropolitana.

En conclusión, el bienestar de la persona depende esencialmente de que ella alcance con sus manos la capacidad, de cuidar su salud y que tenga oportunidad de acceder a los medios para ello.

**La lección aprendida es que las estructuras del más alto nivel de decisión deben apoyar la participación de los gobiernos locales en la atención primaria de la salud por ser autoridades políticas y sociales en su territorio para garantizar la continuidad de las intervenciones que sean probadas beneficiosas.**

A partir de este hecho, el resto del sistema, a través de sus estructuras y funcionamiento debe garantizar esta capacidad de cada persona.

Se trata entonces de identificar y diferenciar las formas como actúan e interactúan estas estructuras en el territorio, para desarrollar la agencia en el individuo y su autoeficacia.

**Nota final sobre la experiencia de la Gerencia de Salud de la Municipalidad Metropolitana de Lima. La nueva gestión municipal que entró en funciones en enero del año 2015, desactivó unos meses después la Gerencia de Salud, regresando al funcionamiento de la Sub Gerencia de Sanidad.**

### Corolario

Al terminar esta presentación tenemos más preguntas que considero debemos tratar de responder en nuestra sociedad. **Si quisiéramos generalizar la participación e involucramiento de los gobiernos locales en la atención primaria de la salud:**

¿Está el gobierno local preparado para comprender e implementar este rol tan importante?

¿Cómo mejorar la agencia de los GL para movilizar recursos del MEF, de la Secretaría de Descentralización, del Gobierno Regional y de los sectores privados para cumplir su rol?

¿Está el sector salud y los equipos del primer nivel de atención listos para colaborar con la autoridad política provincial o distrital?

¿Cómo pueden adquirir los equipos de salud las competencias para ser más eficaces en esta misión?

Son muchas interrogantes, pero partimos de hechos que nos ayudarían en las respuestas:

1. Que salud es más que no estar enfermo
2. Que mayormente la salud se preserva fuera del ámbito del establecimiento de salud; es responsabilidad intersectorial. El establecimiento es indispensable por los servicios que brinda, pero requiere articular con más actores en el territorio para hacer un trabajo eficaz.
3. Que hay estructuras como los gobiernos locales que pueden trabajar juntamente, sinérgicamente con los establecimientos de salud del primer nivel.
4. Que los alcaldes distritales quieren colaborar.
5. Que los alcaldes colaboran cuando tienen asistencia y aprenden a movilizar y gestionar los recursos que disponen.
6. Que este trabajo debe contar con el soporte de estructuras políticas y financieras del nivel nacional del estado para que tenga sostenibilidad
7. Finalmente, que los profesionales de salud son el catalizador de este cambio si son formados con un enfoque de derechos y una orientación biopsicosocial de los individuos y de liderazgo para el cambio. Se requiere fortalecer las competencias de salud pública en la formación de los profesionales de salud.
8. Nos falta trabajar más en una visión compartida de salud y desarrollo y que nos organicemos para que la salud esté cada vez más al alcance de las personas.

Imaginémonos 7000 equipos de salud de otros tantos establecimientos de primer nivel, como aliados estratégicos trabajando en sinergia con 1784 equipos de gobiernos locales distritales con una visión compartida de salud, ¡haciendo gala de su mejor competencia de liderazgo transformador!