

**GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
CONSEJO REGIONAL DE SALUD AREQUIPA**



**POLÍTICA REGIONAL DE SALUD
2017 - 2021**

OCTUBRE 2017

DOCUMENTO ELABORADOR POR EL COMITÉ DE POLITICAS:

- M.C. Wilfredo Oswaldo Pino Chávez – presidente – Colegio Médico del Perú
- M.C. Eddy Jacinta Loayza Delgado – Integrante – Gerencia Regional de Salud de Arequipa
- Obs. Marcos Herrera Cárdenas - Colegio de Obstetras del Perú - CRIV

DIRECTORIO DEL CONSEJO REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

Institución	Condición	Nombres y Apellidos
Gerencia Regional de Salud Arequipa	Titular	M.C. Gustavo Bernardo Rondón Fudinaga
	Alterno	M.C. Eddy Jacinta Loayza Delgado
Consejo Regional Arequipa	Titular	Gilbert Edy Medina Collado
	Alterno	
Municipalidad Provincial de Arequipa	Titular	M.C. Alfredo Zegarra Tejada
	Alterno	
Asociación de Alcaldes Distritales	Titular	Ing. Ronald Pablo Ibáñez Barreda
	Alterno	
Red Asistencial Arequipa - EsSalud	Titular	M.C. Duilio Valdivia Tejada
	Alterno	M.C.
Gerencia Regional de Educación	Titular	MG. Guido Alfredo Rospigliosi Galindo
Universidad Nacional de San Agustín	Titular	Dr. Rohel Sánchez Sánchez
	Alterno	M.C. Mercedes Neves Murillo
Universidad Católica Santa María	Titular	M.C. Gonzalo Mendoza del Solar
	Alterno	
Colegio Médico del Perú - CRV	Titular	M.C. Wilfredo Oswaldo Pino Chávez
	Alterno	M.C. Carlos Huaquipaco Zegarra
Colegio de Obstetras del Perú - CRIV	Titular	Obs. Marcos Herrera Cárdenas
	Alterno	Obs. Gladys Fernández Pérez
Colegio de Enfermeros del Perú - CRV	Titular	Lic. Elizabeth Giovanna Valdivia Manrique
Colegio de Nutricionistas del Perú - CRVI	Titular	Lic. Hoover Supo Mamani
Colegio de Trabajadoras Sociales del Perú	Titular	T.S. Betty Inés Acosta Gutiérrez
	Titular	Ps. Tania Rojas Gómez
Colegio de Psicólogos del Perú - CRIII	Alterno	Ps. Hubert Moisés Ancori Ancori
Colegio de Biólogos del Perú - CRVIII	Titular	Blogo. Graciano del Carpio Tejada
Colegio de Odontólogos del Perú -	Titular	C.D. Edith Castelo Collado
	Alterno	C.D. Gladys Tecsi Gonzales
Colegio de Químicos Farmacéuticos del Perú	Titular	Q.F. Aníbal Díaz Robles
Colegio de Profesores de Perú	Titular	Lic. Gerber Sergio Pérez Postigo
	Alterno	Li. Timoteo Aucahuaqui Puruguaya
Hospital Regional Fuerza Aérea del Perú	Titular	Crl. FAP Héctor Escalante Villafuerte
Hospital Regional Ejército Peruano	Titular	Víctor Alfredo Gálvez Castro
	Alterno	Julio Arturo Rivera Rodríguez



Director de la Sanidad de la Marina de Guerra del Perú	Titular	Tnte. Il Ricardo Vekado Yshida
Hospital de la Policía Nacional del Perú	Titular	
	Alternativo	Obs. Fany Ramos Vera
Colegio de Periodistas del Perú	Titular	Mg. Karola Lara Manchego
	Alternativo	Mg. Mildred Arriaga Velarde
Servicios de Salud Sector Privado	Titular	M.C. Cesar Augusto Velarde Herrera
Federación Regional de Trabajadores de Salud	Titular	Sr. Boris Catacora Choque
	Alternativo	Sr. Miguel Ángel Gustavo Aguilar Delgado
Foro de la Sociedad Civil en Salud	Titular	Obs. Yda Luz Velásquez Villanueva
Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza	Titular	Miryam Quiñones Hermosa
Junta de Usuarios de Arequipa	Titular	Miguel Aranda Rejas
Secretaría Técnica CRSA	Titular	Lic. Sandrino L. Rojas Pauca

POLÍTICA REGIONAL DE SALUD. 2017 - 2021

TABLA DE CONTENIDO

Contenidos:	Pagina
<i>I. INTRODUCCIÓN</i>	4
<i>II. ANALISIS DE SITUACION DE SALUD</i>	7
<i>III. PRIORIDADES REGIONALES</i>	21
<i>a) Anemia en niños de 6 a 35 meses y gestantes</i>	
<i>b) Salud Mental</i>	
<i>c) Rabia</i>	
<i>d) Enfermedades crónicas degenerativas y Cáncer</i>	
<i>IV. LINEAMIENTOS DE POLITICA</i>	59
<i>V. PRINCIPALES ESTRATEGIAS REGIONALES</i>	67
<i>VI. PRINCIPALES CURSOS DE ACCION</i>	74



I. INTRODUCCIÓN

La problemática de la salud y enfermedad en la Región Arequipa no se presenta de manera homogénea y ello no solo en su lectura descriptiva sino también en sus formas o maneras de presentación y evolución y en su diferente caracterización o explicación según se trate de población pobre o pudiente o de la denominada clase media, o la que habita en el distrito de Yanahuara y la que lo hace en Tapay o Sayla o Velinga o Cocachara, etcétera. Las alternativas no deberían ser las mismas para un escenario tan altamente diversificado y en el que la percepción de los problemas de salud por parte de la población es también diferente. Por ejemplo, el principal problema de salud para los habitantes de la Provincia de la Unión y de Condesuyo es el alcoholismo lo que no sucede en el caso de Arequipa provincia.

Los juegos de intereses de los incorrectamente llamados “actores sociales” en salud cuando solo ejercen función directiva por ocupar cargos de funcionarios públicos o de autoridades de organizaciones de la sociedad civil, no son solo y claramente heterogéneos sino muchas veces antagónicos entre sí, tal como como es el de la ganancia o retorno con gran rédito de la inversión en la práctica de los servicios privados de salud respecto a los que animan a los servicios públicos de la salud que no es otro o no debería ser otro que el de aliviar el sufrimiento y actuar en función del bien común. Se sabe que para la industria farmacéutica transnacional la producción de medicinas genéricas no entra en el juego de sus intereses.

La disponibilidad y el uso que se hace de la información condicionan el planteamiento de alternativas políticas y estratégicas para la acción de gobierno. El caso de la información en el Sistema de Salud es patético. Vasta una pregunta ¿Para qué se usa la información que se produce en el denominado HIS? Se la usa muy poco o casi nada para animar o sustentar el proceso de decisiones. Los funcionarios del Ministerio de Economía y Finanzas que controlan el Presupuesto por Resultados indican que la información allí producida no da cuenta de las metas físicas de los productos y subproductos de cada programa de presupuesto. Simplemente no hay que tomarlo en cuenta y se trata nada menos que del sistema oficial y único de información. No se trata de una concepción básicamente equivocada del sistema sino de una carencia alarmante de cultura profesional para generar datos y construir información.

En este escenario la orientación principal para el diseño de una política de salud debe consistir en motivar que, en cada establecimiento de salud y en cada unidad estructural de la organización sanitaria, cada funcionario y trabajador profesional y técnico considere que sus capacidades cognitivas, instrumentales y actitudinales deben estar y mantenerse siempre abiertas, no solo por los adelantos vertiginosos de la ciencia y tecnología, sino y básicamente debido a que disponemos de un cerebro de gran tamaño que lo que mejor sabe hacer es ‘aprender’ en un proceso que a la manera de un espiral

ascendente que nunca se detiene y, también debido a que por ser seres humanos sufrimos por la desmesura a que conduce la voluntad de querer y con alta frecuencia se cae en el error y de ello se aprende más.

Para el caso de la realidad de la salud y enfermedad, su alta complejidad e indeterminación se requiere además que al hecho de diseñar la política y los principales cursos de acción se la dé una intencionalidad y orientación explícita para hacer cosas que cambie situaciones que se consideran inconvenientes, injustas, desequilibradas o que no tienen armonía con lo que se espera como normal, y que para ello se hace indispensable hacer uso de principios derivados de la racionalidad cognitiva y ya no sólo instrumental y lo que es trascendente, de lógicas de comportamiento ético- moral y no sólo eficiente.

¿Cuál es el sentido y significado de la política y la estrategia en el campo de la salud – enfermedad? Plantear orientaciones generales para remover pensamientos anacrónicos, esquemas explicativos rígidos y dogmáticos sobre la naturaleza de la organización sanitaria y especialmente sobre el rol que se les asigna a los profesionales y técnicos de la salud, a los dirigentes de la sociedad civil y especialmente a los políticos empresarios que invierten su dinero para lograr márgenes de ganancia lucrativo, todo ello solamente con la imagen horizonte de alcanzar un estado de salud más satisfactorio que la del presente, una cobertura con acceso universal a servicios de calidad humana entre otros fines de la política.

En una importante proporción de los casos se trata de orientaciones para saber qué hacer y cómo enfrentar con éxito los obstáculos derivados de la carencia crónica de recursos materiales, financieros, de capacidades del personal profesional y técnico, de insuficiencia de estos en términos de cantidad e inadecuada distribución. En el otro caso se trata de confrontar con actores sociales y políticos o autoridades de instituciones como las de las industrias de los medicamentos y de equipo de diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico que poseen intereses diferentes o concepciones que siendo antagónicas no son posibles de conciliar entre sí. Es el escenario del poder que en unos casos se comparte y en otros se confronta. La política y la estrategia en sus más puras manifestaciones surgen en este escenario convulso e incierto.

Más la complejidad del fenómeno social de la salud – enfermedad demanda que la acción político - estratégica no quede en la confrontación sino que se poseione más allá, en el campo de lo cultural y organizacional, vale decir en la creación de escenarios que reflejen o den cuenta de cuan competente es una organización sanitaria para cumplir con su cometido o misión, sabiendo detectar y aprovechar las oportunidades que se le presentan con las fortalezas que se ponen en escena especialmente mediante el despliegue de la intersubjetividad del personal profesional y técnico y su capacidad de comunicación ética y construcción de símbolos culturales que marque hitos y signifique rutas de compromiso y creación de destino.

En el tiempo presente el significado de la complejidad de la situación social y de salud – enfermedad en el escenario político combina tres dimensiones claras y objetivas y que cada una de ellas presenta a su vez su propia complejidad.

La primera dimensión trata sobre la elevada y tendencia ascendente en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas que están y en casos ya ha desbordado la capacidad de respuesta del Sistema de Servicios de Salud Regional trayendo consigo no solo un proceso de deterioro de la atención médica sino la deslegitimación social del Sistema en su conjunto. Daños y males a la salud que no solo afecta a población que dispone de medios para sufragar su atención, sino que se presentan en familias que carecen de recursos y que andan vulnerables y desprotegidos generación tras generación. A ello se agrega con sus propios dramas el alcoholismo, la drogadicción y violencia en todas sus formas junto a las enfermedades que aún generan dolor y sufrimiento en población pobre como la tuberculosis y todas las demás infecciosas y parasitarias.

La segunda dimensión está constituida por la brecha que existe y que es cada vez más creciente entre la disponibilidad de recursos de infraestructura y equipamiento y de personal profesional de la salud con el propio crecimiento de la población y especialmente con el desarrollo vertiginoso no tanto de la ciencia sino y especialmente de la tecnología para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Los hospitales emblemáticos Goyeneche y Honorio Delgado no se les ha repuesto de manera orgánica y planificada su equipo y materiales desde que se construyeron y su infraestructura es precaria y de alto riesgo para propios y extraños, y los Centros y Puestos de Salud han crecido y crecen en infraestructura y capacidad resolutive de manera desordenada y anárquica, sin un plan rector ni nada parecido.

La tercera dimensión da cuenta de que el paradigma hegemónico, vale decir que el modelo explicativo aceptado consensuada y pasivamente por la comunidad de actores de la salud y enfermedad que no es otro que el biológico médico reparativo, que sabiéndose indispensable es renuente a aceptar que a la vez es completamente insuficiente y precario para confrontar con éxito al fenómeno ya no solo biológico sino social y cultural del fenómeno salud – enfermedad. Es el campo de los determinantes sociales de la salud no solo en su descripción sino también en su explicación. Se sabe que de no cambiar radicalmente este paradigma nunca habrá presupuesto y otros recursos en cantidad suficientes para dar cuenta de la problemática de la enfermedad. Por ello la solución no solo pasa por la asignación de más recursos y del adecuado uso de estos, sino de una lectura social, cultural política y antropológica de la problemática sanitaria y de la aplicación efectiva de las alternativas que de ello surjan.

II. ANALISIS DE SITUACION DE SALUD

DIVISIÓN POLITICA ADMINISTRATIVA

Arequipa está conformada por 8 provincias y 109 distritos. Su capital, la ciudad de Arequipa, distante por vía terrestre 1009 km. de la ciudad de Lima (capital del Perú). Y por vía aérea aprox. 1 hora hacia Lima, Cusco 30 minutos, Juliaca 20 minutos y Tacna 30 minutos.

La población de Arequipa proyectada para el 2017 está por llegar al millón y medio de habitantes y su distribución refleja la concentración de esta en la provincia capital tal como se observa en el siguiente cuadro.

PROVINCIA	TOTAL						Gestantes
	GENERAL	<1	1 a 9	10 a 19	20 a 64	>65	
REGION AREQUIPA	1465132	23532	205734	220883	890021	124962	31075
AREQUIPA	1137152	19065	158656	168603	695231	95597	21872
CAMANA	64279	987	9352	9937	39159	4844	1704
CARAVELI	36671	517	6034	5871	21320	2929	1109
CASTILLA	36967	456	5494	6212	20907	3898	1058
CAYLLOMA	98533	1491	13600	15612	60466	7364	3049
CONDESUYOS	16728	154	2455	2873	9158	2088	577
ISLAY	58888	724	7685	8529	35693	6257	1173
LA UNION	15914	138	2458	3246	8087	1985	533

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

El Sistema de Salud de Arequipa corresponde a un sistema mixto, pues la naturaleza de los bienes procede tanto del sector público como privado; las fuentes de Financiamiento proceden del recaudo fiscal (sub sector público), las cotizaciones (Seguridad social) y los seguros privados. El sector público está formado por el MINSA y el sector privado está formado por EsSalud, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior y seguros privados. A nivel de Arequipa la Gerencia Regional de Salud –GERESA, es la encargada de regular la organización, el funcionamiento y desarrollo de los establecimientos de salud públicos y privados.

ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD

Los Establecimientos de salud destinados a la prestación de servicios de atención médica integral, ambulatoria y hospitalaria que se brinda en la Región de Arequipa según categorías en el MINSa y ESSALUD, tenemos: 04 EESS de Categoría III que está constituido por 03 del MINSa (Hosp. General Honorio Delgado Espinoza, H. Goyeneche e Inst. Regional de Neoplásicas del Sur) y 01 de EsSalud (H. Nacional Carlos Alberto Seguir Escobedo), 07 EESS de categoría II que está constituida por 03 del MINSa (Hosp. De Camaná, Hosp. Central de Majes y Hosp. De Aplao) y 04 de EsSalud (H. III Yanahuara, H. Edmundo Escomel, H. Manuel de Torres Muñoz y H. Manuel Pastor).

CUADRO Nº 01: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ACUERDO A CATEGORIAS, MINSa Y ESSALUD REGIÓN AREQUIPA 2015

PRESTADOR	MINSa			ESSALUD		
	III	II	I	III	II	I
EESs	3	3	251	1	4	23

Fuente: Estadística e Informática GERSA – Arequipa. 2015. / EsSalud en cifras definitivas de Diciembre del 2015

ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD PUBLICO

La Región de Arequipa tiene como establecimientos del sector público en su mayoría a los Puestos de Salud (186), seguida de Centros de Salud (65), Hospitales (5) y un Instituto de Salud especializado (IREN).

CUADRO Nº 02: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN PROVINCIAS DEL MINSa REGIÓN AREQUIPA 2015

PROVINCIA	ESTABLECIMIENTOS MINSa				TOTAL
	IREN(*)	HOSPITAL(**)	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD	
AREQUIPA	1	2	32	75	110
CAMANÁ	0	1	4	16	21
CARAVELÍ	0	0	4	13	17
CASTILLA	0	1	8	22	31
CAYLLOMA	0	1	7	25	33
CONDESUYOS	0	0	3	11	14
ISLAY	0	0	5	8	13
LA UNIÓN	0	0	2	16	18
REGIÓN AREQUIPA	1	5	65	186	257

(*) IREN: Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Sur (**) Arequipa: HOSPITAL REG. HONORIO DELGADO ESPINOZA, HOSP. GOYENECHÉ / Camaná: HOSP. DE CAMANÁ / Castilla: HOSP. APLAO / Caylloma: HOSP. CENTRAL DE MAJES

Fuente: Estadística e Informática GERSA – Arequipa. 2015.

RECURSOS HUMANOS

A nivel nacional se tiene 64717 médicos y a nivel Arequipa tiene 4945 médicos en el año 2014, pero no existe una adecuada distribución de los médicos en diferentes provincias y distritos.

CUADRO Nº 03: NÚMERO DE MÉDICOS EN EL PERÚ Y AREQUIPA 2002 - 2014								
PAIS/DEPARTAMENTO	2002	2004	2007	2010	2011	2012	2013	2014
PERU	37619	41266	41788	48942	48147	51411	65110	64717
AREQUIPA	2899	3360	3345	3886	3760	3983	4838	4945

Fuente: Colegio Médico del Perú - INEI. /Compendio Estadístico Perú 2015

En el año 2014, a nivel Nacional le corresponde a cada médico 476 habitantes, y a nivel de Arequipa 257 habitantes por médico.

CUADRO Nº 04: NÚMERO DE HABITANTES POR CADA MÉDICO EN EL PERÚ Y AREQUIPA 2002 - 2014								
PAIS/DEPARTAMENTO	2002	2004	2007	2010	2011	2012	2013	2014
PERU	711	665	686	602	615	586	468	476
AREQUIPA	384	340	353	313	328	313	260	257

Fuente: Colegio Médico del Perú - INEI. /Compendio Estadístico Perú 2015

ACCESO AL SEGURO DE SALUD

El acceso al Seguro de Salud a nivel Nacional en el periodo del 2005 al 2015 se ha incrementado progresivamente, actualmente seis de cada diez personas cuentan con un seguro de salud. En la población de Arequipa en el periodo del 2005 al 2014, se evidencia un incremento progresivo del SIS hasta el año 2011, luego has un descenso; situación contraria en EsSalud se incrementa el número de asegurados hasta el 2013 con una ligera disminución al 2014 situación similar a otros seguros de Salud.

CUADRO N° 04: NÚMERO DE HABITANTES POR CADA MÉDICO EN EL PERÚ Y AREQUIPA 2002 - 2014

SEGUROS	PAIS / DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 I sem
SIS	PERU	14.1	15.4	17	28.1	33.8	36.3	36.1	31.4	35.3	39	40
	AREQUIPA	11.2	12	14.2	18.6	24.1	27.9	29.6	20.3	19.6	19	
ESSALUD	PERU	17.3	18.6	19.6	20.1	21.2	21.6	22.7	24.4	24.4	24.6	25.7
	AREQUIPA	26.6	26.2	26.8	29.2	28.7	29.9	30.8	33.9	33.3	32.8	
OTROS SEGUROS DE SALUD	PERU	4.8	4.4	5.5	5.5	5.6	5.5	5.7	6.1	5.8	5.4	6.1
	AREQUIPA	5.8	4.7	4.7	5.7	5	4.7	4.6	3.7	4.3	4.2	
CON SEGURO DE SALUD	PERU	36.2	38.4	42.1	53.7	60.6	63.4	64.5	61.9	65.5	69	
	AREQUIPA	43.6	42.9	45.7	53.8	57.8	62.5	65	57.9	57.2	55.9	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares /Compen. Estadístico Perú 2015

Según INEI – ENAHO, la población de Arequipa está afiliado a un seguro de salud en el 57.9% y no está afiliado a ningún seguro de salud en un 42.8%.

