



El gobierno local como una estructura social y política para la atención primaria de la salud

Local government as a social and political structure for primary health care

Lucy Herminia López-Reyes¹

Introducción

El sentido de urgencia creado por la forma como la COVID-19 ha golpeado a las poblaciones del Perú, con devastadores resultados evidenciados en las altas tasas de mortalidad, nos lleva a pensar que no es suficiente la acción desde los establecimientos de salud sino que es indispensable el involucramiento de la comunidad, las familias y las personas en el contexto de su vida cotidiana, en su distrito, en su propia estructura institucional, legal y cultural, tendientes a lograr el bienestar y el desarrollo humano en su territorio local.

La pandemia ha permitido evidenciar estos vacíos del sistema de salud; debido entre otras razones a la confusión entre lo que hace el primer nivel de atención y lo que significa la atención primaria de la salud. Aún si se fortalecieran los establecimientos de salud del primer nivel no se lograría la atención primaria, porque: 1) la estrategia de atención primaria se refiere al cuidado integral de la salud, hecho que requiere otros actores y escapa al alcance del quehacer del equipo de salud⁽¹⁾, 2) porque la salud y la enfermedad dependen de causas que están en otros determinantes tales como educación, ingresos, vivienda, ocupación, saneamiento, transporte, medioambiente, seguridad, en las dimensiones de lo económico, social y medio ambiental⁽²⁾, y 3) porque lo esencial en el cuidado integral de la salud es el involucramiento de la comunidad, las personas y las familias y esta organización debe nacer de ella; ya que no se puede hacer salud “sin la convicción de los actores” (sic)⁽³⁾. Esta presentación plantea que el esfuerzo para la participación de estos actores en el cuidado integral de la salud debe hacerse en cada territorio distrital, convocando al gobierno local para la articulación de los sectores y la participación de la comunidad.

El distrito es la estructura legal, política y social competente que está mejor posicionada para conocer las necesidades de las comunidades, comunicarse con ellas y

articular los esfuerzos en el territorio orientados a crear el bienestar y desarrollo humano individual y colectivo. Para desempeñar este rol, es indispensable que haya la colaboración efectiva de las estructuras del gobierno nacional, de estructuras y recursos, dentro de un proyecto de descentralización que esté orientado al desarrollo humano en el país⁽⁴⁾.

Durante la pandemia en el Perú se hizo patente la presencia de un sistema de salud con establecimientos del primer nivel con múltiples carencias que motivó la percepción de la población de lo poco que podían esperar de ellos. Esto no ha cambiado, excepto por el reconocimiento de la excelente y esforzada campaña de vacunación masiva anti-COVID que va avanzando bien, con tremendo esfuerzo de los equipos locales haciendo que alberguemos la esperanza que se mitigará la mortalidad. Pero este es un manejo de la coyuntura de emergencia.

Sin embargo, esa movilización por la COVID-19 se podría tornar en una gran oportunidad para construir paralelamente la base de un sistema de salud si se acompañara de un esfuerzo por fortalecer la organización comunitaria⁽⁵⁾, apoyada por otros sectores del estado y el gobierno local, reconociendo que las personas, familias y comunidades son los principales interesados en el cambio y son capaces de ser activos en el cuidado integral de su salud, siempre y cuando todos los estamentos del estado en el territorio, y con más razón el sector salud, den soporte a esta estrategia de participación para el cuidado integral, lo que constituye el espíritu de la estrategia de atención primaria de la salud. En ese escenario se requiere la presencia de un actor social que tenga autoridad legítima para la convocatoria y articulación intersectorial que tenga como interlocutor a las comunidades, cual es, el gobierno local⁽⁵⁾.

¹Directora del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Académica de Número de la Academia Nacional de Medicina. ORCID: 0000-0003-0917-6638

En el inicio de este nuevo proceso de articulación en el territorio para el cuidado integral de la salud que avizoramos, es clave la alianza entre el equipo del establecimiento de salud del primer nivel de atención y el gobierno local, para la construcción de un sistema de salud que contribuya a la organización y participación de la comunidad, con una actitud de diálogo de saberes.

Con el propósito de comprender el planteamiento del rol del gobierno local en la atención primaria, compartimos una reflexión sobre el concepto de salud, el rol del sector salud, la coordinación intersectorial y la presencia multisectorial del estado en el territorio y el rol del gobierno local, con ejemplos de la plausibilidad de este quehacer, resaltando el soporte indispensable condicionante de su desempeño.