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD

MORBILIDAD GENERAL POR GENERO

En el año 2015, se registraron 1 595 452 de procesos mórbidos, hubo un incremento del 18% en relación al año 2014 (1 308 600).

El análisis de la morbilidad general de la región Arequipa nos muestra que las tres primeras causas de enfermedad, como años anteriores siguen siendo ocupadas por las enfermedades infecciosas, en este caso son las infecciones respiratorias superiores (21.44%), luego los problemas bucales (14.18%) y las infecciones intestinales (4.72%); todas ellas suman el 40.34% del total de la morbilidad presentada, así mismo hay un predominio en la presentación de los casos en el sexo femenino. Por otro lado, las enfermedades crónicas también siguen en incremento.

CUADRO N° 05: MORBILIDAD GENERAL, REGIÓN AREQUIPA, 2015

N°	CIE X	DESCRIPCIÓN	TOTAL	MASC	FEM	%	ACUM	TASA X 1000
1	(J00-J06)	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	341,987	145,707	196,280	21.44	21.4	265.68
2	(K00-K14)	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales	226,220	79,494	146,726	14.18	35.6	175.75
3	(A00-A09)	Enfermedades infecciosas intestinales	75,351	34,596	40,755	4.72	40.3	58.54
4	(E65-E68)	Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	62,849	18,068	44,781	3.94	44.2	48.83
5	(K20-K31)	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	60,502	17,676	42,826	3.79	48	47

6	(N30-N39)	Otras enfermedades del sistema urinario	45,337	7,718	37,619	2.84	50.8	35.22
7	(O20-O29)	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el	38,726	0	38,726	2.43	53.2	30.09
8	(J40-J47)	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	32,155	13,158	18,997	2.02	55.2	24.98
9	(L20-L30)	Dermatitis y eczema	24,399	9,976	14,423	1.53	56.7	18.96
10	(R10-R19)	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el a	19,924	6,999	12,925	1.25	57.9	15.48
11	(S00-S09)	Traumatismos de la cabeza	19,858	12,373	7,473	1.24	59.1	15.43
12	(R50-R69)	Síntomas y signos generales	18,581	7,562	11,019	1.16	60.3	14.44
13	(H10-H13)	Trastornos de la conjuntiva	18,210	7,387	10,823	1.14	61.4	14.15
14	(J20-J22)	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	17,507	9,270	8,237	1.1	62.5	13.6
15	(F40-F48)	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés	17,109	5,003	12,106	1.07	63.6	13.29
16	(G40-G47)	Trastornos episódicos y paroxísticos	16,776	5,000	11,776	1.05	64.7	13.03
17	(R40-R46)	Síntomas y signos que involucran el conocimiento, la percepción	16,399	5,758	10,641	1.03	65.7	12.74
18	(D50-D53)	Anemias nutricionales	16,171	7,150	9,021	1.01	66.7	12.56
19	(A50-A64)	Infecciones con modo de transmisión predominante. Sexual	15,692	833	14,859	0.98	67.7	12.19
20	(F30-F39)	Trastornos del humor Afectivos	15,386	3,391	11,995	0.96	68.7	11.95
		Las Demás Causas	496,313	194,409	301,916	31.11	100	0
TOTAL			1,595,452	591,528	1,003,924	100	0	0

FUENTE: Estadística e Informática - 2015

Elaborado : Epidemiología/hpa/jvl

MORBILIDAD HOSPITALARIA

MORBILIDAD HOSPITALARIA GENERAL POR GENERO

A nivel de Arequipa la morbilidad hospitalaria en total fue de 246,681 pacientes atendidos por consultorio externo. En el promedio anual el Hosp. Honorio Delgado con mayor porcentaje de morbilidad hospitalaria (52.71%), en relación a los hospitales Goyeneche (25.51%), Majes (7.16%), Camaná (6.77%) y Aplao (6.19%), y en menor incidencia el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (1.67%).

CUADRO Nº 06: MORBILIDAD HOSPITALARIA, REGIÓN AREQUIPA-2015

HOSPITALES	TOTAL	
	Nº	%
HOSP. HONORIO DELGADO	130,014	52.71
HOSP. GOYENECHÉ	62,940	25.51
HOSP. MAJES	17,651	7.16
HOSP. CAMANA	16,693	6.77
HOSP. APLAO	15,268	6.19
HOSP. NEOPLASICAS DEL SUR	4,115	1.67
TOTAL	246,681	100

La morbilidad hospitalaria por sexo, muestra que el sexo femenino presenta mayor proporción de hospitalización en el 2015 (59.42%) a diferencia del sexo masculino.

EMERGENCIAS HOSPITALARIAS Y EMERGENCIAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-4

A nivel de la Región de Arequipa las emergencias se han presentado con mayor incidencia en la Provincia de Arequipa donde se encuentran los Hospitales Honorio Delgado y Goyeneche, además los Establecimientos de Salud de Hunter, Maritza Campo Días, La Joya, Mariano Melgar, Edificadores Misti y Ampliación Paucarpata con 73.83 % de atendidos por Emergencia; seguido de la Provincia de Caylloma (Hospital de Majes y Centro de Salud de Pedregal y Chivay) con 10.42%; en tercer lugar La Provincia de Camaná (Hospital de Camaná y los C.S. Urasqui, Ocoña y la Punta) con 6.27% de atendidos por emergencia. En menor incidencia en las Provincias de Castilla (C.S. Andagua, Viraco, Pampacolca y Orcopampa y Hosp. Aplao) con 4.49%, Caravelí (C.S. Acarí, Atico, Caravelí, Chala y Corire) con 2.4%, Islay (C.S. la Pascana, Alto Inclán y Cocachacra) con 1.36%, Condesuyos (C.S. Chuquibamba e Iquipi) y la Unión (C.S. Cotahuasi y Alca).

EMERGENCIAS HOSPITALARIAS POR LUGAR DE ATENCIÓN Y GÉNERO

Las emergencias hospitalarias atendidas en el 2015 en todos los hospitales de la Región Arequipa se han incrementado en un 8.3% en comparación al 2014, con un total de 105,650 emergencias de las cuales corresponden al sexo masculino 46,813 emergencias (44.31%) y al sexo femenino 58,837 emergencias (55.69%).

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE MORTALIDAD

MORTALIDAD GENERAL POR GÉNERO

En la Región de Arequipa en el 2015, se registraron una disminución de 21% en comparación al año anterior 5459 defunciones, siendo los hombres menos afectados (2,576 defunciones) que las mujeres (2,883 defunciones) con una diferencia de 307 defunciones aproximadamente. Las primeras cinco causas de muerte fueron la Neumonía (13.7%), las enfermedades isquémicas del corazón (7.07%), los Tumores malignos de los órganos digestivos (6.34%), las Enfermedades cerebrovasculares (4.38%) y otras enfermedades respiratorias que afectan el intersticio (3.65%).

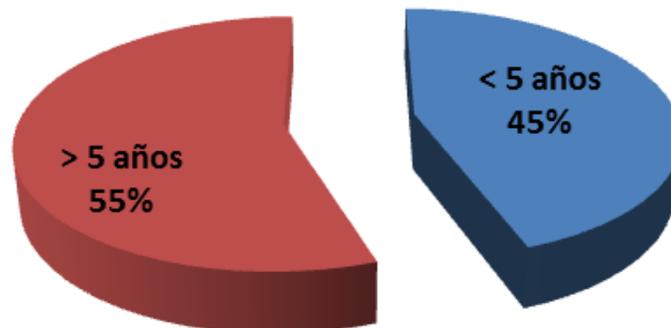
Las Enfermedades cerebrovasculares y Enfermedades isquémicas del corazón son afecciones del sistema circulatorio que cada año toman mayor relevancia en la mortalidad de la población arequipeña, estas agrupan 625 muertes para el año 2014 (11.45%).

ANÁLISIS EPIMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES BAJO VIGILANCIA

EPIDEMIOLOGICA, 2015 ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS)

La tendencia de los episodios de EDA en los últimos 6 años (2010 - 2015) muestra el incremento en ambos grupos de edad, siendo mucho mayor en los mayores de 5 años, con mayores episodios en los meses de Agosto a Setiembre, debido al clima templado seco que tiene Arequipa en esa época, que favorece la diseminación de los microorganismos que las provocan; con las altas temperaturas, aumenta el riesgo de deshidratación, además de estar influenciada por otros factores de riesgo medio ambientales, estilos de vida, biología humana, sistema organizativo del sector salud. En el 2015 la incidencia de episodios de EDAS es mayor en mayores de 5 años.

Grafico N°01: Episodios de EDAs SEGÚN GRUPO DE EDAD



En la actualidad, la presencia de las EDAS acuosas y EDAS disintéricas se han incrementado en forma progresiva en ambos grupos de edad en comparación al año pasado, excepto las EDAS disenterías que existe una leve disminución en menores de 5 años. Se notificaron 2,102 casos en total de EDA disintérica en la región de Arequipa que constituye el 2% del total de EDAS, de ellos 1,031 casos en menores de 5 años y 1,071 casos en mayores de 5 años. A diferencia de las EDAS acuosas se presentó en mayor porcentaje 98%.

La provincia más afectada con la EDA en el año 2015, en menores de 5 años fue Arequipa con un Tasa de incidencia (TI) de 473.52 casos x 1,000 niños que se encuentra por encima de la TI regional (430.83x 1000 niños menores de 5 años); y en mayores de 5 años las

provincias como: la Unión (7694.1 x 100,000 mayores de 5 años), Condesuyos, Castilla y Arequipa; que se encuentran por encima de la TI Regional de Arequipa (4700.6 x 100000 mayores de 5 años).

Las hospitalizaciones en la Región Arequipa han disminuido en un 20% en comparación al año anterior, la mayor incidencia es en el mes de Agosto (49 casos de EDA) y Setiembre (45 casos de EDA).

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS)

En la región de Arequipa, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en los últimos 6 años (2010 - 2015), muestran una tendencia al incremento en niños menores de 5 años siendo más evidente y en forma sostenida en los mayores de 5 años. Incremento que se debe a los determinantes que condicionan el estado de salud de la población, como son la desnutrición, la variabilidad climática, el desconocimiento de las señales de alarma y las barreras de tipo cultural y socio económicas.

Grafico N°02: IRAS REGION AREQUIPA 2010-2015



Durante el periodo del 2010 al 2015, la incidencia de IRAs en la población arequipeña se ha ido incrementando en forma sostenida; es así que en el 2015 se han notificado 553275 casos de IRAS.

Con referencia a los fallecidos por EDA durante el año 2015, no se produjo ningún caso.

TUBERCULOSIS (TB):

La tuberculosis es una enfermedad transmisible de carácter social y multifactorial que se encuentra relacionada con la pobreza, el hacinamiento que es producto de la migración

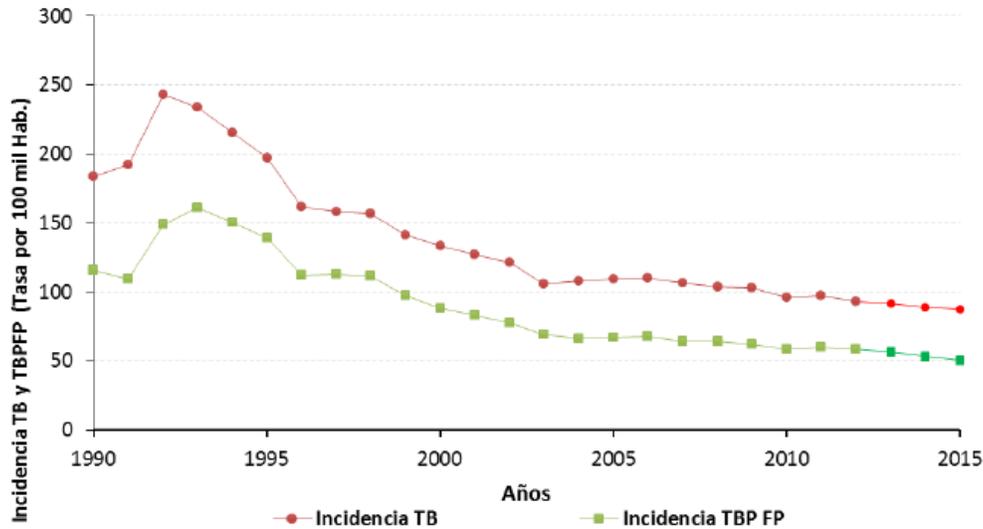
interna e incremento de asentamientos humanos, el subempleo, el abuso de alcohol y el tabaco, el VIH-Sida, la polución de aire, la poca ventilación por las malas condiciones de vivienda, la desnutrición, la diabetes, etc; requiere de la participación de diversos actores sociales y políticos, considerando que Arequipa por la etapa de desarrollo económico que está viviendo actualmente, esta homogenizada con el incremento de factores de mayor riesgo para presentar Tuberculosis.

Es así, que el crecimiento demográfico de la población urbana, es un factor que está condicionando un incremento del número de casos de tuberculosis en la Región, por ejemplo, los asentamientos humanos que presentan pésimas condiciones del habitat que tienen que compartir aunado a las condiciones paupérrimas de trabajo, bajan rápidamente sus defensas afectando su salud y se exponen a la infección tuberculosa.

Por otro lado, el nivel educativo juega también un papel importante en la transmisión de la TB, sobre todo en el abandono al tratamiento.

A nivel nacional la incidencia de TB y TBP FP desde 1990 tiene una tendencia progresiva a la disminución hasta la actualidad.

Grafico N°03: TENDENCIA DE TBC EN EL PERÚ, 1990 - 2015



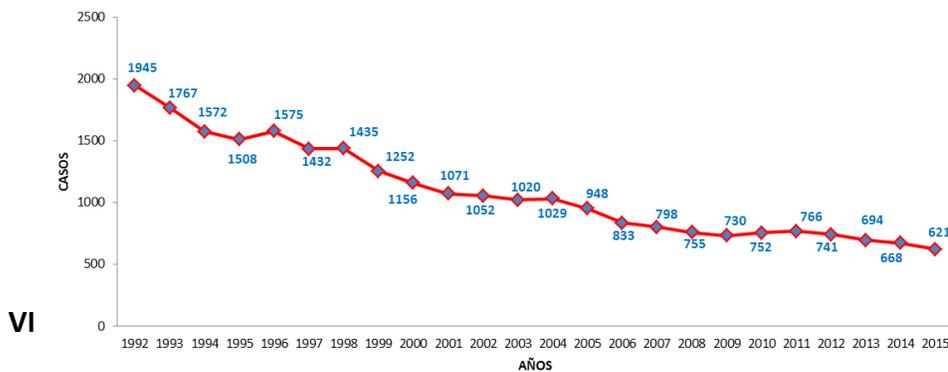
Fuente: Reportes de Estrategia TB /*Vigilancia Epidemiológica – MINSA. 2015

En el Perú según los Reportes de Estrategia TB y Vigilancia Epidemiológica - MINSA del 2015, presento una morbilidad de 31027 casos de TB, así mismo los casos nuevos de TB fueron de 27418 casos y los casos de TBP-FP fueron de 16984 casos.

La prevalencia en la Tuberculosis, representa los casos nuevos (incidencia) más los casos que fracasaron al tratamiento, los que tuvieron recaídas y los abandonos recuperados. El

año de mayor prevalencia en Arequipa se produjo a comienzos de los años 90, cuando se registraban alrededor de 2,000 casos por año, siendo 1992 el año en que se declara la emergencia sanitaria y se inicia un periodo de gran apoyo, se evidencia una disminución progresiva lenta desde el año 1992 (1945 casos) hasta el 2015 (621 casos) de tuberculosis.

Gráfico N°04: PREVALENCIA TBC EN REGION AREQUIPA , 1992 - 2015



VI

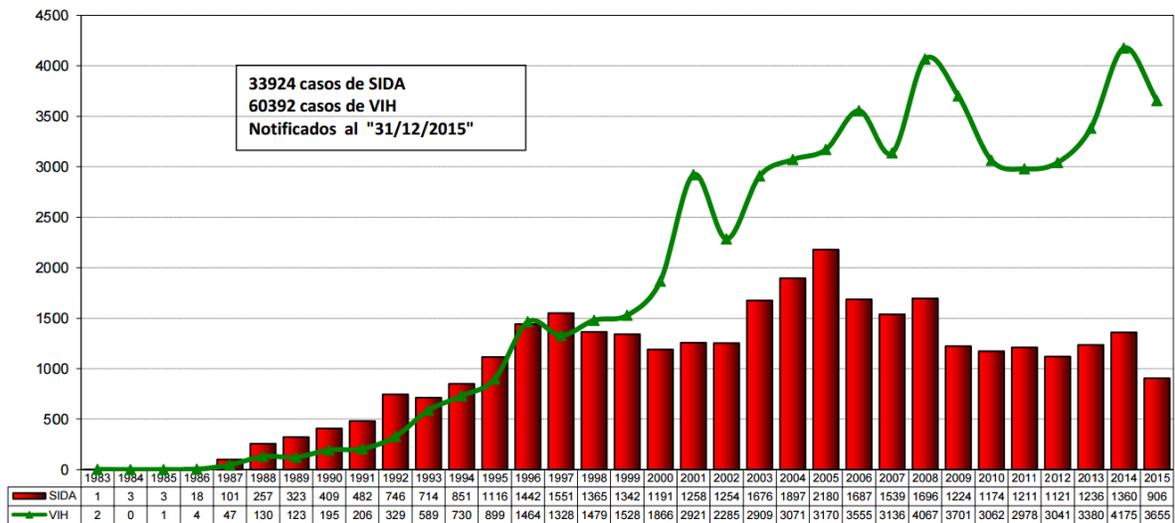
El VIH / SIDA (virus de inmunodeficiencia humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), es importante problema de salud pública a nivel mundial, que afecta al sistema inmunológico predispone al individuo a las enfermedades oportunistas y de los microorganismos del medio ambiente. La infección por VIH pasa por cinco fases: *Fase inicial*, donde puede presentar molestias causadas por cualquier enfermedad viral; *F. ventana*, durante la cual es posible transmitir la infección; *F. asintomática*, que puede durar varios años sin síntomas; *F. sintomática*, donde presentan molestias y pueden aparecer algunas enfermedades oportunistas como Tuberculosis Pulmonar, Neumonía, Cáncer, Hongos, cuadros de diarrea; y *F. SIDA*, es la fase final de la infección por VIH.

En el 2015, según UNAIDS a nivel mundial 36.7 millones (34 a 39.8 millones) de personas Vivian con el VIH, 2.1 millones (1.8 – 2.4 millones) de personas contrajeron la infección por el VIH y 1.1 millones (940000 – 1.3 millones) de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA; así mismo, a nivel de América Latina y el Caribe 2 millones (1.7 a 2.3 millones) de personas Vivian con el VIH, se dieron 100000 (86000 – 120000) nuevas infecciones por el VIH en la región y 50000 (41000 – 59000) de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA, entre el 2010 y 2015 el número de muertes relacionadas con el SIDA en la región disminuyo en un 18%.

En el Perú los primeros 2 casos de VIH y 1 caso de SIDA se notificaron por primera vez en 1983, los cuales se incrementaron a un ritmo ascendente con ligeras variaciones cada año hasta llegar en el 2015 a notificarse 3655 casos de infectados por VIH y 906

casos de SIDA. En relación al año anterior se ha presentado un descenso significativo de más del 33% en relación al SIDA y 13% en relación al VIH.

Grafico N°05: CASOS VIH-SIDA, 1983 - 2015



FUENTE: Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DEG - MINSA
Elaboración: Boletín Epidemiológico Mensual Diciembre 2015

MORDEDURA DE PERRO Y SU RELACIÓN CON LA RABIA

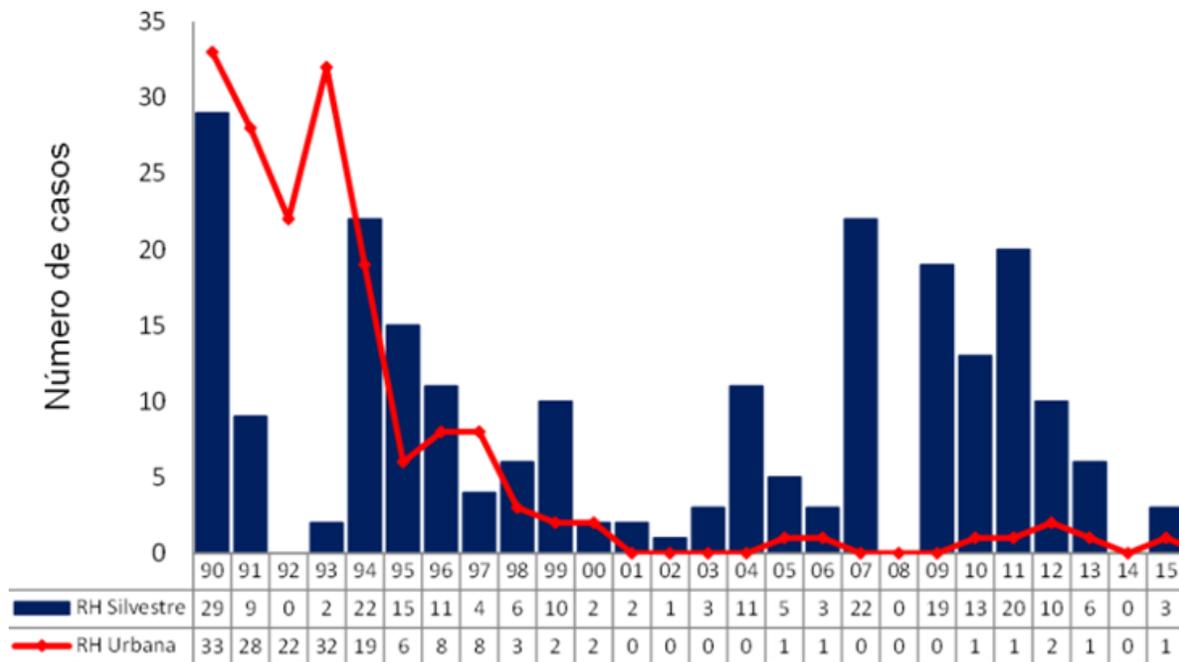
Según la OMS refiere que, no existen estimaciones mundiales de la incidencia de las mordeduras de perro, si bien los estudios indican que son la causa de decenas de millones de lesiones cada año. Por ejemplo, en los Estados Unidos, cada año sufren mordeduras de perro alrededor de 4.5 millones de personas, de estas, casi 885000 recurren a asistencia médica; 30000 se someten a procedimientos reconstructivos; entre el 3% y el 18% contraen infecciones, y se producen entre 10 y 20 fallecimientos.

Algunos estudios muestran que los perros son responsables del 76% al 94% de las mordeduras de animales. Las tasas de letalidad por mordedura de perro son más altas en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos, Se estima que cada año mueren de rabia 55000 personas, y las mordeduras de perros rabiosos son la causa de la gran mayoría de esas muertes.

La rabia está resurgiendo como grave problema de salud pública, es una zoonosis (enfermedad transmitida al ser humano por los animales) causada por un virus ARN neurotrópico de la familia Rhabdoviridae, género Lyssavirus; que afecta a animales domésticos y salvajes, y se contagia a las personas a través del contacto con la saliva infectada a través de las mordeduras.

En el Perú, durante los últimos 11 años se notificaron 120 casos de rabia humana, el 93.4% de ellos fueron de transmisión silvestre (murciélago, bovina, etc.) y 6.6% transmisión domestica (perros, etc.), como podemos observar que durante el año 2014 no se notificaron ningún caso de rabia humana.

GRÁFICO Nº 06 : RABIA HUMANA PERÚ 1990 - 2015



Fuente: SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. MINSA-PERÚ

En la Región de Arequipa, durante el periodo del 2010 al 2015, los casos de mordedura canina y rabia canina se están incrementando exponencialmente.

En el 2014 aparecieron los dos primeros casos de rabia canina procedentes de los distritos de Camaná y Mariscal Castilla de la provincia de Camaná, canes que proceden de las áreas infectadas de Puno por el alto flujo migratorio entre los departamentos del sur.

En el 2015 se ha presentado 19 casos de rabia canina, se presentó en seis distritos, con mayor frecuencia en el distrito de Mariano Melgar (58%), Alto Selva Alegre, Miraflores y Arequipa (11%), Paucarpata y Cayma (5%); y los casos de mordedura en la Región de Arequipa se notificaron 6605 personas mordidas por perros, presentándose con mayor frecuencia en la provincia de Arequipa, debemos considerar que estas cifras van en ascenso lo cual es preocupante como podemos observar las mordeduras de perros ha superado al número de casos que se presentó anualmente en años anteriores.

GRÁFICO Nº 07 : RABIA CANINA POR DISTRITOS, AREQUIPA – 2015



Fuente: Estadística –Informática / Epidemiología GERSA -2015

III. PRIORIDADES REGIONALES

3.1 ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES Y GESTANTES

3.1.1 Análisis de tendencias y diferencias entre quintiles y entre grupos de edad respecto de la anemia

La lectura de los datos que aparecen en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDES desde que aparecieron, ya sea en la denominada 'continua' así como en la específica para 'programas de presupuesto por resultado' dan cuenta de por lo menos dos hechos:

a. Tendencia ligeramente descendente en la prevalencia de anémicos en los menores de 5 años y aparentemente estable en los menores de 3 años.

Los datos en el menor de 5 años a nivel nacional van de 46.2 en el año 2005 a 32.6 en el 2015. Una disminución de 13.6 puntos en once años. En Arequipa los datos indican una situación menos alentadora, aunque la prevalencia es menor a la del nivel nacional la tendencia a la baja es más lenta o al parecer poco significativa. En el 2005 la prevalencia fue de 36.9 y en el 2015 de 31.2 en 8 años se ha disminuido 5.7 puntos.

Los datos que revelan tendencias de la anemia en menor de 3 años son más dramáticos por decir lo menos ya que estas son casi estables. En Arequipa de 44.5 en el 2010 se pasa a 42.0 en el 2015. La disminución es de 2.5 en 5 años.

b. Las diferencias entre quintiles tanto en los menores de 5 como en los de 3 años se mantienen estables al largo de los años.

Estos datos dan cuenta o estarían significando que la población marginal no ha tenido ni tiene prioridad para la inversión pública en salud. Lo previsible es que estas diferencias se deberían acortar.

ENDES CONTINUA: MENORES DE 5 AÑOS

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
I quintil		53.4	53.4	50.3	50.3	43.7	47.3	38.4	41.6	42.2	45.8	41.3
II quintil		53.1	53.1	46.9	46.9	42.5	42.6	36.7	37.3	38.0	40.6	37.3

III quintil		49.9	49.9	43.5	43.5	35.5	35.6	30.2	32.6	34.6	32.7	30.9
IV quintil		34.4	34.4	39.1	39.1	33.7	29.4	22.9	24.4	25.1	28.7	27.4
V quintil		32.1	32.1	32.7	32.7	19.9	22.2	15.6	19.2	20.0	20.5	20.3
Nacional	49.6	46.2	46.2	42.5	42.5	37.2	37.7	30.7	32.9	34.0	35.6	32.6
Diferencia	0.0	21.3	21.3	17.6	17.6	23.8	25.1	22.8	22.4	22.2	25.3	21.0
Arequipa				36.9	36.9	46.9	29.5	24.1	29.9	28.8	29.3	31.2

ENDES PPR: MENORES DE 3 AÑOS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 I sem
I quintil	55.4	59.4	50.0	52.8	53.2	57.8	55.4	50.0
II quintil	56.9	54.6	47.8	50.3	52.6	54.2	56.9	47.8
III quintil	50.1	49.6	42.0	47.2	47.7	45.5	50.1	42.0
IV quintil	47.8	43.3	34.3	35.3	35.3	38.0	47.8	34.3
V quintil	28.3	31.0	23.6	25.4	25.4	26.4	28.3	23.6
Nacional			41.6	44.5	46.4	46.8	43.5	43.5
Diferencia	27.1	28.4	26.4	27.4	27.8	31.4	27.1	26.4
Arequipa	59.0	44.5	36.7	44.1	39.4	39.2	42.0	44.5

3.1.2 Análisis comparativo: Anemia y Desnutrición crónica: ENDES

En la tabla siguiente las tendencias en la prevalencia de la Anemia en menores de 3 años y de la Desnutrición Crónica en los menores de 5 años es levemente descendente, resulta notable la diferencia existente entre ambas condiciones.

I
PERÚ: PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD MATERNO INFANTIL,
2007 Y 2009 - 2015

Programa	Indicador	Línea de Base	Año							Diferencia	
			2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015/2007
	Proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica (NCHS)	22,6	18,3	17,9	15,2	13,5	13,1	10,7	10,2	-12,4	-0,5
	Proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica (OMS)	28,5	23,8	23,2	19,5	18,1	17,5	14,6	14,4	-14,1	-0,2
	Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses con anemia	56,8	50,4	50,3	41,6	44,5	46,4	46,8	43,5	-13,3	-3,3
	Proporción de niños nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2.5 kg.)	8,4	7,1	8,0	7,1	7,4	7,8	6,4	7,5	-0,9	1,1
	Proporción de niños menores de 6 meses con lactancia exclusiva	68,7	68,5	68,3	70,6	67,6	72,3	68,4	65,2	-3,5	-3,2

La diferencia entre los niños desnutridos crónicos y los anémicos es clara a favor de los anémicos. Las diferencias van de 22.1 a 32.2 y la razón entre ambas indica que en unos años hay dos anémicos por un desnutrido crónico y en otros esta diferencia sube a 3. ¿Cuál es la explicación para ello, habida cuenta de que ambas patologías son de origen carencial?

AÑOS	DIFERENCIA ANEMIA – DCI	RAZÓN ANEMIA/DC
2007	28.3	1.99
2009	26.6	2.11
2010	27.1	2.17
2011	22.1	2.13
2012	26.4	2.56
2013	28.8	2.65
2014	32.2	3.20
2015	29.1	3.02

Se sabe por etiología y fisiopatología que tanto la desnutrición crónica como la anemia ferropénica son procesos cuyo origen está en la carencia de nutrientes y que por simple lógica mecánica o tradicional deben, ambos procesos, ir casi de la mano, con diferencias que son explicables ya sea por acceso a nutrientes o servicios de salud, o diferentes costumbres alimentarias o grado de educación de la madre entre otros, lo que guarda coherencia y consistencia con la información científica existente a la fecha.

Lo que aparentemente no es posible explicar con estos argumentos es la magnitud de la diferencia que se expresa en los datos presentados. Las estadísticas en países vecinos no muestran diferencias de esta magnitud. En una encuesta de morbilidad en el Ecuador en el año 2013 la relación no es tan asimétrica y probablemente en algunas regiones de ese país haya más niños desnutridos crónicos que anémicos, lo cual, obviamente tiene más sentido social, biológico y hasta antropológico.

La “Encuesta nacional de Salud y Nutrición 2011 – 2013” en Ecuador da como resultado una prevalencia de 25.3 niños menores de 5 años con baja talla para la edad, es decir desnutridos crónicos. Los datos que interesan son los siguientes:

Para el año 2012 la prevalencia de desnutrición crónica en el menor de 5 años es de: 25.3% Por quintiles se tiene la siguiente distribución:

Q1.- 36.5

Q2.- 28.5

Q3.- 20.0

Q4.- 18.1

Q5.- 13.8

La diferencia entre el quintil 1 y el 5 es de 22.7.

En ese mismo año los datos de la anemia en el menor de 5 años es la siguiente:

De 06 a 11 meses - 62.0

De 12 a 23 meses - 32.4

De 24 a 35 meses - 20.5

De 36 a 47 meses - 9.7

De 48 a 59 meses - 3.4

En promedio el dato es de 25.6%. Como se ve esta cifra es muy similar a la de 25.3%

¿Cuáles serían unas posibles respuestas? Aventuramos dos conjeturas plausibles.

- a. Problemática de la medición por laboratorio para estimar la cantidad de hemoglobina. Se hace uso de métodos de medición con espectrofotómetro y también se hace uso del hemoglobinómetro y en cada caso se recurre a una tabla estándar para disminuir los valores de hemoglobina hallados según la altura sobre el nivel del mar en que vive el niño, la misma que se aplica en el mismo laboratorio o también por en el consultorio del médico o por la enfermera.
- b. Probables intereses comerciales de la industria farmacéutica. – Es posible que en este escenario se movilicen fuerzas para que con recursos públicos se adquieran cantidades industriales de multi micro nutrientes para su distribución gratuita a la

población total y menor de cinco años y de la misma manera los hemoglobinómetros, lancetas, micro cubetas y demás.

Sea cual fuere la explicación a las diferencias lo real y concreto es que es posible disminuir la prevalencia de anemia en la Región, especialmente en la población menor de 3 años.

3.1.3 La anemia en Arequipa según grados y población con o sin seguro

La información disponible en el Sistema Informático del Estado de Nutrición - SIEN – da cuenta que en el año 2016 la cantidad de niños menores de 3 años con algún grado de anemia llega a 9 443. Del total de estos niños que se atienden en los Establecimientos de Salud de la Gerencia Regional de Salud, están asegurados en ESSALUD el 10.12%, vale decir que de cada 10 niños que se atienden en los Establecimientos de Salud del Gobierno Regional uno pertenece a ESALUD. A estos se los atiende gratis ya que así lo indica la norma, la consecuencia es que se distrae personal técnico y profesional para su atención, lo que desde ya agudiza la escasez de este tipo de personal para la atención a la población sin seguro o que lo está en el SIS. Este dato sólo se refiere a la población de niños encontrados anémicos y no a los que se los ha encontrado con la hemoglobina entre límites normales. Este dato no se registra en el SIEN ni en el HIS o si se lo hace no se lo toma en cuenta. Imposible hacerlo en las hojas o formatos únicos de atención que ha impuesto el Seguro Integral de Salud FUAS. Simplemente no se sabe y se sospecha que es mucho ya que en ESSALUD esta actividad de prevención de anemia es extraordinariamente marginal.

Lo que se ha informado desde el Instituto Regional de Estadística e Informática que en los datos recogidos en la encuesta ENDES reflejan la realidad que se refiere a un tamaño de muestra que es de oren general sobre el total de familias arequipeñas en la Región, y en la selección de las unidades de análisis entra al azar cualquier familia sea que esté asegurada o no, o este en el SIS o en ESALUD etcétera. Debido a ello se requiere que en esa institución se disponga manejos especiales de su base de datos y se obtenga por ejemplo niños menores de 3 años por tipo de seguro. Este dato para el año 2015 fue de 35% de niños encuestados pertenecen a ESALUD por lo que en esta Institución se encuentran la tercera parte de los anémicos a los cuales los Servicios de Salud del Gobierno Regional no tienen acceso.

Como se refleja en otras fuentes de información casi las dos terceras partes de los niños anémicos son de orden leve y por tanto pasibles de recuperación con mejoramiento de la dieta y consumos regular de los Multi micro nutrientes y si el caso lo requiere administración de sulfato ferroso.

POR TIPO DE SEGURO								
SEGURO	A. LEVE		A. MODERADA		A. SEVERA		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
SIS	3881	62.58	1956	62.06	47	52.81	5884	62.31
OTROS	1640	26.44	931	29.54	32	35.96	2603	27.57
ESSALUD	681	10.98	265	8.41	10	11.24	956	10.12
TOTAL	6202	100.00	3152	100.00	89	100.00	9443	100.00

3.1.4 La anemia en relación al Control del crecimiento y Desarrollo en el menor de 3 años

La información disponible indica que no todo niño menor de 3 años que tiene sus controles de crecimiento y desarrollo completo, así como que ha logrado completar su esquema de vacunaciones, tiene su medición de hemoglobina. En la Red de Salud Arequipa Caylloma en el 2016 los datos indican que del total de niños menores de tres años con CRED que fueron

19 912 a solo 14 635 se le hizo la medición de Hemoglobina por lo que existe una Brecha de

5 277 que es igual al 26.5% de la población de niños que tuvo acceso al servicio. Estas cifras se duplican en su déficit si se las relaciona con la población programada y más aún si eso se hace con la población total. (Ver anexo 2)

Se debe tener en cuenta que en la Red Arequipa Caylloma los niños menores de 3 años programados para CRED en el 2016 llegan a 29 814. Esta misma cantidad es programada para la medición de la hemoglobina. ¿Qué sucede? ¿A qué se debe que las coberturas en una y otra intervención muestren una gran brecha? Quizá la respuesta este en la fuente de información, en un caso es el HIS y en el otro el SIEN, quizá no se registre como corresponde la medición de la hemoglobina en este formato.

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA: CRED Y Hb: EVALUACIÓN 2016.

NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD			
NIÑO CRED < 1 año (HIS)	NIÑO 1 AÑO CON CRED COMPLETO (HIS)	NIÑO CRED DE 2 AÑOS(HIS)	DOSAJE DE HEMOGLOBINA (según SIEN)

PROGR.	EJEC.	%									
9919	8599	86.69	9888	6339	64.11	10007	4974	49.71	29814	14635	49.09

3.1.5 Cobertura SIEN

La información disponible en el Sistema Informático electrónico de Nutrición - SIEN – da cuenta que en el año 2016 la cobertura de atendidos menores de 3 años para dosaje de hemoglobina solo llega al 8.9% de la población total, vale decir que de cada diez niños de 6 a 36 meses apenas llegan a tomar su medición de hemoglobina casi uno, o que de cada cien niños a quienes se debe medir su hemoglobina solo se lo hace a diez. (Ver anexo 3) Es notorio que en este específico caso la brecha es de gran magnitud. Es obvio que esta brecha debe ser un poco menor ya que existen instituciones como ESSAUD y otros Organismos No Gubernamentales y Organizaciones que llevan los Programas Sociales que trabajan este tema.

La información que manejan no es compartida, ni publicada.

En el anexo que refleja esta información se ven las diferencias por cada Red de Salud y Micro Red y hasta por Establecimientos de salud y también se la dispone por cada Distrito. Esta agrupación de datos se hace para coordinar acciones con los alcaldes de distrito.

A nivel de consolidado regional se tienen 101 288 menores de 3 años y de ellos se ha registrado como evaluados solo 18 955. Ello significa el 8.9%. En estos evaluados la cantidad de anémicos es 47.5%, ello da un total de 8 995, prácticamente de dos niños uno esta con este problema de carencia de fierro.

Se destaca que la proporción de niños con anemia leve es mayoritaria – 65.45% - la moderada llega al 33.75% y la severa a 0.8%. Esta información da cuenta de la importancia que para el control o la prevención tiene la profesión de enfermería.

Por ello una de las intervenciones sustantivas debe consistir en el cierre progresivo, pero rápido de esta brecha.