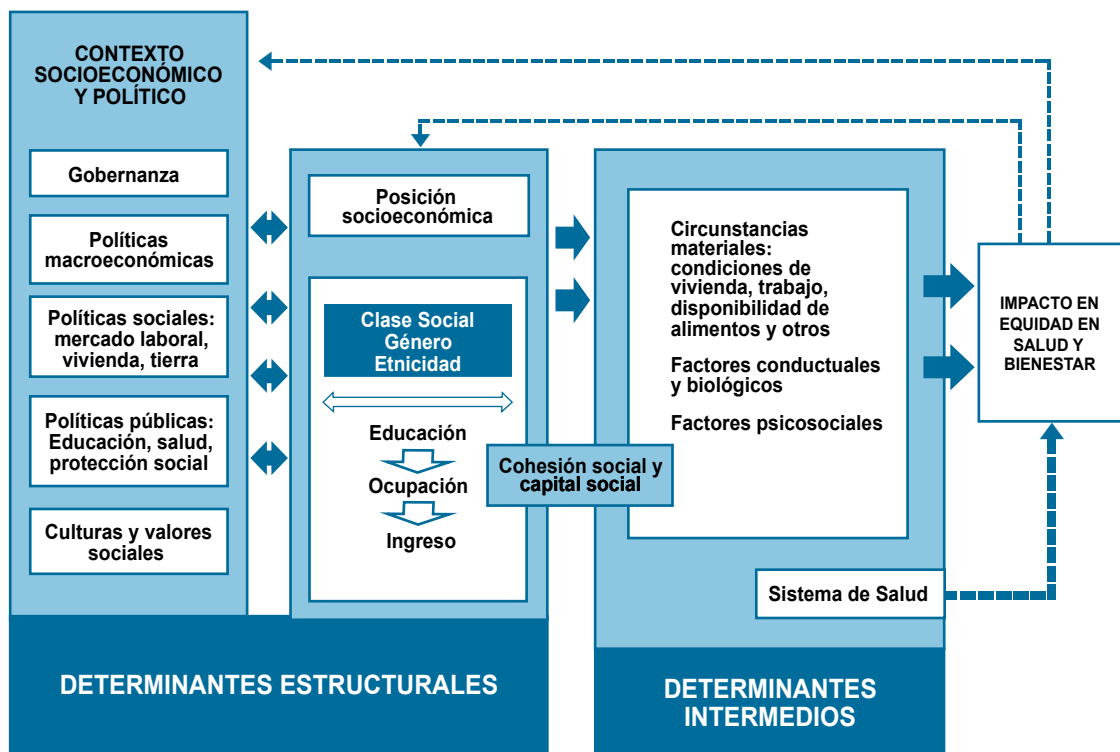
Concepto de Salud para la Atención Integral

Es frecuente que al hablar de salud se le asocie a la enfermedad y la recuperación de la salud. Esta no es suficiente definición porque no considera a la salud como lo que es: sentirse bien, una condición previa a la vez que resultado e indicador de las dimensiones económicas, sociales y medioambientales en la vida cotidiana de las personas y

comunidades⁽²⁾. Salud no es solo la ausencia de enfermedad, es la condición que permite a las personas su vida cotidiana.

Mantener la salud, por tanto, no es solo tarea del sector salud. Si bien es cierto que la disponibilidad y calidad de los servicios de salud es un determinante de la salud de un país⁽⁶⁾; es importante tener en cuenta que la carga de enfermedad y lo que lleva a muertes prematuras proviene de las condiciones de vida y estructuras socioeconómicas en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen⁽²⁾. Así, la salud tiene como determinante intermedio la buena calidad de los servicios de salud, pero está directamente relacionada a factores como la alimentación, ingresos, acceso a medios de comunicación, transporte y educación (Figura 1).

Desde mediados del siglo XIX se inició en Alemania un movimiento de reforma con la convicción de que la salud del pueblo concernía a todos, no únicamente a los médicos, y que, por tanto, era deber del Estado garantizarla. Rudolf Virchow fue uno de los principales líderes de este movimiento⁽⁸⁾. Muchas de sus ideas resultan de la investigación que hizo sobre una epidemia de fiebre tifoidea, con la que concluye que los factores socioeconómicos eran determinantes y que el tratamiento médico tenía utilidad relativa. Virchow reconocido



Fuente: Solar O, Irwin A. 2010. WHO A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health⁽⁶⁾. Traducción de Carmona Z, Parra D. 2015⁽⁷⁾

Figura 1. Determinantes Sociales de la Salud.

por sus investigaciones de patología celular y estudio de las causas de las infecciones en los determinantes sociales, sostiene que la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala.

Atención Primaria de la Salud o Cuidado Integral de la Salud

En la declaración de Alma Ata se recogieron dos grandes objetivos⁽⁹⁾:

1. Prevención y Promoción: “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 de la Salud” (APS), consistente en la participación de la comunidad a cuya población se presta un conjunto de servicios indispensables para su salud, con la intervención activa y la vinculación cooperativa de otros sectores sociales, en adición al sector sanitario.

Sin embargo 40 años después de Alma Ata, la traducción literal al español del término “primary health care” utilizado en la Declaración como atención primaria de la salud ha llevado a diversas interpretaciones que han devenido en políticas que la consideran como el servicio de salud en el primer nivel de atención⁽¹⁾; por tanto, en enfocarse en un gran esfuerzo del equipo de salud para brindar servicios de prevención en el primer nivel de atención, pero que no alcanza a acciones de promoción y a la esencia de la atención primaria que es la participación e involucramiento individual y colectivo en el cuidado de su salud. En este punto conviene reflexionar si sería más conveniente utilizar el término “cuidado integral de la salud” en vez de “atención primaria de la salud”, dado que se traduce mejor el sentido de “primary health care”, y hace más fácil de transmitir el llamado a la acción a la comunidad en la búsqueda de su bienestar y desarrollo humano asible, en los espacios donde las personas hacen su vida cotidiana, en su territorio.

La construcción de salud y bienestar de la persona y de la comunidad: el desarrollo humano

Frente a la pandemia y los estragos que ha causado en particular en el Perú, la tarea de siquiera imaginar bienestar de la comunidad es un desafío; la posibilidad de entenderla en el marco del desarrollo humano facilita la tarea. Ello nos permite prestarnos conceptos, estrategias e intervenciones de otras disciplinas como las ciencias sociales que explican que las

personas tenemos en nuestras manos la posibilidad de crear bienestar propio hallando sentido en la presencia del otro y dando sentido a lo que se hace o se puede hacer en conjunto. Así podemos aspirar al desarrollo humano si unimos esfuerzos de todos los actores y sectores en cada espacio territorial, ampliando así el recuento de recursos a la hora de analizar con qué contamos y por dónde comenzar. Esto supone el esfuerzo del Estado de profundizar la descentralización como proyecto de desarrollo humano⁽⁴⁾. Así, el bienestar de las personas está vinculado al desarrollo humano logrado por su libertad de construirlo, en los lugares donde las personas viven cotidianamente. Este desarrollo individual debiera ser permanente, dinámico, en cada uno de los momentos de la vida del individuo, a la vez que progresan todos los demás en su comunidad.

El Índice de Desarrollo Humano que se mide como la esperanza de vida, nivel de educación logrado y el nivel de ingreso sustenta acciones y metas para la mejora de salud, educación, alimentación e infraestructura básica. Sin embargo, es necesario que las personas utilicen estos logros en proseguir su bien propio, así como el del bien común, de su familia, de la sociedad. Este esfuerzo individual de creatividad e iniciativa requiere que el Estado haga su trabajo proveyendo el marco legal, las instituciones y los recursos en un círculo virtuoso de desarrollo de cultura⁽⁴⁾.

Así, el bienestar de la comunidad se vincula al desarrollo humano en un determinado territorio, en un contexto de características socio económicas, culturales y geográficas particulares. Por tanto, requerimos imaginar cómo promover el desarrollo humano desde cada lugar del Perú. Este es otro motivo por el cual el Estado desde el nivel local debe involucrarse y colaborar para su buen desempeño.

El primer nivel de atención del sector salud y su rol para la articulación intersectorial

Además de la oferta de servicios de calidad, una gran contribución que el sector salud es proveer información y educación para que la comunidad pueda empoderarse en el cuidado de su salud en todas las oportunidades de interacción sea interpersonal, en los medios de comunicación y para la sensibilización de autoridades y grupos de la comunidad.

Esta información y educación en el contexto de intervenciones ligadas al sistema de salud resulta en autoasistencia, que tiene entre otros el propósito de evitar que los problemas de salud escalen por falta de información oportuna, contrarrestar la falsa información especialmente en la

emergencia, disminuir la demanda de servicio que se puede controlar con la autoasistencia en la familia y dejar espacio en los servicios para problemas que requieren atención prioritaria⁽¹⁰⁾.

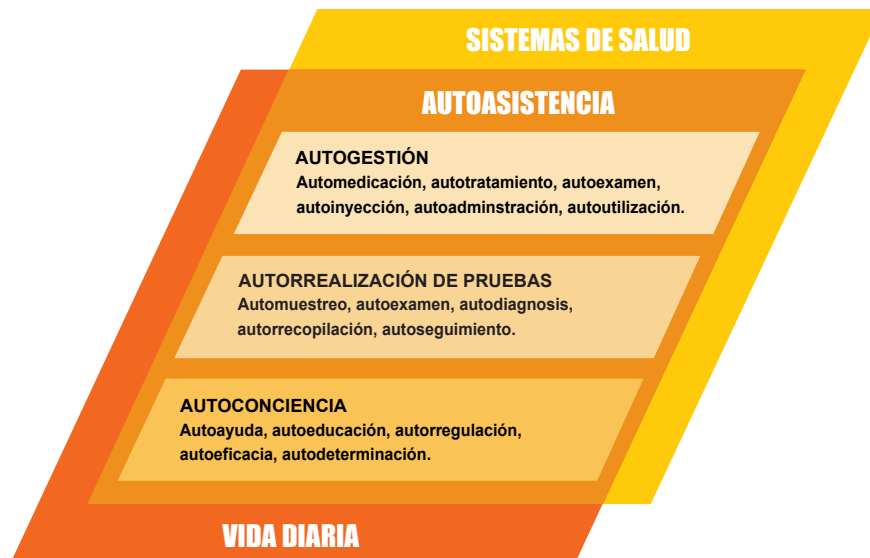
Durante la pandemia se ha visto con más claridad la necesidad de reconocer la autoasistencia como parte del trabajo del sector salud, para acercar instrumentos a las familias para actuar, en articulación con el establecimiento de salud. Esta capacidad y confianza que se desarrolla entre la comunidad y el equipo de salud especialmente del primer nivel de atención tiene que ir emparejada con una línea de trabajo de información y comunicación constante desde los establecimientos hacia la comunidad, y con un esfuerzo de mejora continua de calidad en los servicios de salud. Por tanto, la autoasistencia es parte esencial del funcionamiento del sistema de salud. Por otro lado, la práctica del autocuidado en las poblaciones es milenaria en nuestro país, lo que se rescata en esta ocasión es la calidad del mensaje y acompañamiento con un servicio de calidad, como parte del sistema de salud.