3.1.5 Anemia y visita domiciliaria

Los datos disponibles del HIS de enero a mayo del 2016 dan cuenta de que existen datos poco o nada consistentes entre los casos diagnosticados de anemia y las intervenciones referidas a la visita domiciliar y a la consejería en este rubro. En unos casos hay cantidad de niños con anemia sin que se les haga la visita en su domicilio y a la inversa, se hace la visita sin que exista el niño con anemia. La misma situación se presenta en el caso de las consejerías. Del total de Establecimientos de Salud se ha tomado un grupo de ellos en el siguiente cuadro, en el anexo 4 se detallan todos los establecimientos, agrupados en Micro red y Redes de Salud. Esta información indica con claridad que se requiere potenciar la actividad denominada: Visita Domiciliar. Este asunto también es parte de la Estrategia de Salud Familiar.

Cuadro N°]: Anemia y Visita Domiciliar Enero – Mayo 2016

CENTRO DE SALUD	ANEMIA			VISITA DOMICILIARIA	CONSEJERÍA
	Presuntivo	Definitivo	Repetido		
Callalli	15	78			67
Cabanaconde				49	55
F. Bolognesi	14	137			7
M. C. Díaz	15	131			1472
Chala	1	16		218	259
Acarí	5	16		3	13
Chuquibamba	31	44		292	556
Corire	6	30			122
Cocachacra	46	105	1	132	359

F: HIS. Of. Estadística e Informática GRSA

3.1.6 Cobertura de niños menores de 3 años que reciben multimicronutrientes y lo consumen durante 12 meses.

La información disponible indica que existe un rango entre los 49 a 90% de cobertura de suministro de Multi Micro Nutrientes a los niños de 6 a 36 meses de edad en el universo de establecimientos de salud de la Región, en la mayoría de ellos la cobertura es de 70%. En el anexo 5 se registra el dato por establecimiento. Datos que dan cuenta de que es posible controlar la anemia si se refuerza el seguimiento y mantenimiento no solo del suministro sino y especialmente del consumo de este nutriente por los lactantes. ¿Cuántos niños terminan consumiendo el MMN en la posología recomendada, es decir un sobre cada día, por 12 meses y preparada adecuadamente? No se sabe con exactitud. Esta información no está disponible de manera mensual, no es posible hacer seguimiento monitoreo.

De manera indirecta se llega a esta información que los funcionarios del Ministerio de Salud llaman “adherencia”, desde la distribución y saldos de los MMN en un tiempo determinado, es decir un año. Este ejercicio da como resultado unos datos que son poco aleccionadores respecto al tema, ya que, si se toma en cuenta a la población total de niños de esa edad y no a la programada y teniendo en cuenta un 10% que supuestamente atendería ESSALUD, el saldo de este insumo permite indicar que en promedio no menos del 30% de niños no tiene acceso a este insumo.

En el siguiente cuadro se refleja lo expresado.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	TOTAL NIÑOS DE 6M A 36 MESES	Nº DE NIÑOS PROGRAMA DOS <DE 36M.	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL (ICI)	CONSUMO IDEAL SEGÚN PROG.	Nº DE NIÑOS CON MMN.	Niños que atiende ESSALUD C/M (10%)	TOTAL NIÑOS ATD C/MMN	Nº DE NIÑOS S/ATC.	%
C.S. 15 DE AGOSTO	1067	534	7611	192060	254	107	360	173	32,45
C.S. MNO MELGAR	1069	535	10208	192420	340	107	447	87	16,34
C.S. AMP. PAUCAR	900	450	5731	162000	191	90	281	169	37,55
C.S. HUNTER	737	369	8402	132660	280	74	354	15	4,00
C.S. ZAMACOLA	1917	959	4800	345060	160	192	352	607	63,31
C.S. ALTO SELVA A	1594	797	7239	286920	241	159	401	396	49,72
C.S. EDIF. MISTI	715	358	6125	128700	204	72	276	82	22,89
C.S. LA PAMPA	262	131	2080	47160	69	26	96	35	27,07
C.S. ORCOPAMPA	692	346	5961	124560	199	69	268	78	22,57
C.S. LA PUNTA	295	148	2421	53100	81	30	110	37	25,29

F: Elaboración propia.

La evaluación del año 2016 según fuente de datos HIS indica que el consumo de MMN por cada mes es menor al mes anterior en el mismo niño, los datos de la siguiente tabla así lo reflejan. La interpretación de la tabla nos dice que iniciaron 16 074 niños a los 6 meses y a los 18, es decir cumplidos los 12 meses terminan solo 7 656.

Consumo Sulfato ferroso y MMN Evaluación 2016

ACTIVIDADES	DOSIS												TA
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	
De 6 a 11 meses (MMN)	16074	14324	12669	10510	8086	5015							
De 1 año (MMN)	2617	2828	3259	4224	5539	7656	10939	9861	8343	7032	5648	4692	3691
De 2 año (MMN)	1367	1140	1094	1382	1583	1889	2194	2519	2799	3132	3191	3619	3878
De 3 año (MMN)	251	213	205	308	418	600	733	820	938	1061	1085	1203	1307
De 4 año (MMN)	75	29	13	20	11	20	47	62	51	68	88	109	141

Fuente: HIS Of. Estadística e informática GERESA

a. NUDOS CRITICOS

El concepto de nudo crítico lo expresamos en el sentido de ejes que concentran hechos y situaciones catalogadas como elementos de riesgo o causas estructurales o de coyuntura que tienen entre sí un elemento que las hace más o menos homogéneas o por lo menos diferentes de otro grupo de factores o causas, por ejemplo, un grupo de aspectos referidos al campo de la gestión, otro relacionado con hechos poblacionales etcétera.

Se ha identificado cuatro nudos los que obedecen a cuatro interrogantes claves para el entendimiento y elaboración de las principales alternativas de intervención y junto a ello se ubica un escenario de alta complejidad en razón a que tiene que ver con las percepciones y la cosmovisión que anima el entendimiento de las familias de un determinado espacio demográfico. Se trata de la cultura comprendida en términos de construcción de la inter - subjetividad humana suficiente y útil para describir y explicar los hechos de la existencia, de la salud y enfermedad, en este caso de la anemia en el menor de tres años y en la madre gestante. Es el campo denominado como: “interculturalidad en la salud”.

- **¿Dónde están habitando y concentrados habitualmente los niños menores de 3 años?**

Este nudo es realmente consistente ya que estos niños lactantes pasan sus días en sus hogares, con la familia, especialmente en su primer y segundo año de vida, sea cual fuere la estructura y funcionamiento de su familia. No existe la cultura del nido o de las cunas y si estas están presentes siempre resultan actividades marginales por su escasa magnitud. Tal es el caso del Sector Educación que tiene los PRITES para los niños de cero a tres años, pero su cobertura es realmente baja. En esta situación para poder controlar al niño lactante en su crecimiento y desarrollo se plantean dos hechos importantes a revertir.

El primero dice que este niño para que sea llevado a un servicio de salud debe tener algún tipo de malestar o molestia o la madre o quien lo cuide sospechar que está enfermo y requiere atención profesional. Por lo general se acude a la botica o a la familia o al curandero y solo en casos de sospecha de desenlace fatal se lo lleva al médico. En no menos del 60% de la población que vive en Arequipa no existe la cultura de la salud. Las medidas punitivas como que si no se lo vacuna no va a poder ser matriculado en la escuela o no se bautizara etcétera funcionan, pero sin modificar la

concepción que se tiene sobre la salud y enfermedad y sobre la atención que se requiere.

El segundo nos dice que el profesional de salud ya sea por el perfil con el que egresa de la universidad o por las exigencias derivadas del éxito que espera obtener con el despliegue de su práctica profesional y por la propia organización del trabajo en un Establecimiento de Salud y especialmente por la reducida cantidad de profesionales existentes para enfrentar un carga laboral bastante burocratizada, la estrategia de ir a buscar a sus casas a estos niños y solo para saber si se vienen alimentando como corresponde, si no están con anemia, es una tarea sumamente complicada por decir lo menos.

La base conceptual de estos argumentos se encuentra en el modelo de desarrollo basado en el crecimiento de la economía desde el libre ejercicio de las fuerzas del mercado cuya consecuencia más notable en el escenario de la salud es la equiparación, o sea la igualdad que se establece entre la pérdida de la salud como enfermedad y la de esta con la profesión médica y de esta con la administración de medicamentos. El mercado libre promueve una conciencia social y de política favorable a la concepción médica reparativa y biológica del proceso salud enfermedad. En este escenario la responsabilidad de los padres, legal y normativamente se diluye y no se toman en cuenta respecto a las intervenciones que se requieren de manera indispensable para que el niño sano no llegue a enfermar, una de ellas en la prevención de la anemia mediante el consumo de micronutriente que además se distribuye sin costo alguno.

- **¿Qué sistema está vigente o que procedimientos existen para comprobar que los niños menores de 3 años consumen regular y completamente sus multi micro nutrientes estén o no con algún grado de anemia?**

Formalmente y hasta históricamente en la práctica de los profesionales de la salud lo único que existe es la denominada Visita Domiciliaria, la misma que no se ejecuta debido especialmente a que no existen suficientes horas enfermera u otro profesional para ello. Esta actividad se ha dimensionado en el escenario de la Atención Primaria de Salud con enfoque renovada y en el modelo de atención integral basado en la familia y la comunidad en la que una de las actividades nucleares es el llenado de la denominada “Ficha Familiar” y en función a ello la elaboración de los cursos de acción a tomar luego de haber identificado los riesgos y en este caso realizado el tamizaje de la hemoglobina ya sea en los menores o en la gestante si es que la hubiera.

Esta actividad ha sido programada desde el Ministerio de Salud con especial énfasis y cuidado al extremo de haber logrado recursos para formular convenio con

Universidades y desarrollar diplomados en base a planes de estudios propuestos por los funcionarios del propio Ministerio y que se han desarrollado, en este caso en toda la Región Arequipa, para el conjunto de profesionales de la salud del Primer Nivel de Atención y para personal técnicos y en la hemorragia de Decretos Legislativos del año 2013, debido a las facultades legislativas delegadas, se incorporó un de tantos incentivos monetarios cómo “bono por Atención primaria” que básicamente era por desarrollar las visitas domiciliaria en la estrategia de Salud Familiar. A la fecha se vienen ejecutando el presupuesto sin que sea visible la contraparte, es decir las actividades de “salud familiar”. Este asunto se complica ya que los gremios, especialmente el de médicos hacen de este incentivo monetario una conquista gremial y un derecho adquirido. No se debe nada a cambio.

- **¿Qué evidencias existen de adecuados procesos de ‘destete’ y control de las enfermedades de la primera infancia: ¿Diarreas y respiratorias agudas y cuál es la frecuencia de estas en el menor de 1 año y el de 1 año?**

Los principales dos hechos que concurren en los dos primeros años de vida de los recién nacidos y que están en la base de la desnutrición Crónica y de la Anemia ferropénica y que a su vez marcan el destino nutricional trágico y de realización personal precaria de estos, y ello desde el punto de vista de la Salud Pública son el denominado “destete” y, la alta prevalencia de las diarreas y las enfermedades respiratorias agudas.

¿Cuál es el problema con el ‘destete’? El lenguaje técnico y académico de los profesionales, especialmente de la nutrición no les permite usar este término, quizás porque lo catalogan como vulgar, y en su lugar usan el de “Ablactancia” y de manera genérica el de alimentación complementaria o suplementaria, con lo que se relativiza o mediatiza, se le quita importancia al hecho de reemplazar no solo la leche materna por alimentos de la cocina familiar y la manera de hacerlo, ya sea en cantidades, tipos de alimentos, frecuencias etcétera, sino también el cuidado que todo ello requiere en términos de reemplazo de la “teta” y el afecto y la relación mágica que el lactante establece con ella.

La alta prevalencia de las diarreas y respiratorias agudas dan cuenta de episodios en los que el lactante pierde energía ya sea por la fiebre o por la menor ingesta de calorías y nutrientes y ello por los tres o cuatro o más días que dura el episodio. Una vez recuperado el niño vuelve a ser alimentado con la misma rutina que tenía, es decir la misma cantidad de calorías y nutriente que se le suministraba antes de enfermar. Con ello nunca llega a recuperar la energía que perdió durante la enfermedad y así sucesivamente por los siete episodios de diarrea que tuvo antes de cumplir los dos años y los nueve episodios de males respiratorios en la misma época de su vida. La

desnutrición crónica y la anemia se instalan irremediablemente, más la primera que la segunda.

- **¿La organización sanitaria y la administración pública y su prolija normatividad permiten una conducción flexible y revitalizadora de las acciones para controlar la anemia?**

La respuesta contundente y clara es que no. En realidad, y pese a lo que se diga los profesionales técnicos en las Región, redes y micro redes y establecimientos de salud relacionados directamente con el control de la anemia y desnutrición crónica tienen a las normas y procedimientos establecidos como hechos inmovibles y hasta sacrosantas y por tanto venerables, de manera tal que la observación de los hechos y el despertar de la mente a partir de ello se convierte en algo que no es significativo. Por lo general la actitud hacia el cambio es de indiferencia. Lo curioso es que la misma norma y sus detalles no se cumplen ya que en si misma resulta engorrosa por decir lo menos, ya que siempre se norma sobre hechos ideales que no tienen relación concreta por ejemplo con la disponibilidad de personal y otros recursos o que no tienen en cuenta la motivación y el tipo de cultura que anima a la organización.

La peculiaridad de la organización sanitaria regional y que lamentablemente no tiene relación alguna con el control de la anemia, es que el nivel básico de atención en su conjunto está conducido por la normatividad de la “cogestión”, la misma que además de sus propias complicaciones no ha gozado de atención con prioridad no solo a nivel regional sino y especialmente nacional. El tema ha sido marginal a las políticas de salud de la Reforma Sectorial y absolutamente ausente en la legislación que desde el año 2013 rige este proceso, y lo que es más ni se sabe que será de la cogestión con la incursión avasalladora que viene realizando SUSALUD y con el advenimiento próximo del SERVIR.

- **¿Cuál es el escenario de la cultura y la interculturalidad en la Salud – Enfermedad = anemia?**

La cosmovisión que no es sino la manera de ver e interpretar el mundo es el conjunto de conceptos, símbolos que permite analizar y comprender la realidad a partir de la propia existencia, de esta en su relación con los ‘otros’ y con la naturaleza y también con el mundo espiritual. Este hecho marca una gran diferencia con la cosmovisión académica occidental científica de la salud y enfermedad para la cual no existe, o en todo caso es irrelevante, este mundo llamado también de los dioses tutelares o “apus” que tiene el poblador andino quechua o aimara que ha migrado, o el que desde siempre habita en las provincias altas de la Región, y que hoy por hoy constituye mayoría hegemónica en lugares como el cono norte de la metrópoli arequipeña. Esta

población piensa y actúa de manera diferente a la que tradicionalmente espera el profesional de la salud académico científicista. Se genera un bloqueo o se produce una fractura en el proceso de comunicación, es decir en el entendimiento y comprensión de mensajes entre un emisor y un receptor que poseen referentes mentales y espirituales desiguales y en casos antagónicos.

Se impone un enfoque “intercultural” que significa reconocer que la relación con otras culturas debe darse en el marco del respeto, horizontalidad y simetría de las relaciones que se espera conduzcan a una especie de enriquecimiento mutuo. Para los servicios de salud el núcleo duro o la piedra de toque en este enfoque consiste en el reto de organización y funcionamiento del servicio, en este caso de atención a la familia con menores de tres años anémicos o con gestantes anémicas, con “pertinencia intercultural” ante que con “adecuación cultural”. La pertinencia consiste en la construcción de consensos entre las propuestas técnicas académicas y las expectativas derivadas de las percepciones y cosmovisiones de las familias andinas así estas dispongan de la mejor apariencia mestiza.

b. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS.

La Gerencia Regional de Salud cuenta con un total de 257 Establecimientos o IPRES, de las cuales 65 son Centros de Salud y 186 Puestos de Salud, todos ellos organizados en 47 Micro Redes de Salud que a su vez son Asociaciones Comités Locales de Salud - ACLAS- y en 4 Redes de Salud, una de las cuales es gigante, la que abarca las provincias de Arequipa y Caylloma con 27 Micro Redes.

CUADRO Nº : ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN PROVINCIAS DEL MINSa. REGIÓN AREQUIPA. 2016

PROVINCIA	ESTABLECIMIENTOS MINSa				TOTAL
	IREN(*)	HOSPITAL(**)	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD	
AREQUIPA	1	2	32	75	110
CAMANÁ	-	1	4	16	21
CARAVELÍ	-	-	4	13	17
CASTILLA	-	1	8	22	31
CAYLLOMA	-	1	7	25	33
CONDESUYOS	-	-	3	11	14
ISLAY	-	-	5	8	13
LA UNIÓN	-	-	2	16	18
REGIÓN AREQUIPA	1	5	65	186	257

Fuente: Estadística e Informática GERESA – Arequipa. 2016. (*) IREN: Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Sur (**) Arequipa: HOSPITAL REG. HONORIO DELGADO ESPINOZA, HOSP. GOYENECHÉ / Camaná: HOSP. DE CAMANÁ / Castilla: HOSP. APLAO / Caylloma: HOSP. CENTRAL DE MAJES.

El personal profesional de salud en el Nivel Básico de Atención no solo es insuficiente en número, sino que está pesimamente distribuido y se tienen en las zonas altas una gran dependencia de los profesionales que hacen el Servicio Rural Urbano Marginal, que como se sabe no egresan con las capacidades suficientes para que se le encargue las funciones que se les asigna ya que no hay otra alternativa. En el cuadro siguiente está el total y la distribución del personal el mismo que contiene a los Hospitales, los que no tienen acción directa el control de la anemia.

CUADRO N° : PROFESIONAL DE SALUD EN MINSA, REGIÓN AREQUIPA. 2016

CAPITAL HUMANO	MÉDICOS(AS)		ENFERMEROS(AS)		OBSTETRAS /OBSTETRICES		ODONTOLOGOS (AS)		POBLACIÓN TOTAL
	Nº	Tasa x 1000 hab.	Nº	Tasa x 1000 x hab.	Nº	Tasa x 1000 x hab.	Nº	Tasa x 1000 x hab.	
R. AREQUIPA	1131	0.9	1304	1.0	551	0.4	226	0.2	1'301,298
AREQUIPA	838	0.9	903	0.9	318	0.3	147	0.2	979,894
CAMANÁ	66	1.1	82	1.4	42	0.7	10	0.2	59,597
CARAVELÍ	24	0.6	39	0.9	24	0.6	8	0.2	41,353
CASTILLA	54	1.4	83	2.1	43	1.1	20	0.5	39,095
CAYLLOMA	77	0.8	105	1.1	63	0.7	16	0.2	95,215
CONDESUYOS	18	1.0	28	1.5	14	0.8	5	0.3	18,140
ISLAY	30	0.6	30	0.6	22	0.4	12	0.2	53,205
LA UNIÓN	24	1.6	34	2.3	23	1.6	8	0.5	14,763

Fuente: INFORHUS.RR.HH. / Estadística Informática GERESA. Abril 2016

En el caso de las profesionales de enfermería se sabe que una de las funciones que cumplen en los establecimientos de salud del nivel básico de atención es la administración y el seguimiento en el consumo de los multi micro nutrientes a y en las familias con niños menores de tres años, para lo que la información disponible indica que existen 673 enfermeros que hacen un total de 1 110 450 horas disponibles año en el nivel básico de atención, centros y puestos de salud.

La población menor de tres años está estimada en 63 000 niños, los mismos que por lo menos requieren de 12 visitas para consejería y apoyo y seguimiento al consumo de multi micro nutrientes ya sea durante sus primeros meses posteriores a la ablactancia o en el primer año de su vida o en el segundo y para ello se requiere de un mínimo de 2 horas por visita, lo que hace de un total de 756 000 visitas y un total de horas de 1 512 000, con lo que se hace evidente la inmensa brecha que existe, la que se ahonda o profundiza en los hechos a límites insostenibles al considerar que esta función es sólo una, además de que en la práctica histórica de la profesión no es la que tiene prioridad ni es la más atractiva, la vacunación, la atención en tópico demanda más horas y en estos tiempos se ha recargado la labor administrativa. El escenario es desolador.

En el caso de las profesiones de obstetricia y nutrición el escenario laboral y de disponibilidad de horas es alentador. Se dispone de 454 obstetras en el nivel básico de atención para el cuidado de un estimado de 19 000 gestantes y se requieren, para la administración de sulfato ferroso y ácido fólico a lo menos dos visitas por lo que las horas disponibles para ello son suficientes.

En el caso de los profesionales de la nutrición el panorama es similar, hay disponibilidad de horas, pero en este caso se añade un elemento adicional que distorsiona el análisis basado en estadísticas de tenencia central, se trata de la concentración de estos profesionales en la provincia de Arequipa, en los establecimientos de salud del primer nivel en la Red de Salud Camaná Caravelí no existe ni una nutricionista. Se requiere realizar por lo menos una sesión demostrativa por mes en cada una de las 47 Micro Redes de Salud. Para cada sesión se requiere por lo menos 6 horas para su organización y ejecución. Son 564 sesiones y 3 384 horas nutricionista. Las disponibilidades de acuerdo a las 65 nutricionistas existentes en el nivel básico se tendrían disponibles más de cien mil horas por año.

c. PERCEPCIONES Y PERSPECTIVAS DE BASE.

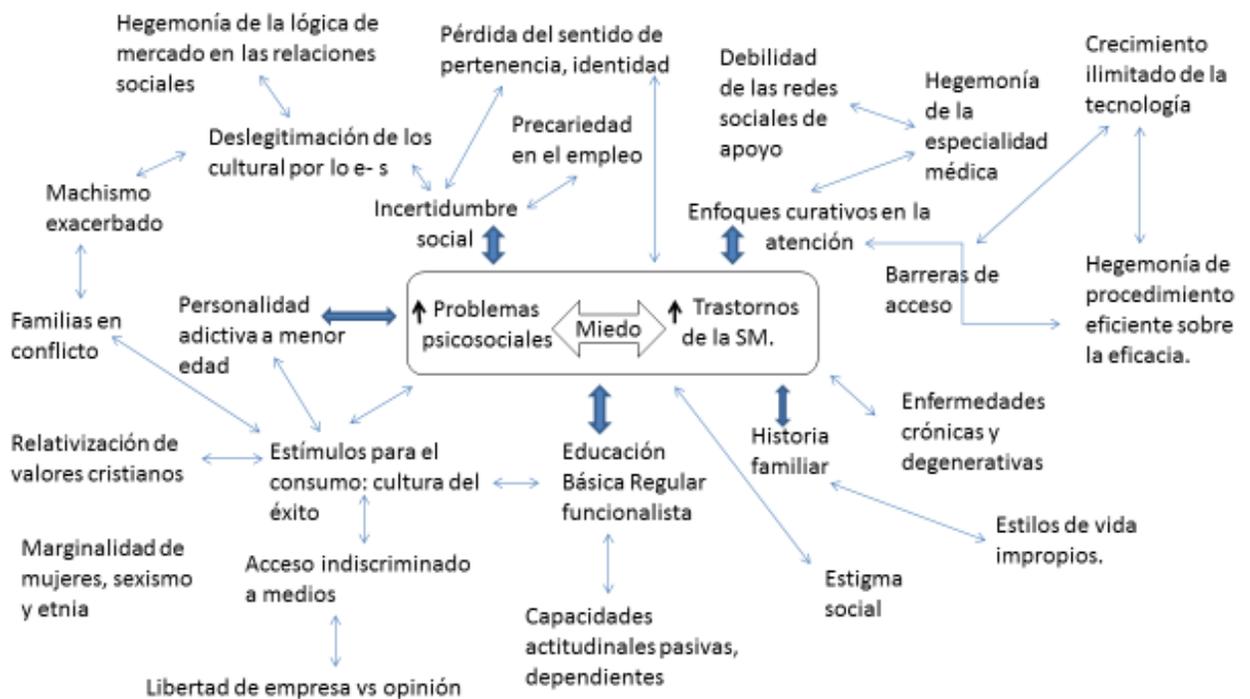
La realización de doce talleres ha permitido ampliar el horizonte de lo que se puede llamar “estructura causal dinámica” en la que la anemia se inserta ya sea como consecuencia o como causa, ya que las madres y los padres con alta probabilidad también sufrieron de este daño a la sangre a la edad en la que aún no tenían uso de razón y probablemente nunca supieron que al año o a los dos o tres años tuvieron anemia, la que con la edad y la alimentación en la escuela se resolvió.

3.2. SALUD MENTAL

Existe una relación dinámica, bidireccional, de ida y vuelta, es decir que las causas y las consecuencias se confunden, una se refiere al notable incremento de la prevalencia e incidencia de los trastornos a la salud mentales tales como la ansiedad, depresión y psicosis, y el otro se refiere al notable incremento en la incidencia y prevalecía de los denominados problemas psicosociales tales como la violencia en todas sus formas y el alcoholismo y la drogadicción, escenarios en el que esa compleja categoría social y manifestación de la personalidad de las personas denominada ‘miedo’ aparece, casi siempre.

Los determinantes sociales que están directa e indirectamente relacionados con este binomio “trastorno – alteraciones” se relacionan con la cultura, educación, sociedad, economía, servicios de salud, estilos de vida y la herencia biológica.

En el siguiente diagrama se observa una figura que se parece a una tela de araña desordenada, anárquica y que técnicamente se lee como una red entrelazada de causas que a la vez pueden ser consecuencias y, entre todas ellas conforman una especie de “totalidad concreta” en la que no es sencillo identificar con precisión, objetividad y regularidad matemática los límites de cada uno de los hechos o situaciones presentes en cada caso.



Lo que se observa como un elemento articulador entre los denominados problemas psicosociales y los trastornos de la salud mental es el miedo.

¿Qué es el miedo? El socorrido enlace electrónico de Wikipedia relata la definición en los siguientes términos.... “El miedo o temor es un sentimiento caracterizado por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta en todos los animales, lo que incluye al ser humano. La máxima expresión del miedo es el terror. Además, el miedo está relacionado con la ansiedad”. Continúa definiendo... “Existe miedo real cuando su dimensión está en correspondencia con la dimensión de la amenaza. Existe miedo neurótico cuando la intensidad del ataque de miedo no tiene ninguna relación con el

peligro. En la actualidad existen dos conceptos diferentes sobre el miedo, que corresponden a las dos grandes teorías psicológicas existentes: el [conductismo](#) y la psicología profunda. Según el concepto conductista el miedo es algo aprendido. El modelo de la psicología profunda el miedo existente corresponde a un conflicto básico inconsciente y no resuelto, al que hace referencia”.

El miedo es una reacción ante un peligro que percibe la mente de cada quien. Puede salvar la vida, al igual que a millones de personas y animales a lo largo de la historia. Tiene dos funciones muy importantes que buscan facilitar la supervivencia

. Avisar o hacer ver o sentir un posible peligro tal como sucede si uno se coloca al borde de un abismo.

. Prepara el cuerpo. Lo pone en situación de alerta para resolver una situación que aparece ante la mente como peligrosa, ya sea mediante la huida o la lucha. Significa que se produce un aumento de la frecuencia cardíaca, respiración, dilatación pupilas y otros síntomas, hasta sudor.

El miedo surge a partir de un peligro que percibe la mente. Esto significa que, para sentir miedo, el peligro no tiene por qué ser real, sino que basta con interpretarlo como tal.

El miedo, según la Real Academia de la Lengua.... “es aquella perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario” y es un sentimiento común a todos los seres humanos. “Algunos de los miedos, por supuesto, tienen un valor de supervivencia básica. Otros, sin embargo, son reflejos que pueden ser debilitados o reaprendidos”, explica el doctor en psicología Karl Albrecht. Esa sensación de ansiedad causada por la anticipación de algún evento o experiencia imaginaria es una reacción biológica del cuerpo ante un conjunto de señales que la mente interpreta como peligrosas. El sentimiento de aprensión o miedo es similar sea cual sea la causa que la provoca ya sea el miedo a ser mordidos por un perro o que la Superintendencia de Administración Tributaria nos pille sin declarar ingresos y pagar impuestos. “El miedo es mi compañero más fiel, jamás me ha engañado para irse con otro” sostiene un Woody Allen. El presidente Franklin Roosevelt afirmó que “la única cosa a la que debemos temer es al miedo mismo”. El citado Albrecht sostiene: ... “el miedo al miedo probablemente causa más problemas en nuestras vidas que el miedo en sí mismo”.

La conjetura por demostrar y sobre la cual se debe organizar buena parte del trabajo en la salud de la mente consiste en que como consecuencia de la observación de los hechos en medio de los cuales se da cuenta de un conjunto de factores que afectan negativamente las relaciones subjetivas que establecen entre sí las personas, ya sea en el trabajo o en el ámbito familiar o amical, estas personas ven gravemente disminuidas sus capacidades actitudinales, el miedo las socaba, de ahí que la fuerza y el coraje

indispensable para creer en algo, tener fe, para no solo sobrevivir en escenarios adversos, sino lograr vivir con mayor plenitud es claramente escaso o simplemente ha dejado de existir. Como resultado se instala un daño denominado trastorno mental ya que, en la estructura y funcionamiento del Sistema Nervioso en su conjunto, así como los sistemas que operan en interacción con él como el endocrino, linfático, inmunitario, cardiovascular etcétera, se instalan alteraciones moleculares bioquímicas y otras de orden físico electrónico que llevan a cuadros de ansiedad o psicosis o depresivos en sus múltiples tipos de presentación como trastornos del comportamiento, o en su defecto se presente conductas inusuales de violencia física o verbal o se hace evidente una tendencia al consumo de alcohol o de drogas. Estos dos grandes escenarios de resultados posibles, en los que el miedo juega un papel mediador o catalizador, se potencien entre sí.

La hipótesis de trabajo planteada en la Gerencia Regional de Salud indica que el “miedo” es el eje articulador de los dos grandes ejes problemáticos, los problemas psicosociales y los trastornos de la salud mental.

Los problemas de orden psicosocial hacen referencia prácticamente a dos acontecimientos: la violencia en todas sus formas y el alcoholismo y la drogadicción, y ambas constituyen problema en tanto no existe una explicación plausible para la observación permanente de que su medición en términos de tasas de incidencia y prevalencia muestran tendencias ascendentes que no se controlan con las intervenciones conocidas y que se practican rutinariamente.

Los problemas referidos a los trastornos de la salud mental abarcan los escenarios de las tradicionales neurosis y psicosis y, ambas constituyen problema en tanto no existe una explicación plausible para la observación permanente de que su medición en términos de tasas de incidencia y prevalencia muestran tendencias ascendentes que no se controlan con las intervenciones conocidas y que se practican rutinariamente, es decir que a más atención por psiquiatras, más personas con psicosis o ansiedad o cuadros depresivos se encuentran en la ciudad.

La constelación de factores que intervienen ya sea desencadenando procesos de trastorno mental o problemas psicosociales o en su defecto los condicionan o según casos concretos, se presentan como consecuencia son los siguientes:

1. Incertidumbre social

La sociedad competitiva y de escasas oportunidades para la formación técnica o profesional hacen que la seguridad de las personas sea cada vez más inestable. El sentido de seguridad y pertenencia se viene perdiendo y la sociedad se desestabiliza, las personas adquieren miedos irracionales, probablemente se vuelven más violentas y propensas al consumo de tranquilizantes o de estimulantes para pasar bien o mejor el día.

2. Precariedad en el empleo.

Las familias en pobreza y extrema pobreza, las de la denominada clase media están sujetas a empleos de naturaleza temporal, pésimamente remunerados y sin considerar los beneficios sociales a los que se tiene derecho por ley, y ello desde el propio Estado como fue el dramático caso del Sector Salud con el Programa de Salud Básica para Todos y lo sigue siendo con los contratos por servicios temporales. Se estimula la cultura combi y el taxi cholo. Se valora el ser 'macho' para salirse con la suya y en esta circunstancia el consumo de alcohol se hace ya indispensable. Es signo de valentía y hombría, hasta en las mujeres.

3. Deslegitimación de lo cultural por lo económico social.

¿Qué es aquello por lo cual una persona cree que merece la pena vivir? Probablemente aquello es lo que lograr obtener, atesorar como bienes. Puede ser lo que logra que los otros digan de o hablen positivamente de él, la vanidad de por medio. Probablemente no sea el concepto que uno tienen de sí mismo. Los problemas existen porque no hay recursos, especialmente presupuesto, por eso las familias se desintegran etcétera. El culto al dinero o el amor a él genera desestabilidad y la relación con los otros, la intersubjetividad se desmorona y lo cultural pierde sentido.

4. Pérdida del sentido de pertenencia - identidad.

Las relaciones sociales que se establecen entre las personas tienen como sustrato básico para la formación de la conciencia social a la cultura occidental que es hegemónica. Esta se sustenta en el culto al dinero como símbolo del éxito y prosperidad. En este escenario pierden sentido las coordenadas existenciales de la identidad histórica y social que se tiene como nación. Se produce un conflicto que deriva en crisis de legitimidad y provoca la evasión en el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas que además cuentan con un importante despliegue de propaganda que las asocia con el éxito. Se pierde el sentido básico de pertenencia, la significatividad de la existencia, ya no hay identidad.

5. Hegemonía de la lógica de mercado en las relaciones sociales.

La comercialización del alcohol y de las sustancias adictivas está sujeta a las leyes del mercado. La libre oferta y demanda fija las condiciones para el acceso. Detrás de todo ello están las poderosas industrias globales internacionales de la droga y de los tranquilizantes, que dominan el negocio y aplican estrategias para subordinar a autoridades y gobernantes hasta de la esfera espiritual. La libertad para el acceso no tiene su referente lógico y deseado en la capacidad de las personas para hacer uso de su propio libre albedrío, con autoridad sobre sí mismo y clara conciencia de los límites que tiene sobre su existencia y la de los 'otros'. Este escenario no se resuelve sino por el contrario se exagera con políticas de control y regulación, peor aún si estas son coercitivas.

6. Machismo exacerbado.

La realidad social y cultural de las relaciones sociales y de la intersubjetividad dan cuenta de que y ello a pesar de los movimientos sociales a favor de la independencia y los derechos de la mujer, en el escenario familiar predomina una hegemonía no solo de orden físico sino también mental del varón. La cultura del macho se impone. La frecuencia de la violencia doméstica, el feminicidio, constituyen noticias diarias de primera plana y contribuyen al estado mental subjetivos de temor generalizado. La historia del primer mandatario de la República, en el caso de su relación marital, es una huella que no se borra y muchos la quieren imitar.

7. Personalidad adictiva a menor edad.

Existen evidencias de que el inicio del consumo de alcohol y otras drogas se inicia desde los 12 años de edad. Pocos años atrás la edad de inicio estaba por los 15 y 16 años. Además, las mujeres incrementan la frecuencia y consumo de alcohol y drogas a menor edad y sin la compañía de los hombres. Las mujeres jóvenes postmodernas se divierten solas.

8. Familias en conflicto. Regresivas.

Se reconoce que la principal causa y mayor frecuencia de la tóxica dependencia y de los trastornos en la salud mental está dada en las familias que muestran tasas de conflictos elevada en las que la comunicación entre padres e hijos está prácticamente ausente. Las familias que no desarrollan capacidades para controlar los conflictos internos y externos, entran en crisis y se disuelven. La tasa de incidencia de divorcios tiene una tendencia ascendente, así como el promedio de años de vida marital en armonía tiene una tendencia descendente. Ello crea las condiciones primeras e

indeseables para el consumo de alcohol en los integrantes del hogar, ya sea que se trate de los padres o los hijos o de ambos. La comunicación entre los integrantes de la familia se pierde y con ello el sustrato básico e irremplazable para controlar las tendencias de la mente a la evasión y el olvido mediante el consumo de adictivos o estimulantes. En personas con personalidad adictiva el fenómeno es mucho más severo.

9. Estímulos para el consumo: cultura del éxito.

La motivación para el consumo de estupefacientes ya sea por causas familiares o por la permisividad social y las costumbres es permanente y se inicia desde temprana edad. Los 'modelos' toxico dependientes son más visibles hasta para los niños quienes consideran posible y deseable la experimentación por imitación. La misma cultura social basada en el éxito que se concentra en el "triunfador" que no es otro que el que tiene más dinero y bienes de capital y cuentas bancarias.

10. Relativización de valores cristianos.

El amor al prójimo desconocido y la identificación con las necesidades del o de los 'otros' se pierde en la escala de valores de las personas y su lugar es ocupado por aquellos que son estimulados desde los centros de poder mundial, el cine y la televisión y el Internet, tales como la 'tolerancia pasiva', los estados de indiferencia y el individualismo patológico. Todo ello lleva a una situación de desamparo y pérdida del sentido de pertenencia. El aislamiento y la soledad se asientan con mayor propiedad en la existencia de las personas y con ello el mejor amigo resulta el alcohol u otras drogas o estimulantes que tiene fácil acceso. La vida cristiana de entrega por y para el 'otro' pierde lamentablemente su propia consistencia.

11. Marginalidad de la mujer, sexismo y etnia.

La época contemporánea está caracterizada por acciones de política que dan prioridad al despliegue de las fuerzas del mercado para la creación de riqueza. Esto genera importantes niveles y grados de incremento de las diferencias y desigualdades sociales, las brechas se hacen más profundas. La desesperanza se instala en las familias desprotegidas por el mercado y consideradas débiles como las mujeres o inferiores como los 'indígenas'. Las oportunidades para desarrollar capacidades y ejercer el derecho a la libertad se hacen menos visibles. La evasión mediante el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas se hace atractiva, los tranquilizantes o estimulantes se consiguen con facilidad. Se cierra un círculo vicioso.

12. Acceso indiscriminado a medios.

La influencia de los medios es importante en el escenario de la toxico dependencia y los trastornos de la salud mental. El mercadeo social y las estrategias de publicidad y ventas, extraordinariamente creativas e ingeniosas, estimulan y crean la necesidad del consumo. Se llega a identificar simpatía, belleza y éxito con consumo y dinero fácil. El cine de Hollywood es paradigmático al respecto. Además de ello la visión que se crea respecto del futuro es ilusoria y evasiva lo que potencia la adicción. El control social sobre los medios es, desde otra perspectiva, una fantasía.

13. Libertad de empresa versus la de opinión.

Los medios masivos de comunicación influyen poderosamente en la creación y mantenimiento de la opinión pública sobre los temas de interés y favorecen cierto tipo de consumo. La opinión informada sobre por ejemplo análisis de la 'depresión' se sesga, a pesar del periodista o profesional que opina, hacia la orientación que el empresario dueño imprime a su medio y ello como consecuencia del interés que tiene de mantener contratos comerciales con por ejemplo fabricantes y expendedores de antidepresivos.

14. Educación básica regular funcionalista.

El currículo y los planes de estudio de la Educación Básica Regular se sustentan pedagógicamente en la transmisión de contenidos sobre materias principalmente de orden fáctico que el estudiante debe aprender, si o si, para constituirse en actor funcional al estado de cosas imperante en el sistema, vale decir pasivo y sumiso a las desigualdades e injusticias ya que estas son independientes de la voluntad del hombre. Si uno se opine es que está loco.