La autoasistencia así comprendida reconoce las fortalezas del individuo, familia y comunidad y sus redes sociales como agentes activos en su salud y no receptores pasivos de servicios de salud, que actúen para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades con o sin la presencia física de atención sanitaria. Esto entraña una gran responsabilidad del sistema de salud de proveer la calidad de los contenidos, así como también la forma y medios para transmitirlos⁽¹¹⁾ (Figura 2).

Durante la COVID-19, los mensajes del uso de máscaras, la higiene de las manos y la ventilación de los ambientes, son ejemplos de medidas de autoasistencia que han sido utilizadas eficazmente en el control de la enfermedad. Lo propio puede ocurrir en otras áreas como salud sexual y reproductiva y las enfermedades no transmisibles.

A partir de la COVID-19 se debe hacer perenne lo que los equipos de establecimientos del primer nivel han empezado a realizar en cuanto a la vigilancia integral en salud, humana, animal y medio ambiental⁽¹²⁾, para contribuir a identificar y explicar la circulación de agentes patógenos, prever y controlar la expansión de las epidemias y coordinar desde el territorio las acciones de prevención primaria y secundaria, apoyar al distanciamiento social y la cuarentena, la educación en salud; para lo cual es indispensable poner en práctica la acción intersectorial y la articulación comunitaria.

Como un ejemplo de ello, en el Perú el gran esfuerzo desplegado por el equipo local del sector salud con motivo de la vacunación ha abierto una gran oportunidad para articular otros actores en los territorios e involucrar estratégicamente a los gobiernos locales que tienen competencia en la promoción del desarrollo humano y tienen, aunque en forma limitada aún, el soporte de la estructura institucional y legal del Estado. Esta gran oportunidad podría ser aprovechada y magnificada con una estrategia de liderazgo transformador de parte del equipo de salud que resalte el rol de cada actor en el territorio, empoderándolos para que sigan contribuyendo en la construcción de la salud colectiva.



Fuente: Directrices unificadas sobre intervenciones de autoasistencia sanitaria: OMS SSRDC⁽¹⁰⁾, traducido de Narashinham, et al. 2019⁽¹¹⁾.

Figura 2. La autoasistencia en el contexto de las intervenciones ligadas a los sistemas de salud.

Articulación intersectorial

La lección de la COVID-19 relacionada nefastamente a la escasez de oxígeno, hacinamiento, economía informal, migración interna, falta de vivienda segura, desconfianza, corrupción, violencia de género e inseguridad, no tienen que ver con el funcionamiento de los establecimientos de salud y sin embargo han producido exceso de enfermedad en los más vulnerables. La condición de grave daño a la salud, trasciende el quehacer el sector salud, está definida por el quehacer de otros sectores⁽¹³⁾.

Un estudio reciente en 28 países sobre el desempeño de sistemas de salud resilientes durante la pandemia destaca como sus características fundamentales el involucramiento de la comunidad y la acción intersectorial⁽³⁾. 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.

Experiencias de trabajo intersectorial implementado en el nivel local

En el año 1990, se creó en el Ministerio de Salud el Programa Nacional de Salud Escolar y Adolescente con el objetivo de atender las necesidades de la población de 5 a 19 años. Dado que esta población es mayoritariamente sana, el enfoque del programa estaba esencialmente orientado a construir la prevención, a que los escolares y adolescentes aprendieran a cuidar su salud tan pronto como tuvieran conciencia de ella y entendieran y aprendieran cómo hacerlo. Se aprobaron las Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la población de 5 a 19 años⁽¹⁴⁾, que incluía la indicación de que el 40% del tiempo de trabajo del personal del establecimiento del primer nivel se dedique al trabajo extramural, especialmente en colegios y en la comunidad y haciendo actividad educativa.

Como parte de este programa nacional, a inicios de 1992, se suscribió el primer convenio intersectorial entre el



Traducción propia de: Haldane V, De Foo C, Abdalla S, et al.

Figura 3. Resiliencia de los sistemas de salud en el manejo de la COVID-19.

Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para desarrollar la Atención Primaria de la Salud con la Comunidad Educativa⁽¹⁵⁾. Este convenio se replicó entre los pares sectoriales en todos los departamentos del Perú. Hubo departamentos como San Martín, Ucayali, Santa (Huaraz) y Loreto, que avanzaron en la formulación de contenidos de un curso de educación para la salud en 4 ejes temáticos: salud física, salud mental, salud vinculada a las relaciones entre las personas y las contingencias y prevención de accidentes, cada uno de ellos con contenidos graduales según el nivel educación inicial, primaria y secundaria.