15. Capacidades actitudinales pasivas, dependientes.

La actitud de la personalidad adictiva es especialmente complicada ya que son presa de una alta sensibilidad y baja estima por si mismos que fácilmente llegan a actitudes de pesimismo y desaliento realmente patéticas. La actitud pasiva ante el cambio y la acción de los agentes externos es proclive al escenario social de marginalidad.

16. Estigma social.

Los signos y síntomas de la "locura en la época clásica" se mantiene y aún se potencia en el tiempo moderno. La tradición indica que el lugar adecuado para los toxicómanos y deprimidos o psicóticos es el manicomio. El drama está constituido por el hecho de que la normalidad, las organizaciones y personas que dirigen el estatus quo, el orden normal de las cosas, levantan y popularizan ideas y caracterizan como desviado y peligroso a quien no piensa y actúa como ellos. Estigmatiza la diferencia. La mejor

manera es originando y sembrando miedo a los otros diferentes y estos son los 'locos' altamente peligrosos para la seguridad pública, además de sucios y repulsivos.

17. Historia familiar.

Los antecedentes familiares son cada vez más potentes en términos por ejemplo de que se viene aceptando que la 'pobreza' se transmite por herencia, de la misma manera se estaría construyendo social y culturalmente, independientemente de razones genéticas evidentes experimentalmente, familias que de una primera a una segunda y hasta una tercera generación son cada vez más violentas o adictas a tranquilizantes o al consumo de alcohol y otras drogas.

18. Estilos de vida impropios.

Las personas y familias optan por vivir de acuerdo con los cánones que impone la modernidad y el estado global de las comunicaciones y finanzas, la sociedad de consumo y sus valores. Comer rápido, trabajar hasta el agotamiento físico y mental, consumir estimulantes, mujeres para sexo al paso, drogas, violencia etcétera, todo ello no se condice con la manera tradicional de ser y hacer que supieron cultivar los ancestros de estos lares.

19. Enfermedades crónicas y degenerativas en ascenso incontrolable.

Las personas con diabetes que no se controla y complica, o hipertensos que terminan discapacitados, o pacientes con algún tipo de cáncer que se deprimen son cada más en números absolutos y en tasa ya sea de incidencia y prevalencia y lo que es peor estos males afectan también a quienes no han sido favorecidos por la fortuna, vale decir a las familias de origen pobre y humilde.

20. Enfoques curativos en la atención.

Las propuestas de intervención a pesar de las políticas y planes existentes se enfocan en las acciones efectivas de desintoxicación de los casos agudos sin resolver los determinantes sociales ni factores de riesgo involucrados en el proceso causal y en la atención por médico psiquiatra a los trastornos de la mente.

21. Barreras de acceso.

La administración de la cosa pública se rige por normas y procedimientos de carácter y contenido universal y que en nuestra realidad local y debido a las formas y estilos de ser de las personas, especialmente vulnerables a la adquisición de responsabilidad y algunos grados de poder, la función burocrática se llega a exacerbar en su importancia a límites que muestran con fuerza sus lados negativos, tales como el dominio del papel sobre el de la creatividad y del procedimiento eficiente sobre el de la eficacia social de las intervenciones. La gestión creativa se complica en un escenario institucional en el que predomina el espíritu del lapicero y del escritorio. Se instala una barrera inexpugnable, en términos de que la familia no la puede penetrar, es el sistema de atención.

22. Hegemonía del procedimiento eficiente sobre la eficacia.

Cuando las personas son llevadas de la mano para que actúen en función de los procedimientos establecido en lugar de ejercer su derecho al libre pensamiento, a la creatividad, al juicio propio, es decir al ejercicio pleno de sus capacidades intelectuales y volitivas, pierden su sentido y caen con mayor facilidad y hasta con cierta alegría en la evasión que produce el alcohol y otras sustancias semejantes.

23. Hegemonía de la especialidad médica.

La atención a la salud centrada en la enfermedad, tiene en el modelo biológico médico y en el paradigma recuperativo su condición hegemónica sustantivamente sólida. Existe efectividad en el modelo cuando su enfoque no se separa de la enfermedad, pero en tanto sus principios y conceptos se colocan en el lado de los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo el modelo ya no es útil y el paradigma entra en crisis ya que no posibilitan la comprensión social del proceso vital de la enfermedad y de la salud y por tanto el planteamiento de intervenciones efectivas, factibles y viables en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

24. Crecimiento ilimitado e incontrolable de la tecnología.

Cuando la tecnología domina hasta en las labores domésticas la personalidad de los sujetos sociales se quiebra o resquebraja y las tendencias adictivas se despiertan y estimulan. Los artefactos, si no se los llega a dominar logran ejercer su propia lógica, y el sujeto se encuentra perdido hasta que finalmente es controlado por ella.

25. Debilidad de las redes sociales.

La sociedad se protege a sí misma desde dentro. Crea organizaciones a la manera de redes de protección, de auxilio y apoyo para combatir la desesperanza. Lamentablemente estas, en el campo de la toxico dependencia, cuentan con un apoyo sumamente débil de parte del Estado y de los gobiernos de turno. La estrategia da prioridad al combate contra el cultivo de la coca y nada más. Se sigue los dictados de las potencias mundiales en este campo y no se controlan los mensajes subliminales que desde los centros de poder mundial estimulan por el cine y la televisión el consumo de drogas.

Las consecuencias que se observan en este juego enmarañado de causas y consecuencias, indistintas unas de otras, en esta especie de tela de araña y que son más visibles, serían:

Elevados costos de la atención recuperativa. La atención médica reparativa es de alto costo, especialmente debido a la tecnología de punta que se requiere con cada vez mayor velocidad de cambio y reposición, y de otro lado por el creciente auge de la seguridad del paciente que demanda intervenciones con mayor apoyo de medios auxiliares de diagnóstico.

Elevados índices de reincidencia. Las intoxicaciones agudas se tratan ya sea como tales intoxicaciones o en sus consecuencias inmediatas o coadyuvantes como lesiones físicas y otros traumatismos, y los pacientes se recuperan y son dados de alta. A los meses nuevamente demandan atención por cuadros clínicos parecidos. El ciclo es permanente hasta que llega el final. Los 'locos' ¿se curan?

Factores de riesgo presentes y en incremento. Las condiciones que determinan y condicionan la toxico dependencia y trastorno de la salud mental se mantienen vigentes y su propagación se hace más visible y de mayor magnitud, especialmente los hechos que están presentes en el campo del empleo y en el de los valores cristianos. La permisividad se incrementa de manera altamente riesgosa para la salud mental de la sociedad.

Deterioro de la imagen institucional. La imagen de la institución pública se resquebraja y pierden legitimidad social, especialmente por la crítica desmesurada y poco informada y por la carencia de recursos, especialmente financieros, para mejorar el desempeño institucional. Las decisiones y acciones se ven envueltas en un círculo vicioso de carencia de recursos y decisiones desinformadas y mayor carencia de recursos y así hasta el infinito.

Mayor requerimiento de recursos para la atención. La demanda de atención se incrementa en magnitud y la capacidad de respuesta disminuye ya que la población

crece en progresión geométrica y los recursos en progresión aritmética, los estímulos para el consumo también crecen y no se despliegan acciones de control sobre ellos, de donde se potencia la falta o carencia de recursos, se llega a niveles críticos.

Incremento de la morbilidad y mortalidad por Tóxico dependencia. Las tasas de enfermedad y muerte por trastorno de la salud mental y la tóxico dependencia y algunas de sus complicaciones o secuelas se incrementa por puro razonamiento hipotético deductivo.

Sociedad permisiva con destino incierto. Si lo que se requiere para tener destino seguro son elites de gobierno capaces que tomen decisiones con cabeza propia y población libre y activamente participativa sin tendencia a la tóxico dependencia, el escenario que se tiene al frente es poco promisorio.

3.3. RABIA

El virus de la rabia continua circulando en el ambiente de la metrópoli arequipeña y aparecen perros muertos a los que se les diagnostica rabia y no se llega a obtener con rigor si estos mordieron a persona, a quienes, donde etcétera ya que no hubo denuncia inicial de mordeduras antes de que el perro fallezca y a pesar de que se ha insistido permanentemente y el personal profesional y técnico tiene conciencia operativa de la trascendencia que tiene la atención al total de personas mordidas y aplicar el protocolo correspondiente. La información disponible es insuficiente y poco confiable respecto a si todas las personas mordidas fueron tratadas como se espera y si las que recibieron vacunas completaron su esquema, y si las personas mordidas atendidas fueron realmente todas las existentes. Tampoco hay manera de saber ¿cuántos perros han muerto con rabia sin que nadie lo sepa? Perros muertos en las torrenteras, con rabia o sin rabia, sin que nadie los vea y el viento y el sol los calcine. De otro lado la idiosincrasia de las personas que migran tiene como uno de sus principales valores el estoicismo y por tanto ante una mordedura por un perro, en la mano, simplemente reacciona tradicionalmente diciendo a mí no me pasa nada, este se cura solo, además de que existe desconfianza histórica, se la lleva en los nemes, es decir la cultura y su simbología, hacia los servicios de salud.

Causas de primera línea

1. Cultura organizacional rutinaria.

La organización hace las cosas que debe hacer de manera tal que no existe reflexión posible sobre lo actuado y lo que se espera de ella, excepto claro está, que se cumple con lo que está establecido como meta operacional tal como vacunación canina, atención de personas mordida y otros y, ello siempre dentro los límites de los recursos disponibles. No hay espacio para la reflexión creativa, la imaginación como producto de una lectura crítica de la realidad de los hechos no constituye práctica cotidiana y por el contrario es desalentada por una y mil razones. La cultura de la rutina requiere una fuerte imposición normativa cuantitativa y una organización que actúa como un recipiente vacío que nunca se termina de llenar, ya que la emisión de normas es infinita y la capacidad de obediencia pasiva, aunque sea de mala voluntad, también.

2. Ambiente natural propicio para la rabia canina.

Las condiciones materiales que se requieren para que el virus de la rabia se propague entre los canes existen no solo en la metrópoli de Arequipa sino en los centros poblados de la costa y de los valles interandinos, ya que las temperaturas son altas en todo el año, los nichos ecológicos son los deseables para el hábitat de perros sin dueño ya que en las torrenteras y riberas de ríos o riachuelos se concentran desperdicios orgánicos que alimentan a estos animales y además por la ausencia de personas, las jaurías se construyen su lugar de descanso y establecen sus rutas de tránsito por las ciudades a la vista de todos, especialmente por los mercados de abastos. Los perros se pelean entre ellos, algunos mueren y el tiempo y la negligencia de quienes votan basura los entierra sin que se sepa que allí hay un perro muerto con probable rabia y así sucesivamente hasta que finalmente debido al azar se logra tomar muestra de uno de estos canes.

3. Débil acción intersectorial y ciudadana.

La burocracia y tecnocracia sectorial siempre está concentrada en los sujetos y objetos directos de su intervención, es decir en lo que manda u ordena sus políticas, planes explícitos sean de orden operativo o estratégico o sus documentos de gestión. El enfoque principal siempre es sectorial. Los ciudadanos organizados o a título individual siguen esta misma lógica, y demandan el servicio que corresponde, si es salud la atención en este caso de la persona mordida y este asunto no se lo relaciona con por ejemplo el animal mordedor, ni con lo que sabe o no respecto al tratamiento de la herida que deja la mordida, o el por qué existen tantos perros vagos y por qué es difícil hacer vacunar al perro, o con el hecho de que llegan nuevas familias al pueblo joven y

con sus perros y niños, y son cada vez más y no hay agua, la basura se acumula por los alrededores y perros desconocidos se juntan por las calles y se pelean con los que se escapan de sus casas. Todo esto se hace costumbre. La máxima de zapatero a tu zapato no parece responder a una lógica social multidimensional, a una totalidad concreta.

Causas de segunda línea.

1. Cultura organizacional rutinaria.

a. Presupuestos deficientes ya sea históricos o por resultados.

La reforma de salud ha aprobado metodologías que aplicadas dan como resultado la existencia de brechas importantes entre el personal profesional requerido y el disponible como es el caso de quienes están directamente relacionados con la rabia en los canes. Presupuesto para cerrar esta brecha no existe. En los resultados no se considera como prioridad la rabia. Hace años que no existe. La plata que cuesta organizar jornadas de vacunación con coberturas de población canina real por ejemplo no está disponible. Históricamente se presupuesta como para cumplir con lo programado y esta cifra es consecuencia de la rutina que dice que prácticamente el problema no existe, es decir la rabia, hasta que salta el chupo. La alarma se enciende y lo disponible no alcanza. Hay que gestionar que se declare en emergencia el tema para recibir recursos adicionales. Lo que cuesta en tiempo y capacidades cognitivas y actitudinales gastar el dinero del tesoro público constituye un problema especial y sui géneris.

b. Mayoría del personal está mecanizado y con compromisos pasivos.

La rutina es producto del aburrimiento y a la vez su efecto. Círculo vicioso que convierte a una organización en una maquinaria lenta, pesada y quejosa. ¿Por qué las personas están aburridas? Hacen lo mismo todos los días y además las actividades que se desarrollan no requieren ocupación mental sino actos reflejos puros. Memoria y obediencia. Si por un buen tiempo la rabia canina dejó de presentarse la rutina en el trabajo coloco en la trastienda de las prioridades para la acción hasta la vigilancia epidemiológica y otras como la vacunación de los canes que, si bien se hacen, la acción sólo se limita a lo que buenamente los profesionales y técnicos puede hacer con los recursos que se les asigna. Si el problema reaparece, tal como sucedió, la reacción local y regional no se hace esperar, es la que se espera cuando un escenario se complica, pero la rutina y la burocracia, especialmente en las relaciones con el nivel central de la organización vuelven a consumir o fagocitar toda posible acción local no rutinaria. Las contrariedades también se dan en estos términos entre las propias ejecutoras de la organización sanitaria regional y los niveles locales, en este caso las Comunidades

Locales de Administración de Salud tienen autonomía para organizar y ejecutar los recursos que se les transfiere y los que generan.

c. Cuadros directivos débiles.

La conducción de los servicios de salud en el nivel básico de atención está dominada por el sistema legal de la cogestión por lo que los gerentes de CLAS que son 47 son a la vez los jefes de igual número de Micro Redes y estos son seleccionados según sus propios procedimientos. En el caso de la organización sanitaria afectada por la rabia canina se han presentado casos en los que, y en el escenario de la rutina y burocracia que es permanente, se refleja desorden, decisiones que derivan en actividades que no se cumplen, opiniones informales importantes contradictorias con las de orden formal etcétera. Los niveles de compromiso son débiles. Los gerentes o jefes también obedecen en su asistencia a un rol de turno como cualquier profesional asistencial, por lo que la figura es que están y a la vez no están presentes. No se les nota. Por lo menos a una mayoría. Lo mismo sucede con el personal de saneamiento ambiental y con las enfermeras y con todo el mundo. De ahí se deriva que uno de los principales problemas que levantan estas jefaturas es la falta de personal. Con las contrataciones por Servicios No Personales con salarios paupérrimos los CLAS paliaban el problema. Ello ya no funciona de esa manera. Los procesos de liderazgo y conducción no están presentes.

d. Centralización normativa rígida e inapropiada

El proceso de descentralización se viene revirtiendo en la práctica y con la epizootia de rabia se puesto de manifiesto de manera clara y con ello los propios vicios de la gestión en el nivel central se han trasladado a la gestión sanitaria regional. La expresión más clara de ello es que las indicaciones sobre un mismo asunto asumen diferente contenido, orientación o significado según esta provenga de la Dirección General de Salud de las Personas y de la de Salud Ambiental o de Epidemiología o finalmente de la de Administración o incluso de Asesoría de Alto Nivel del despacho de los vice ministros. Todo un caos. Opiniones encontradas por ejemplo en el caso de las jornadas de vacunación canina. La norma dice una cosa en el caso del control de foco por ejemplo y paralelamente no se autoriza la adquisición de los insumos o materiales requeridos para cumplir con la norma. Se genera malestar cuando se llama la atención respecto a la que lo primero es predicar con el ejemplo.

2. Ambiente natural propicio para la rabia canina.

a. Prioridad relativa de la rabia para las autoridades locales

La norma vigente para el control de rabia canina indica que los gobiernos locales están facultados y obligados, y para ello existe presupuesto y el plan de incentivos municipales, a desarrollar las acciones técnicas tales como la construcción de perreras y su funcionamiento, la promoción de tenencia saludable de animales domésticos, la eliminación de los perros vagos, callejeros y que andan en jaurías y también la recolección de los desperdicios sólidos. Todo ello no constituye fuente de ocupación mental de prioridad para las autoridades locales y la excusa que se pone por delante es que no se dispone de presupuesto. Lo que se observa es que los resultados para este tipo de intervención no son evidenciables en periodos cortos de tiempo, no son rentables y su medición es complicada y se requiere de profesionales y técnicos que no están previstos en los cuadros de asignación de personal. La burocracia para la toma de decisiones de inversión, es decir el requerimiento de un ‘acuerdo municipal’ también atenta contra la eficiencia y eficacia de las intervenciones y en estos niveles de la organización municipal el tema tampoco tiene la prioridad del caso. Incluso en tiempos de emergencia sanitaria.

b. Población marginal en crecimiento.

Las familias que habitan las laderas de los nevados de la ciudad, prácticamente ha desaparecido la denominada campiña, mantienen cosmovisiones tradicionales andinas que se reflejan en usos y costumbres en las que por ejemplo el perro siendo parte de la familia es en primer lugar cuidante y por lo tanto no tiene derecho a vivir dentro sino fuera de la vivienda, cuidando la casa y a sus habitantes y mientras más sean mucho mejor y si no hay para alimentar a todos ellos su astucia u olfato canino les salvara del hambre. No se sabe con exactitud cuál es el número de perros por cada familia y si hay un promedio se sabe que este siempre va ocultar las diferencias y todo tipo de programación de recursos será aproximada. La salud no es prioridad en este tipo de cosmovisión ni siquiera forma parte de su escala de valores. A la enfermedad se la reconoce como tal solo y en cuanto su gravedad sea tal que impide absolutamente el desplégue de la fuerza de trabajo. Obviamente existen razones de orden estructural e histórico que hacen posible este tipo de crecimiento poblacional y que no es el caso describir.

c. Migración descontrolada.

La tasa de migración hacia la metrópoli arequipeña es alta y proviene de los departamentos vecinos especialmente Puno, donde existe el problema de la rabia sin control efectivo hace varios años atrás y a este lo contamina Bolivia donde la rabia es endémica. Del total de la población migrante 41% provienen de Puno y el 27.8% del Cusco. En los controles fronterizos no existe la normativa para el control del ingreso de animales domésticos que traen consigo las familias. No existe quien haga la pregunta

clave. ¿Este perrito que los acompaña está vacunado contra la rabia? Tampoco en los lugares de destino, es decir en los terminales terrestres formales e informales. ¿A quién corresponde esta tarea? ¿Qué Institución? ¿Por qué no lo hace? ¿Vale la pena hacerlo? Sí. Se ha establecido que el primer perro muerto por la rabia en Camaná fue uno que vino con el mal desde Puno.

d. Inadecuada distribución de escasos recursos a nivel local.

Si bien la disponibilidad de recurso es escasa ante los crecientes requerimientos de satisfactores de necesidades que tiene la población, este poco se usa en obras que no tienen en cuenta lo esencial para lograr crecer y desarrollar, que no es otra cosa que mejorar las capacidades y competencias de las personas de un lado y de otro estimular las motivaciones de orden trascendente antes que las extrínsecas, vale decir aquellas derivadas de la voluntad o del espíritu. Se prefiere invertir en una vereda o pista en lugar de por ejemplo en actividades de promoción de la salud familiar y cuidado integral de los animales domésticos, formación y mantenimiento de brigadas municipales de apoyo efectivo a la vacunación canina entre otras. La base para que ello suceda radica en una especie de distorsión entre medios y fines. La persona que es fin se la toma como medio y la vereda o pista que es el medio se convierte en la finalidad.

3. Débil acción intersectorial y ciudadana.

a. Concepción sectorizada de la realidad social de la rabia.

El control de la rabia canina corresponde a la medicina veterinaria y de la persona mordida a la humana y en cada escenario existen intervenciones perfectamente protocolizadas, es decir que se deben ejecutar de una manera profesional, rutinaria y homogénea sea cual fuere la situación del contexto. Visión biologizada y reparativa del mal y la responsabilidad es obviamente del sector salud, por lo menos la población y los que manejan los medios así lo creen. Se deja de lado explicaciones y motivaciones para la acción que son de orden cultural simbólico, posturas ideológicas y románticas irracionales respecto a los perros vagos, prioridades para la inversión social en los gobiernos locales, posición y estatus social de las familias afectadas, su nivel económico, el grado de escolaridad de los integrantes de las familias, sus inclinaciones religiosas o místicas etcétera. Lamentablemente si en el sector educación se coloca la rabia como tema del currículo y plan ya sea en el nivel inicial o de secundaria, también

se la enseña y aprende como un asunto cuya explicación es de orden biológico y fisiopatológico y su control responsabilidad de sector salud y punto.

b. Cultura mediática de los cuadros directivos sectoriales.

Las decisiones que se toman en los diferentes sectores relacionados con la producción y reproducción social de la rabia canina en la sociedad regional y nacional toman una velocidad e intensidad inusual solo y en tanto aparecen titulares periodísticos que alarman y plantean las bases de posibles escándalos mediáticos, o cuando en programas de radio o televisión se empieza a criticar y afean la acción o inacción de las autoridades sectoriales y de los gobiernos locales. La influencia de los medios resulta ya no sólo importante desde una perspectiva tradicional de información y canalización de opinión pública sino crucial y crítica por lo sobredimensionada que está, ya que de por medio se ventila la alta probabilidad de la construcción de deslegitimación y descrédito ciudadano respecto a la efectividad de las intervenciones sanitarias y la idoneidad profesional de sus agentes.

c. Indiferencia y pasividad ciudadana.

Los escenarios sociales de alta incertidumbre, de gran informalidad para sobrevivir, de precarias condiciones materiales de existencia asentadas sobre aspectos culturales que dan cuenta de niveles sorprendentes de estoicismo, hacen posible que se observe grados elevados de indiferencia ante el riesgo, en este caso de la presencia y propagación de la rabia canina y probablemente humana así como de otros males relacionados con aspectos de la higiene y tenencia saludable de animales domésticos y capacidades cognitivas suficientes para actuar responsablemente ante el hecho de la mordedura canina. En esta dimensión de la problemática se agrega a la indiferencia la pasividad, habida cuenta que la postura paternalista y asistencialista de los profesionales y técnicos de la salud de un lado y de otro su actitud organizacional tecnocrática y burocrática solo o especialmente sirven o coadyuvan con procesos sociales y comunitarios participativos pasivos, conformistas, con poca o nada energía creativa y con mucha carga negativa en términos de que todos los males se deben a que el gobierno y las autoridades no hacen nada o todo lo que hacen está mal hecho y a pesar de estos juicios de valor, se participa haciendo las cosas que se dice que se deben hacer, siempre y cuando no se afecte a los usos y costumbres. La máxima dice: La causa de todos los males está en el gobierno y la falta de dinero. ¿Será verdad?

3.4. ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS Y CÁNCER

El problema central está constituido por el hecho de que “la incidencia de las enfermedades crónicas y degenerativas muestra tendencias ascendentes alarmantes que desbordan la capacidad de respuesta de la institución”

ANALISIS DE CAUSAS

Se identifican y describen causas por niveles de complejidad.

1. Hábitos de vida impropios. Hábito o estilo, término que se usa para referirse a la persona en términos de que sus acciones diarias no constituyen sustrato alguno para la reflexión. Es decir que lo que hace la persona lo hace sin detenerse en cuestionar por qué lo hace de tal o cual manera y no de tal o cual otra. Es un ‘estilo’ y como no se le presenta nada anormal o fuera de lo común a la vista por causa de este estilo, éste pasa a formar parte de su existencia normal y cotidiana. Este estilo no es el que tiene consonancia con la cultura y la historia sino con la modernidad que nos llega por todo lado más con sus vicios que con sus virtudes.
 - i. Visión del héroe moderno. La influencia del cine y la televisión muestran a los héroes fumando, bebiendo, teniendo sexo al paso, agitado en el trabajo, obeso y sin tiempo para realizar ejercicios físicos, a pesar de la explosión de los gimnasios.
 - ii. Familia en transición. La Sociedad occidental entra en conflicto con la tradicional andina al estar atravesando por un proceso social y cultural en el que de la constitución tradicional que anima a la familia vinculada a la tierra y sus valores se pasa a una en que esta se vuelve ciudadina y se pierde el parentesco amplio y este queda en el margen estrecho de tan sólo padres e hijos e incluso de un solo padre o madre. Escenario en el que se modifican los roles de madre, del padre y lo que es más la de los hijos.
 - iii. Deslegitimación social de lo cultural. La pragmática de la lógica del mercado equivale al ‘éxito’ cuya raíz está en la posesión de ‘cosas’ cualquiera fuera su procedencia y maneras de obtenerla, por lo que el ritmo de la vida es acelerado y frenético, sin tiempo para la reflexión y el arte. Ser humano sin descanso ya que incluso dormido esta atormentado por la competitividad y el negocio que no da sus frutos o quien sabe qué tipo de urgencias existenciales.
2. Visión asistencialista biomédica en la respuesta social
 - i. **Concentración de la atención en los establecimientos.** Incluso cuando se trata de acciones de prevención de la enfermedad el grueso de los pacientes deben

acudir al establecimiento y realizar el proceso administrativo normado para lograr una consulta. La figura paternal, de superioridad y hegemónica del médico se impone. En tal sentido los diagnósticos de las enfermedades crónicas se realizan cuando los procesos patológicos tisulares ya están bastante avanzados.

1. Formación profesional débil en capacidades actitudinales con casi nula formación en valores culturales andinos y pensamiento crítico. ¿La solidaridad o el egoísmo? ¿Cuál de ellos se aprende desde el claustro materno y en la educación básica y superior? ¿Cuál es el sustrato de la justicia social que se aprende? En la década de los noventa se validó el absurdo social y cultural de ‘roba, pero haz’, ‘salte con tu gusto’, ‘patea a tu mujer’. Por ello y lamentablemente el valor de la autonomía y del ejercicio de la libertad quedo postergado y actualmente está subyugado y amarrado por la lógica del tener cuyo Instrumento idóneo es el mercado.
 2. Hegemonía de los sistemas expertos. La ciencia y la técnica han producido sistemas expertos que al igual que ellas poseen el carácter de ser absolutas y universales. Desde las normas de higiene hasta las de un viaje por avión. Todas valen y son iguales para los ocho mil millones de habitantes del planeta tierra. Nada los diferencia.
 3. Hegemonía de la ‘ciencia ciega’. ¿Quién sabe más de algo? El especialista. ¿Qué sabe? Cada vez más de menos. Ver lo específico desconectado de lo global es como no ver ni uno ni lo otro. Es como estar ciego. La ciencia no es especializada. Sólo es una manera de conocer la realidad.
- ii. **Despliegue de enfoques pasivos en el proceso social de participación.** Si lo asistencial en la comprensión y entendimiento de la enfermedad es lo sustantivo entonces por lógica es el profesional el que teniendo la razón en todo indica a los pobladores que es y cómo deben de hacer las cosas que convienen para sanarse. Todo tipo de ‘cosmovisión’ alternativa resulta irrelevante. Aparece la tecnología como el ‘artefacto’ que salvara de todo mal y la imaginación queda en la trastienda de la existencia. Si existen agentes comunitarios sus desempeños deberán ser los esperados para este tipo de enfoque sanitario. De la misma manera la organización de los recursos se realiza en torno a los recursos disponibles en el establecimiento de salud, todo gira en torno a él. La concepción del espacio para la acción de gobierno del territorio en coordinación con otras autoridades no corresponde al paradigma biomédico.

- iii. Procesos tradicionales de educación para la salud. Siguiendo a Confucio diremos: “Me lo contaron y lo olvidé, lo vi y lo entendí, lo hice y lo aprendí”. Para hacer las cosas hay que comprender y aceptar la lógica de la ética en el discurso o lo que es lo mismo la ‘acción comunicativa’ cuya máxima dice. Hablar es el “acto” que transforma la realidad. Hablar haciendo y haciendo hablar. Los procesos constructivos y de descubrimiento no son posibles en el escenario del tipo de educación bancaria que se desarrolla en la Institución. El constructivismo y el aprendizaje significativo adquieren carácter de necesario.
3. Débil soporte en infraestructura básica, física y cognitiva.
- i. Débil prioridad del nivel básico de atención. La Atención Primaria de la Salud, como estrategia de cambio del sistema y fortalecimiento de los niveles básicos de atención no ha logrado conmover ni mover los cimientos del modelo de atención reparativo. Consecuencia de ello es que la infraestructura sanitaria, el equipamiento y la dotación de personal es siempre insuficiente.
 - ii. Normatividad para el control de los daños centralizada y sustentada en el modelo médico reparativo. Se infla o sobre valora la importancia de la pesquisa o diagnóstico oportuno y para ello los tamizajes y los controles usando tecnología especializada que si bien indispensables, no son suficientes, ya que en el fondo o en la esencia del fenómeno social y cultural del tema se o pone en cuestión o juega la capacidad actitudinal de la familia para que de manera radical cambie sus lógicas de existencia ante el alimento que come y los pensamientos que cultiva y lo consumen respecto del éxito en la sociedad.
 - iii. Débiles procesos de investigación. La centralización de los procesos de decisiones existentes en la institución y su normativa dificulta el despliegue de las capacidades de los actores locales para la elaboración de protocolos de investigación y la gestión de los mismos para su ejecución y publicación. Abona a ello la inmensa carga de actividades rutinarias que se deben cumplir.

ANÁLISIS DE CONSECUENCIAS.

Resulta complicado ordenar las consecuencias de la vasta problemática descrita de una manera lineal y secuencial en el sentido tradicional o en la manera de pensar lógicamente desde una visión mecanizada, especializada y occidentalizada de la realidad, tal como lo demanda la norma de formulación de proyectos.

El propio esquema es el principal problema. La inteligencia avisa de que no hay que tal o cual causa produce tal o cual consecuencia. La realidad es una red entretejida

de múltiples mediaciones, intermediaciones, potenciaciones, restricciones, condicionamientos, fortalecimientos y rupturas. Una totalidad concreta no se debe ni puede alinear rígida y sólidamente en su composición sin riesgo de alterarla sustantivamente.

Por ello es que este tópico se lo planteará de manera circular en una especie de espiral sin principio ni fin, pero del que si es posible desprender dos ejes centrales que se potencian entre sí. El primero dice que la capacidad de respuesta de la institución está siendo rebasada y la consecuencia de ello es el colapso o la quiebra. El segundo dice que se fortalece un proceso de desprestigio y deslegitimación social de la institución lo que conduce a escenarios de conducción y dirección muy inciertos.

Las consecuencias en espiral están constituidas por:

- a. Espíritu de grupo gregario en lugar de solidario.

La especialidad y con mayor énfasis la subespecialidad médica dificulta el trabajo en equipo necesarios para un abordaje integral del problema de salud que aqueja a un paciente y a la familia. La subespecialidad forma un grupo cerrado, con escasa o nula comunicación horizontal con quienes no son sus pares. La posibilidad de armar equipos con otros profesionales de la salud es muy débil, por lo que el abordaje de la problemática también es cerrada, centrada en la opinión médica exclusivamente.

- b. Sofocamiento de la creatividad y capacidad de innovación.

La normatividad vigente en la institución, prolija y exhaustiva como es, tiene previsto todo tipo de proceso tanto de orden asistencial como administrativo, lo que aunado al centralismo en el proceso de decisiones torna complicado que los actores sociales locales, especialmente los profesionales de salud, encuentren motivación para el despliegue de ingenio y creatividad ante situaciones problema. Frente a hechos concretos la probable respuesta es, la norma dice tal o cual cosa.

- c. Hábitos de vida negativos que se potencian.

La población encuentra estímulos potentes para continuar desplegando sus maneras de pensar y hacer las cosas de su existencia cotidiana sin encontrar razones por las cuales dejar de hacerlas, ya que no existen espacios para la reflexión no solo de lo que se conoce como causa inmediata de tal o cual patología crónica, sino y lo que es más sustantivo, buscar por qué existe tal o cual causa inmediata. Encontrar por si mismos las causas de las causas. ¿Por qué hay sedentarismo? ¿El trabajo que

uno tiene lo obliga a ser sedentario? ¿Por qué? ¿Cómo puede cambiar el estilo de trabajar?

d. Predominio de la pasividad y la dependencia.

La tradición asistencialista y paternal de la oferta de servicios en la institución y del Estado en general, promueve una actitud pasiva y conformista en la población que no es significativa para lograr cambios importantes en los hábitos de vida adquiridos por osmosis social o imitación. No se cuestiona esta manera de existir. La responsabilidad de los males de uno o de su familia siempre está en la desatención por parte del 'otro', en este caso el Servicio de Salud. La queja en lugar de la proposición es la rutina.

e. Elevados índices de complicaciones e incremento de los costos de atención.

Las complicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas, a pesar de que no se dispone de una información precisa y confiable, probablemente tienen una alta incidencia en relación con otras latitudes y se sabe que el costo de la atención es sustantivamente alto. La saturación de los servicios de diálisis así lo indica.

f. Pérdida de oportunidades para la acción intersectorial.

Las posibilidades de ver y aprovechar oportunidades efectivas para la coordinación y acción conjunta con otros sectores como educación, trabajo y vivienda, y especialmente con las autoridades del gobierno local y regional se diluyen cuando la atención mental está concentrada en las alternativas biomédicas existentes para resolver la problemática de los procesos patológicos crónicos y degenerativos, muchos de los cuales tienen su origen en la contaminación del ambiente, el hacinamiento, el tipo de alimentación y de trabajo existentes entre otros.

g. Predominio de las capacidades instrumentales y cognitivas académicas.

La formación universitaria de los profesionales de la salud hace hincapié en el dominio de las capacidades instrumentales, es decir en el manejo apropiados de técnicas e instrumentos ya sea para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, las que finalmente terminan por apropiarse del escenario de manera tal que ya no es posible intervenir ni concluir diagnósticos sin la ecografía o la resonancia o cualquier otra técnica de moda. La tecnología de la medicina es la que por lo general tiene la última palabra. Lamentablemente las capacidades cognitivas que dicen de la explicación científica y que hasta no hace poco tenían la hegemonía en la formación académica, en la actualidad pasan a segundo plano. De todas

maneras, quedan completamente relegadas o en su defecto como simple consecuencia las capacidades referidas a los valores de las personas.

IV. LINEAMIENTOS DE POLITICA

1. Atención integral de la salud con énfasis en promoción y prevención, con enfoque de género y humanización de la atención.

La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de nuestros ciudadanos. La atención de la salud es un derecho humano, la misma que debe ser integral, considerando al ser humano, eje central de la atención, como un ser bio-psico social (salud física, salud mental y salud

social) en su entorno familiar, laboral y comunitario, efectuando una atención integral en salud en los aspectos promocional, preventivo, recuperativo y rehabilitador.

Consideramos la salud como un derecho individual, un bien común y como elemento fundamental de la seguridad humana, implica generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. La población se merece la mejor atención posible a su salud, esto significa desarrollar las mejores acciones en promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación del afectado por la enfermedad, lo que requiere de un número suficiente de establecimientos de salud, capital humano, medicamentos y suministros en todos los servicios públicos de salud, destinados a atender a las personas, las familias y comunidades

Es fundamental en todos los niveles y conforme a su demanda, el trabajo de promoción de la salud, enfocado en promover estilos de vida saludables y prevenir las enfermedades, con un importante control de los determinantes sociales del proceso salud - enfermedad. Buscando crear una cultura de la salud, que involucre a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, mejorando la calidad de vida en las poblaciones; sin dejar de lado la salud y seguridad en el trabajo. Generando en los ciudadanos una adecuada cultura sanitaria, reflejada en hábitos de vida saludable con consciencia de auto cuidado. Siempre y en todos los casos, buscando la equidad de género, la interculturalidad, la educación para la salud y la participación comunitaria.

Finalmente, y aunque resulte paradójico, es fundamental humanizar los servicios de salud, cuando la esencia de éstos es precisamente el ser humano. Pero la tecnificación creciente de los servicios de salud, la hegemonía de la eficiencia y el control de los costos médicos, han hecho que el personal de la salud sobreponga aspectos administrativos, financieros y procedimentales, a la prestación de un verdadero servicio orientado al ser humano. Por la esencia misma de los servicios de salud, la humanización debe convertirse en una prioridad de las instituciones de salud, y los gerentes o gestores de salud deben enfocarse en la atención centrada en el usuario.

Es trascendental que la humanización sea parte del modelo de atención, para que todos los que se involucren en el proceso de atención al paciente, lo tengan como referente en los momentos de la verdad. Hay que garantizar la seguridad del paciente, mejorar continuamente los procesos y brindar una comunicación asertiva con empatía y calidez en la atención. Este también es un importante espacio en el que deben involucrarse las entidades formadoras, para que sus egresados mantengan un nivel elevado de valores y de humanidad, dispuestos a enfrentar a toda prueba.

2. Vigilancia y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y Reducción de lesiones ocasionadas por factores externos.

Con el nacimiento del nuevo siglo, la población peruana y arequipeña vive los efectos de una transición demográfica y epidemiológica. Una población que se ha ido envejeciendo, una migración que va avanzando y va dejando cinturones marginales en la ciudad y genera familias fragmentadas; una intensa y desordenada urbanización en la que la situación de riesgo es constante, por la inadecuada e inexistente planificación urbana, en particular de los servicios básicos que son exigencias permanentes de la ciudadanía.

Entender la salud como el producto social resultante de la interacción de estos factores sociales, económicos, culturales y ambientales, requiere de acciones que transformen los determinantes de la salud de la población: Pobreza; Desempleo; Vivienda, Seguridad ciudadana; Etnicidad y ruralidad; medio ambiente; entre otros. Ante este escenario, la salud de la población es afectada no solo por enfermedades infecciosas, nutricionales y maternas e infantiles, sino que, a ellas, van sumándose otros problemas de mayor complejidad y costo, como es el caso del VIH/SIDA, enfermedades cardiovasculares, obesidad, cáncer, diabetes, enfermedad mental, drogadicción y violencia.

Se busca disminuir y controlar las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza. Disminuir los casos de IRAS y EDAS en la región, en particular las neumonías, que siguen siendo la principal causa de muerte en Arequipa, disminución de los casos de TBC pulmonar y MDR además del VIH/SIDA y regionalmente erradicar la Enfermedad de Chagas.

En relación a las enfermedades no transmisibles, debemos reducir la morbimortalidad materno neonatal en la población más vulnerable, disminuir la desnutrición crónica y la anemia en menores de 5 años, limitar el sobrepeso, la obesidad, las enfermedades metabólicas y las crónico degenerativas, con énfasis en prevención y control del cáncer, que es un problema de Salud Pública, por su frecuencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en hombres y mujeres al causar muertes y discapacidades y porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos o detectados y tratados tempranamente. Se trata de reducir la carga del cáncer en la población, con un planteamiento integral que vaya desde la promoción de la salud y la prevención del cáncer, detección temprana, tratamiento adecuado, rehabilitación y cuidados paliativos, que constituyen la forma más efectiva de atacar el problema.