Fue un gran esfuerzo, tuvo arraigo en los establecimientos, demostramos que era posible construir un trabajo intersectorial con el sector educación, pudimos actuar como sector hasta el último territorio relacionado con un establecimiento de salud y lo que es mejor, el personal de salud y los docentes estaban satisfechos con los cambios que ocurrían en los niños y niñas. Pero no alcanzó a que las nuevas autoridades políticas le dieran sentido, empeñadas como estaban en idear formas de financiamiento del sistema de salud. Así, en los años 94 y 95 esta actividad extramural llegó a su fin con la irrupción de la idea del Seguro Escolar ideado para financiar gastos ordinarios de los establecimientos por la prestación de servicio a escolares por lo que recibían 11 Soles, aunque dichos servicios no respondieran a necesidades concretas de prevención o recuperación en la salud de escolares y adolescentes. De este modo se canceló la acción extramural que ya venía siendo una práctica regular del personal de salud; que desde entonces se quedó en el establecimiento a esperar a los escolares.

Actualmente existen programas que pueden favorecer esta articulación intersectorial en el territorio

El programa “Acceso de Hogares Rurales con Economías de Subsistencia a Mercados Locales - Haku Wiñay” y el programa “Mejora de la Articulación de los Pequeños Productores Agropecuarios a los mercados” son intervenciones creadas en el 2014 que integran acciones de otras estrategias de políticas públicas con el fin de promover el desarrollo local. Estos programas constituyen una gran oportunidad de construir alianzas para incluir contenidos de promoción y prevención junto con intervenciones que despiertan el interés comunitario para mejorar la economía y unir esfuerzos de diversos sectores en el territorio⁽¹⁶⁾.

Otra gran oportunidad para la articulación intersectorial en el territorio es el Programa Nacional País con los Tambos, que son plataformas fijas de presencia efectiva del Estado en el

ámbito rural y rural disperso, las cuales cuentan con personal capacitado y equipamiento moderno, que facilitan de forma gratuita a todas las entidades públicas y privadas con el objetivo que brinden sus servicios en materias sociales y productivas a la población pobre. En estos Tambos se acercan los beneficios del Estado a la población vulnerable con el fin de reducir brechas y carencia de servicios públicos⁽¹⁷⁾.

El gobierno local y sus competencias para la atención primaria de la salud

Por tanto, si el bienestar y el desarrollo humano dependen del involucramiento de la comunidad y la acción de otros sectores además del sector salud; todos los cuáles tienen operadores presentes en un territorio dado, debemos reconocer la gran importancia de la articulación de dichos actores por el gobierno local en la jurisdicción, dada su influencia en la comunidad a partir de múltiples servicios que atañen a la vida cotidiana de las personas, dado que funciona cada día en estrecha conexión con las comunidades y los vecinos. Estas competencias están contenidas en la Ley Orgánica de Municipalidades, Ley N°27972⁽⁵⁾, que en el artículo X indica: “Los gobiernos locales promueven el desarrollo integral, para viabilizar el crecimiento económico, la justicia social y la sostenibilidad ambiental”; y más específicamente responsabilidades, en el artículo 80:

“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”.

Y 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”.

En el Perú contamos con 1874 distritos, que son estructuras políticas, sociales y económicas con competencias para promoción de la salud y prevención. Por tanto, el gobierno local tiene la autoridad legal y el deber de articular en el territorio todos los esfuerzos sectoriales: educación, programas sociales de alivio a la pobreza del MIDIS, Agricultura, Transporte, Medio Ambiente, Conectividad y Defensa entre otros. Cada gobierno local cuenta con autoridades que se renuevan cada 4 años y tienen voluntad de hacer un cambio por el bien de las personas de su territorio. Estos son cientos de oportunidades de construir prevención y salud.

Sin embargo, muchas veces no pueden cumplir su rol eficazmente porque carecen de capacitación, acompañamiento y recursos. En esas condiciones la ineficacia es parte del círculo vicioso de mayor desconfianza y menos apoyo. Pero ello no quita que sean estructuras vivas que podrían cumplir su rol con mayor colaboración del Estado y el gobierno nacional.

En otras condiciones, si se logra la colaboración intersectorial a nivel local, hay un buen efecto en la participación y confianza de la comunidad porque ve más resultados en términos de desarrollo. Lo que realiza un sector a nivel local es visto como favorable al bienestar; sea que se trate de intervenciones económicas, productivas, medio ambientales u otras, todas las cuales son determinantes de la salud. Para que este proceso funcione se debe ver la necesidad de facilitar al nivel distrital conducido por su correspondiente autoridad y gobierno local el acceso a recursos como por ejemplo a los incentivos municipales para la salud del MEF, incluyendo la capacitación en el uso de las cadenas presupuestales del sector o promoviendo la inclusión de componentes de salud en los proyectos locales de todos los sectores.

El cuidado integral de la salud desde el gobierno local entraña la necesidad de crear una visión compartida de salud y un plan de desarrollo humano en el territorio, con metas y resultados medibles. En esta práctica el municipio desarrolla sus capacidades y mejora su desempeño en el desarrollo y promoción de salud, catalizando todos los esfuerzos intersectoriales como un aliado cabal del equipo de salud del establecimiento del primer nivel de atención.

Por el contrario, si los sectores no articulan y trabajan sin el gobierno local, es muy posible que sean esfuerzos dispersos, que se duplican, o contradicen entre ellos y resultan poco sostenibles en el tiempo. Al inicio de la década pasada solo en Lima Metropolitana se contabilizaron 66 programas sociales diferentes que no articulaban entre ellos, pudiendo haber tenido un impacto diferente de haber pensado en el

gobierno local para este rol articulador, fortaleciendo, claro está, sus capacidades a partir de las estructuras nacionales que tienen la finalidad de dar apoyo técnico y financiero a los gobiernos locales.

Precedentes del trabajo intersectorial desde el gobierno municipal

La Municipalidad Metropolitana de Lima

Lima Metropolitana, una urbe de más de 9 millones de habitantes concentra la tercera parte de la población del Perú y refleja un perfil epidemiológico y estilos de vida característicos de todo el país. Rolando Arellano en su obra Lima la Ciudad de los Reyes, los Quispe y los Pérez, demuestra que el 88% de la población que habita en Lima, tiene sus orígenes en algún departamento diferente de Lima, es decir que no nacieron en Lima o sus padres o sus abuelos. Es preciso diseñar políticas adecuadas para esta complejidad cultural

Al hacerme cargo de la Subgerencia de Sanidad en la Municipalidad Metropolitana de Lima para el período 2011-2014 era claro que, en el área de salud, el gobierno de esta metrópoli requería una autoridad política sanitaria que trabajara con las comunidades, los actores sociales y prestadores de servicios tanto públicos como privados, en torno a resultados de salud en temas prioritarios, fundamentales para el bienestar y desarrollo humano. Para este fin la Municipalidad Metropolitana de Lima, luego de 3 años de resultados de gestión de programas y proyectos de la Subgerencia de Sanidad, crea la Gerencia de Salud mediante la Ordenanza Municipal N°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”⁽¹⁸⁾.

La Gerencia de Salud asume su mandato de promoción y prevención comprometiendo a la persona en su cuidado y a la vez manejando determinantes socioeconómicos para lograr resultados en las prioridades sanitarias. Para ello, articula los esfuerzos y recursos en la ciudad, bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Así, la Gerencia de Salud durante su corta existencia hasta el cambio de gobierno en el año 2015, fue capaz de conducir 12 programas de salud.

En el 2011 se inició el programa Cero Anemia con las juntas vecinales que llevan la cuenta del estado de los niños menores de su jurisdicción. La capacitación en el cuidado de los niños las llevó a descubrir que, si la madre o la familia no se

involucraba, el niño seguía con anemia. Por el contrario, si la familia compraba la idea de cuidar al niño, su alimento, sus horas de sueño, vacunas, higiene, abrigo, consuelo y apego, entre otros, la anemia en ese niño ya no era problema en 3 meses. La participación del gobierno local consistía en facilitar el esfuerzo del equipo de salud para la convocatoria y capacitación de las familias. En aquel tiempo en la Gerencia de Salud llegamos a contar con 120 profesionales de salud, médicos, odontólogos, veterinarios, nutricionistas, psicólogos, enfermeras y obstetras, incluyendo internos de nutrición y psicología. La lección aprendida es que el trabajo del gobierno local en acción sinérgica con el equipo del establecimiento de salud hace más eficaces los esfuerzos de ambos⁽¹⁸⁾.

Los municipios cuentan con más oficinas y personal en contacto directo con la población tales como: seguridad ciudadana, defensa civil, vaso de leche y participación vecinal, que buscan el mismo fin de bienestar y desarrollo, por lo que las oportunidades de sinergia se multiplican. Un ejemplo de sinergia fue articulación con las comisarías para prevenir delincuencia, violencia doméstica, accidentes de tránsito, y educar sobre otras prioridades tales como la tuberculosis.

Para la financiación del programa Cero Anemia que se gestó en la Municipalidad, así como para el programa Cero Abandono de tratamiento de Tuberculosis, movilizamos recursos de Incentivos Municipales del MEF. Movilizamos también por 3 años consecutivos proyectos financiados por DEVIDA para la prevención de uso de drogas en adolescentes y proyectos con la Presidencia del Consejo de Ministros, así como PREDES y OXFAM para la preparación de las comunidades para el manejo de agua, higiene y saneamiento en casos de desastres. Éramos la única gerencia de la Municipalidad Metropolitana de Lima que se autofinanciaba con servicios de carnet sanitario que ofertaba. Las intervenciones de salubridad en la ciudad incluyeron la desratización en las 6 hectáreas de La Parada y el control vectorial del dengue que resultó en que no hubo brotes en la urbe entre el 2011 y 2014. Lo que demostramos es que la voluntad política del municipio es eficaz para enfrentar prioridades sanitarias articulando esfuerzos con otros sectores y con la comunidad y además para hacer que las personas y las familias sientan estos logros como propios.

El proyecto de Municipios y Comunidades Saludables

El proyecto Municipios y Comunidades Saludables (MCS) en zonas rurales de la selva amazónica del Perú por 5

años desde el 2004, buscó mejorar indicadores de salud cuantificables a través de intervenciones realizadas por los miembros de la comunidad.

Fue una apuesta por trabajar desarrollo humano en el área rural con el concurso de varios sectores, incluyendo salud. Hallamos por los resultados que la capacidad de las comunidades rurales para absorber las intervenciones para disminuir la pobreza y promover el desarrollo pueden aprovecharse con el esfuerzo individual y colectivo 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⁽¹⁹⁾.

Encontramos que los miembros de la comunidad se ven altamente motivados a cooperar en la autoevaluación de sus condiciones de vida, y participar en planes e implementar iniciativas que tengan significado para mejorar su vida cotidiana: hacer los cercos de la escuela, 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 significativas tales como el registro y monitoreo 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 prenatal y parto atendido por personal calificado.

Su organización fortalecida por la motivación del trabajo por el desarrollo humano, era capaz de empoderarse del cuidado de los niños, llevando sus estadísticas comunitarias de cuántos tenían DNI, cuántos habían tenido diarrea en el último mes y cuántos consumían agua segura, para relacionar sus datos de línea de base con los de seguimiento, luego de intervenciones de gestión, tales como con el RENIEC para el registro de nacimiento, medidas para cuidar el agua para bebida e higiene, involucrándose la dirigencia con 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, 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 bebían 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.

Se comprobó que los indicadores de salud materna e infantil eran implementado por la comunidad y que ese proceso los emponderaba en la medida que los individuos se percataban que ellos eran los autores de los cambios para su propio beneficio. Así como llevaban buena 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, en respuesta de lo cual el municipio podía contratar profesores, transportar sus productos, etc.

En un esfuerzo por la sostenibilidad se involucró al gobierno local. Este proyecto con USAID Perú, llegó a involucrar a 32 gobiernos distritales y 1200 comunidades rurales en la amazonia, por más de 5 años, nos enseñó que cuando el gobierno local recibe apoyo y desarrolla capacidades de sus equipos, ellos pueden plantearse indicadores, medirlos periódicamente y sistematizar información de cada sector y actor y de las comunidades, pueden planificar mejor sus presupuestos y priorizar esfuerzos para las que tienen necesidades especiales. El gobierno local era capaz de movilizar esfuerzos de empresas de energía y otras empresas privadas locales y alinear los esfuerzos con los de la comunidad. La inteligencia que desarrollaron les permitió emprendimientos para atender la falta de ingresos con producción de frutales, circuitos turísticos y así apoyar los proyectos de vida de los adolescentes y jóvenes. Este apoyo a las comunidades y gobiernos locales incluyó capacitación en liderazgo y gerencia, que resultó útil y muy aceptada.

La Secretaría Nacional de Descentralización

La descentralización política y económica que requiere el país para su desarrollo está considerada como una prioridad desde la fundación de la república hace 200 años. Sin embargo, es un gran desafío su implementación. Organismos internacionales han señalado también su importancia. Sabiendo que la pérdida de la salud es causa conocida de empobrecimiento por los gastos catastróficos que genera la enfermedad en las familias lo cual afecta la economía de los países; por ello, el Banco Mundial en su Informe del año 1993, recomienda a los países favorecer el ambiente económico para que las propias familias sean capaces de cuidar su salud y a adoptar medidas de salud pública, lo cual disminuiría el 25% de la carga de enfermedad, así como a promover la descentralización y

diversificación en la provisión de los servicios de recuperación de la salud⁽²⁰⁾.

Para apoyar directamente el desarrollo de capacidades de los gobiernos locales se cuenta desde el 2003 con la Secretaría de Descentralización estructurada dentro de la Presidencia del Consejo de Ministros enunciando que: “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”⁽²¹⁾.

La Secretaría de Descentralización se rige por la Ley de Bases de Descentralización, Ley 27783, que en el artículo 3 indica: “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”.

Es muy importante que la Secretaría de Descentralización tenga éxito en sus funciones, que el gobierno nacional le preste la atención debida ya que en un país tan diverso y multicultural tiene la gran responsabilidad de dar asistencia a los distritos y los gobiernos locales descentralizados de los cuales depende el involucramiento de comunidades en procura de su bienestar y desarrollo humano.

Cuando se concrete el plan de financiación de la descentralización para este nuevo sistema de salud que necesitamos y logremos que este involucre a las comunidades apoyadas por su gobierno local, quien a su vez articula el esfuerzo intersectorial orientado al desarrollo humano en el territorio, nos podemos dar con la sorpresa que ni era tan difícil ni tan costoso; solo era poner el problema adelante y responderlo entre todos, con el mejor afán.

Conclusiones

1. El gran esfuerzo del sector salud para el manejo de la pandemia tiene que complementarse con el de otros sectores donde se hallan las causas de la salud y la enfermedad. El sentido de urgencia del involucramiento de todos los estamentos de la sociedad para atender las necesidades de salud a partir de la coyuntura de la pandemia debe llevar al sistema de salud a trabajar en el elemento esencial de este

sistema que es la participación de las comunidades según su cultura.

2. El desarrollo de liderazgos en el personal de salud de los establecimientos del primer nivel puede fortalecer a su vez el rol del gobierno local y los otros sectores para lograr mejores resultados en términos de bienestar y desarrollo humano en el territorio.

3. El distrito es la estructura política y social descentralizada que está más cerca a las poblaciones, está mejor posicionado para comprender y atender sus necesidades y articular los esfuerzos en el territorio. 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.

4. Los gobiernos locales se involucran mejor cuando comprenden la salud como parte del desarrollo de sus comunidades y manejan los determinantes que influyen en el bienestar y desarrollo humano.

5. Hace falta fortalecer el desarrollo humano en el nivel distrital con el soporte de las estructuras de nivel nacional y regional en forma sostenida, como política de Estado.

Referencias bibliográficas

- FEO O.** Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate" *Saúde em Debate* o Rio de Janeiro. Jul./Set. 2012;36(94):352-354.
- Labonté R, Schrecker T.** Globalization and social determinants of health: Promoting health equity in global governance. *Globalization and Health* 2007;3:7. [<http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/7>]
- Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, et al.** (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 2021;27:964-980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
- Gonzales E.** Descentralización para el Desarrollo Humano en el Perú. Serie Desarrollo Humano. Cuadernos PNUD. 2003.
- Ley Orgánica de Municipalidades.** [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/BCD316201CA9CDC A05258100005DBE7A/\\$FILE/1_2.Compendio-normativo-OT.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/BCD316201CA9CDC A05258100005DBE7A/$FILE/1_2.Compendio-normativo-OT.pdf)
- Solar O, Irwin A.** 2010. WHO A conceptual framework for action on the social determinants of health. p. 79. https://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf?ua=1
- Carmona Z, Parra D.** Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2015;31(3):608-620. <https://doi.org/10.14482/sun.31.3.7685>
- Annals of Clinical & Laboratory Science.** 2005;35(2). A Note from History: Rudolph Virchow, Pathologist, Armed Revolutionist, Politician, and Anthropologist Steven I. Hajdu. <http://www.annclinlabsci.org/content/35/2/203.full.pdf+html>
- Declaración de Alma Ata.** <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Directrices unificadas sobre intervenciones de autoasistencia sanitaria: OMS SSRDC.** Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325722/WHO-RHR-19.14-spa.pdf>
- Narasimhan M, Allotey P.** Self care interventions to advance health and wellbeing: a conceptual framework to inform normative guidance. *BMJ.* 2019;365:l688.
- Giovanella Ligia, et al.** ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2021, v. 19 [Accedido 18 Diciembre 2021], e00310142. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>>. Epub 19 Oct 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>.
- Villarán F, López S, Ramos M, Quintanilla P, et al.** (2021). Informe sobre las causas del elevado número de muertes por la pandemia del COVID-19 en el Perú. CONCYTEC. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/documents/file/20_26126/Informe%20sobre%20las%20causas%20del%20elevado%20n%C3%BAmero%20de%20muertes%20por%20la%20pandemia%20del%20COVID-19%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf.pdf
- Ministerio de Salud.** Dirección de Salud Escolar y Adolescente 1992. Normas Técnico-Administrativas para la Atención Integral de la Población de 5 a 19 años.
- Ministerio de Salud / Ministerio de Educación 1992-1997.** Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud para el desarrollo de la atención primaria de la salud con la comunidad educativa.
- MEF.** Evaluación del programa Haku Wiñay. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/eval_indep/2018_inf_final_EDEP_PP0118_0121.pdf
- MIDIS.** Programa Nacional País <https://www.pais.gob.pe/>
- López L.** 2014. Informe de Gestión de la Gerencia de Salud 2014. Municipalidad Metropolitana de Lima.
- López Reyes, LH.** Empoderamiento, capital social e innovación para el desarrollo: estudio en comunidades rurales de la selva del Perú. PQDT-Global. Pontificia Universidad Católica del Perú-CENTRUM Católica (Perú). 2012.
- Worldbank: World Development Report: Investing in Health.** Open Knowledge Repository 1996. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>
- Ley de Bases de Descentralización.** <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/229441-27783>

Contribución de autoría: Lucy Herminia López-Reyes ha participado en la concepción del artículo, la recolección de datos, su redacción y aprobación de la versión final.

Conflicto de interés: La autora no tiene conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Citar como: López-Reyes L. El gobierno local como estructura social y política para la atención primaria de la salud. Diagnóstico (Lima). 2022;61(3):205-215.

DOI: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.391>

Correspondencia: Lucy Herminia López Reyes. Av. Grau 757. Cercado de Lima. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM).

Correo electrónico: llopezr@unmsm.edu.pe

Teléfono: 51-996603330



FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

DÍA DE LA MEDICINA PERUANA

— 05 de octubre —

La Fundación Instituto Hipólito Unanue expresa su reconocimiento y agradecimiento a todos los profesionales médicos del país, quienes han estado en primera línea de lucha contra la pandemia y mantienen la atención de otras enfermedades con valentía y compromiso.



¡GRACIAS POR SU GRAN LABOR!