Otro motivo importante de la atención está en prevenir las lesiones ocasionadas por factores externos, sea la violencia y los accidentes de tránsito, que ocasionan una importante pérdida de años especialmente en la población joven y sana.

3. Acceso racional y oportuno a medicamentos de calidad.

En el país y en la Región existen elevados precios de los medicamentos en el mercado farmacéutico, además una habitual escasa disponibilidad en los Establecimientos de salud, sumado a un uso irracional del medicamento.

La situación actual de nuestro país refleja la urgente necesidad de que toda la ciudadanía tenga acceso a medicamentos esenciales, por lo que es necesario desarrollar intervenciones en el sector público y privado destinadas a normar, regular, vigilar, controlar y promover el uso racional del medicamento. La política de medicamentos tiene como objetivo general lograr que la población tenga acceso con equidad a medicamentos esenciales, eficaces, seguros y de calidad, a través de la acción reguladora del Estado, la concurrencia de todos los actores sociales involucrados (productores, importadores, consumidores, prescriptores, dispensadores, reguladores, y comunidad en general) a fin de asegurar la provisión y uso racional, reorientar la oferta de medicamentos en el mercado farmacéutico, enfatizando la disponibilidad obligatoria de medicamentos esenciales, racionalizar el gasto farmacéutico y reconocer las terapias tradicionales, en el marco del uso racional.

Es esencial incrementar la cobertura del aseguramiento en salud y fortalecer el Seguro Integral de Salud, ampliar la población beneficiaria y los planes de cobertura, con ello se debe asegurar el financiamiento de los medicamentos en los sectores públicos más desprotegidos, con partidas presupuestales protegidas y exclusivamente destinadas para los medicamentos e insumos requeridos por las intervenciones sanitarias, debidamente estandarizadas con guías de práctica clínica, que aseguren su abastecimiento regular y permanente. Hay que mejorar la gestión pública de medicamentos que garantice su disponibilidad en las poblaciones pobres, alejadas, rurales y excluidas.

Se requiere de vigilancia del cumplimiento de normas sobre prescripción en denominación común internacional (DCI o nombre genérico), garantizando la calidad de tales productos, con controles y estudios que demuestren su eficacia.

Es fundamental la participación de todos los sectores involucrados en la gestión del medicamento, comprometidos en lograr el acceso y disponibilidad de medicamentos e

insumos médicos en el momento oportuno y a un precio asequible, como un derecho ciudadano.

4. Desarrollo permanente del talento humano en salud.

El talento humano en Salud (mal llamado Recurso Humano) es el elemento fundamental para mejorar la calidad, ampliar la cobertura y garantizar la seguridad y equidad en la prestación de los servicios de salud, que son los objetivos centrales de la atención sanitaria; por lo que es primordial desarrollar el talento humano de la salud, promoviendo y coordinando su formación, regulando su actividad profesional, manteniendo relaciones laborales satisfactorias y gestionando el talento con equidad y meritocracia.

En esta política están coludidos diversos subsectores, como son: las instituciones formadoras del talento humano (Universidades e Institutos Superiores), los colegios profesionales, los gremios de trabajadores de la salud, las Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), que deben evidenciar estrategias participativas a nivel sectorial e intersectorial, en materia de desarrollo del Talento Humano en salud.

En el país, el desarrollo de los RRHH enmarcado en un sistema de salud fragmentando, inadecuadamente financiado y con énfasis en acciones curativas, ha sido deficiente. Se ha caracterizado por el desequilibrio entre la formación del personal de salud y las necesidades de los servicios; distribución inadecuada del personal, con elevada concentración en áreas urbanas; dificultad para definir perfiles apropiados para una atención integral; falta de coordinación entre las instituciones formadoras y empleadoras de recursos y debilidad gerencial para optimizar su utilización y regular la actividad profesional. La política de desarrollo del Talento Humano por tanto se perfila en solucionar estas deficiencias, basado en una adecuada planificación, coordinación y organización de los RRHH en salud, la Formación y educación permanente en servicio, con planes de desarrollo adecuadamente financiados y el derecho de mantener una carrera pública basada en los méritos de los trabajadores del sector.

5. Cuidado y control del medio ambiente como factor contribuyente al cuidado de la salud.

El medio ambiente produce influencias en la salud de las personas de muchas maneras, a través de la exposición a factores de riesgo físicos, químicos y biológicos y por medio de los cambios relacionados con la conducta en respuesta a dichos factores. El impacto

del medio ambiente en la salud es una preocupación creciente. El cambio climático está afectando por diversos mecanismos a algunos de los determinantes más importantes de la salud, como son los alimentos, el aire y el agua. El calentamiento del planeta y la creciente frecuencia e intensidad de los fenómenos meteorológicos extremos, como tormentas torrenciales, olas de calor, sequías e inundaciones, se están manifestando de manera abrupta y las consecuencias se presentan de forma aguda. Arequipa, ya viene sufriendo los embates del cambio climático y además la contaminación ambiental por años viene siendo un factor determinante en la salud pública de los pobladores Arequipeños; a consecuencia de los gases contaminantes, residuos sólidos y aguas servidas, se ha incrementado enormemente debido a una falta de atención y de concientización por parte de los pobladores.

Arequipa es la segunda ciudad en el Perú donde circulan más vehículos después de Lima. La contaminación del agua en la ciudad de Arequipa es uno de los problemas más críticos de la región, las aguas del río Chili se encuentran altamente contaminadas por la emisión de desechos domésticos e industriales en sus aguas. Desde Chilina, hasta el puente Tingo, se registra unos 50 puntos de vertimiento de aguas servidas domésticas, comerciales e industriales que suman unos 30 l/seg, aproximadamente 2 500 m³/día que representa un 2% del total de las aguas residuales vertidas. En el periodo seco y los años de sequías, el caudal del río Chili desciende a 2,5 l/s, por lo que el aporte de las aguas contaminadas llega a constituir el 40% del volumen total, con los consiguientes problemas para la salud de la población y agricultura de la localidad. También hay contaminación de los suelos que es de la misma magnitud que el que se causa al agua y al aire, los residuos sólidos no son adecuadamente dispuestos en la región y no existe un relleno sanitario en la provincia. Se hace muy necesario intervenir en el medio ambiente para evitar más problemas en la salud de las personas

6. Participación ciudadana en salud con intersectorialidad, transectorialidad y lucha contra la corrupción en salud.

Es ineludible asegurar la participación efectiva de la ciudadanía en el diseño de las políticas de promoción, prevención, cuidado y rehabilitación de la salud, así como en su evaluación y vigilancia en los diversos niveles del sistema de salud.

Se debe garantizar la participación del gobierno en sus tres niveles, de las organizaciones políticas, de la sociedad civil, de la academia, de los gremios, del sector privado y de la ciudadanía en general, en las decisiones fundamentales de la gestión en salud, ya que le atañe directamente, si se respeta la autonomía del paciente en la atención individual, se le debe dar cabida a la ciudadanía en las decisiones importantes relacionadas a su salud colectiva.

La vigilancia ciudadana es requisito fundamental de transparencia y de que las acciones en este campo del quehacer humano se desarrollen lo más cerca de los usuarios de los servicios, impidiendo la corrupción en un sector tan sensible de la sociedad: su vida y su salud.

La participación comunitaria la constituyen las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. La participación social se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos comunitarios, organizaciones, sectores e instituciones se unen para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones. Tiene que ver directamente con la intervención en la toma de decisiones, participa en la planificación, administración y ejecución de actividades y programas de salud. Hay algún grado de compromiso de la comunidad en cuanto a la aceptación de su responsabilidad en la determinación de problemas vinculados con la salud y en el desarrollo y aplicación de soluciones. Finalmente está la evaluación de las actividades, que puede incluir formas estructurales o no de averiguar las opiniones de los miembros de la comunidad en materia de actividades de salud.

La participación comunitaria constituye en los actuales momentos un elemento esencial en la gestión de las políticas públicas de salud bajo el nuevo paradigma de la democracia protagónica y participativa, condición necesaria para garantizar la construcción de ciudadanía. La participación popular en la planificación es vital por cuanto los saberes populares y el conocimiento de lo local constituyen piezas fundamentales para la puesta en marcha de planes y programas de salud, y si lo que se busca es que las comunidades impulsen su propio desarrollo a través de su participación en el proceso de toma de decisiones en la formulación y gestión de las políticas públicas, deberán entonces reorientarse y reconducirse las estrategias de abordaje comunitario que garanticen ese empoderamiento de las comunidades para lograr como fin supremo elevar su calidad de vida.

Se requiere encargar a la ciudadanía una contraloría social de los servicios de salud, así como la puesta en ejecución de mecanismos de control y evaluación que contribuya a elevar la eficacia e impacto de la gestión pública.

7. Gestión de la tecnología en salud destinada a mejorar la calidad de vida de las personas.

En los últimos 40 años se produjeron profundas transformaciones tecnológicas que han cambiado las condiciones de los sistemas de salud. Ha habido aportes trascendentales para la organización de la medicina. El ritmo de la innovación y de la información

complicó los procesos de planeamiento. Los hallazgos científicos y su rápida aplicabilidad generaron un aumento de los costos de atención de salud, demandando alta inversión de capital, requerimientos de personal y recalificación laboral y modificaciones organizativas. El proceso es común a todo el sector salud a nivel mundial, siendo mucho más evidente la brecha tecnológica en los países en desarrollo, donde muchos procedimientos que son estándares mundiales o estándares de oro, son aun utopías, en el país y en la región la situación es muy evidente, inclusive si evaluamos la tecnología disponible en la ciudad capital del país y la de provincias; y hasta la del sector privado y del público.

Se ha desarrollado un enorme bagaje de conocimientos científicos y una tecnología más compleja, así como procedimientos de diagnóstico y tratamiento cada vez más especializados. La demanda de servicios de salud por parte de la población, la accesibilidad y equidad en su utilización, la creciente tendencia al envejecimiento de las poblaciones, la emergencia de nuevas patologías, presionaron sobre los costos de los sistemas de salud. Este fenómeno determinó que en distintos países se planteara la necesidad de analizar la eficacia de los servicios de salud, lo que explica la vigencia actual de la Evaluación de Tecnologías en Salud. Es en los momentos actuales en que se debe poner especial énfasis en mantener una tecnología que haya evidenciado ser fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas, por ende, se debe disponer de presupuesto o implementar estrategias tendientes a reducir la brecha tecnológica vital, puesta a disposición de los ciudadanos de la región.

8. Sistema de salud regional integrado y solidario, accesible a todas y todos.

Para enfrentar los diversos escenarios del fenómeno salud - enfermedad y contribuir a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, es necesario iniciar un proceso de cambio, estableciendo objetivos y estrategias apropiadas, con el propósito de obtener mayores beneficios, reducir riesgos y optimizar el logro de los resultados.

El Sistema de Salud del Perú, denominado Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, por la Ley N° 27813, del 12 de agosto del 2002, estableció que los diversos subsectores del Sistema debían trabajar coordinada y descentralizadamente, la ley era clara, pero nunca se cumplió como tal, solo el Ministerio de Salud se descentralizó, si bien se crearon el Consejo Nacional, los Consejos Regionales y los Provinciales de salud, el trabajo desarrollado hasta la fecha ha sido solo de cierta coordinación, mas no ha presentado un trabajo claro y evidente ante la población, que debió definitivamente percibir un cambio trascendental en la gestión de los servicios de Salud, con tales estructuras integradas, por lo que se hace necesario redefinir el sistema de salud en el país y en las regiones. Es necesario por

tanto que se desarrolle un Sistema Regional de Salud, que gestione la salud en el ámbito regional, de manera eficaz y eficiente, solucionando los problemas que se presenten en la región, no de manera aislada, por cada subsector, sino como una unidad operativa funcional que brinde las posibilidades de una mejor calidad de atención de la salud en el espacio regional.

Es trascendental establecer un Sistema Regional de Salud, coordinado, descentralizado, solidario e integrado funcionalmente. Es necesario construir una red de servicios que responda a los derechos universales de la salud, con equidad, calidad y humanismo, que se fundamente en un contrato social para la salud a nivel Regional. La búsqueda del acceso universal a la salud, garantizando el ejercicio del derecho a la salud, se debe caracterizar por crear condiciones para mejorar e incrementar la disponibilidad de servicios públicos de salud, así como de programas específicos dirigidos a atender la comunidad, la familia y las personas, de acuerdo al perfil de salud y prioridades vigentes. Por lo que se debe contar con un número suficiente de establecimientos y de personal, crear las condiciones de accesibilidad de servicios de salud a todos y todas sin discriminación alguna, con accesibilidad geográfica, económica y cultural, cumpliendo con la Constitución, proporcionando a la población la información necesaria para el cuidado de su salud y ser de buena calidad, garantizando un trato digno, tratamientos adecuados y resolución de sus problemas de salud. En este contexto se propone un Sistema Regional de Atención Integral en Salud, con el propósito de contribuir al acceso universal de la población a los servicios de salud, mediante la organización, articulación y desarrollo de una Red Regional de Salud, conformado por todos los prestadores, coordinados mediante diferentes convenios e intercambio de servicios. Un Sistema de Salud perfectible, que sea lo suficientemente versátil como para adaptarse en los escenarios locales.

V. PRINCIPALES ESTRATEGIAS REGIONALES

1. Enfoque orientado a remover determinantes sociales de la salud sustentado en la participación y vigilancia ciudadana

El principal escenario para el despliegue pleno de las actividades de promoción de la salud está constituido por las organizaciones sociales de base y el enfoque teórico adecuado es el que da prioridad a la comprensión y entendimiento de los factores determinantes en la producción y estructura de la enfermedad, la muerte y discapacidad, así como en la intensidad de exposición a factores de riesgo específicos y que en síntesis reflejan la iniquidad social existente en la sociedad regional y nacional. Los actores sociales de la sociedad civil están en condiciones intelectuales y anímicas de mayor perspectiva que los actores institucionales para lograr que la salud sea parte importante de la o de una conciencia social hegemónica y que además se la considere como constituyendo un tema de alta sensibilidad de manera tal que se caiga en cuenta de su tremenda importancia para la paz, justicia y desarrollo humano.

La sostenibilidad de las intervenciones orientadas a lograr ambientes, escuelas, municipios y vidas saludables requiere como cimiento una sólida comprensión de la realidad social, estructural e histórica del fenómeno salud enfermedad, así como de su complejidad y del juego de poderes que en ella están inscritos, especialmente desde los grandes intereses económicos que tienen poderosas industrias, tanto del medicamento cuanto de la tecnología del diagnóstico y tratamiento, y del juego ideológico que existe en las explicaciones de algunas patologías, especialmente la relacionadas con el uso del cuerpo.

Esta estrategia orienta los procesos sociales de participación comunitaria en el análisis de los hechos y situaciones de la salud y enfermedad, en la elaboración y selección de las alternativas de solución, su prioridad y ejecución, así como en la pesquisa de oportunidades. No se trata de continuar con los enfoques pasivos en la que los comuneros o integrantes de alguna organización social de base sólo hacen lo que la autoridad institucional decide como actividad correcta y necesaria para los propósitos que tiene su programa o proyecto y que supone son los que *debe* tener la propia población ya que esta es primariamente “usuaria”. La participación “activa”, es decir decidora de cursos de acción, crea a su vez condiciones óptimas para iniciar procesos políticos y estratégicos de vigilancia ciudadana, que significan en esencia el desarrollo del control social de la gestión pública de la salud, desde el uso de los recursos hasta la creación de potencialidades.

2. Enfoque hacia el cuidado y atención integral e integrada de salud en Redes intersectoriales

Si atender hace referencia a la profesionalidad en la relación entre quienes conocen la ciencia y la técnica y quienes no, el cuidado da cuenta más de la motivación y acción existencial en la misma relación. Una madre más cuida que atiende a su hijo. Un médico más atiende que cuida a un niño enfermo. Ambos son indispensables. Los retos del presente están por el lado de la capacidad que se tenga para transferir competencias para que la propia familia cuide la salud de los miembros de su hogar y comunidad, pero con el conocimiento básico o indispensable que trae consigo la atención. Los valores involucrados en ambos aspectos tienen cualidades diferentes y necesarios.

3. Educación Información y Comunicación para la salud en procesos sociales

Se trata de propiciar la reflexión y el saber respecto a la salud y enfermedad desde la propia práctica de los grupos sociales antes que desde los contenidos existentes y producidos en la academia. Si bien estos son necesarios para la comprensión de la enfermedad poco dicen respecto a las condiciones necesarias para tener salud en la realidad cotidiana de los hechos y esta situación se constituye en una especie de piedra de toque para que la propia población encuentre en sus capacidades y potencialidades el conocimiento y desarrolle las actitudes y prácticas que le lleven a tener mejores niveles de salud y de vida y, ello siempre a partir de su propia realidad concreta y de las posibilidades de su transformación.

4. Gestión sanitaria Efectiva y fomento de una cultura organizacional emprendedora

El proceso de toma de decisiones contiene menos márgenes de error si es que en el análisis y discusión de los hechos, así como de las alternativas existentes participan de manera abierta, franca, informada y libre los diferentes actores sociales e institucionales existentes en la organización sanitaria. Se trata de propiciar la combinación de potencialidades existentes en los niveles operativos, tácticos y estratégicos de las instituciones del Sector Salud. Ello involucra a los decisores, los hace parte de la solución antes que, del problema, y confiere solidez en el tiempo a los cursos de acción generados. El emprendimiento hace referencia a la capacidad de tomar decisiones por cuenta propia y sólidamente fundadas en el conocimiento de las raíces existentes en la problemática de salud propia de cada zona geográfica o grupo social particular que tiene la región.

Supone que uno de los pilares para la motivación de las acciones transformadoras está constituido por las decisiones orientadas a lograr un balance y equilibrio positivo entre la capacidad para producir los bienes y servicios, vale decir la propia atención, y la lectura creativa de los hechos y cosas de la realidad institucional cotidiana, especialmente de aquella que se produce en la relación e interacción: “Trabajadores

— Población” en cualquiera del inmenso campo que existe desde el médico con el paciente o con el “propagandista médico” hasta la del director de salud con la autoridad Regional o un grupo de comuneros campesinos o un equipo de salud que estudia la problemática de la mortalidad materna u otro dedicado a la adquisición de algún tipo de equipo u otros. Este equilibrio positivo indica que el balance es favorable al emprendimiento desde la acción y si ello es así, lo positivo da cuenta de que se estaría superando los estrictos hechos burocráticos en los que la acción productiva domina sobre la creativa.

5. Fomento del uso racional de la tecnología y medicamentos

La creatividad tiene su fuente en la capacidad de observación analítica y crítica de una realidad contrastada permanentemente con la producción teórica existente, de manera tal que se da el substrato necesario para detectar vacíos, desequilibrios, fragmentaciones u otros que llevan de la mano al ejercicio de la imaginación para crear propuestas, seleccionar datos de mayor relevancia, diseñar estrategias, crear formatos temporales, llevarlos a la práctica y desde ella dar cuenta de su pertinencia o no, y por tanto del saber si se ha innovado o no el método. La situación local, en una realidad social, política y geográfica heterogénea y desigual como la de Arequipa, contiene hechos y situaciones que afectan a la salud de la población y que de suyo requieren la acción creativa de los trabajadores del sector.

6. Redimensionamiento de Sistemas de Información Vía Electrónica y de acceso a todas las instituciones del sector Salud

Los sistemas de información procesan datos que dan cuenta de la enfermedad y la muerte. No puede ser de otra manera ya que el conocimiento médico proviene, siendo rigurosos en el recuerdo de lo que dice la historia, de lo que puede decir un cadáver o un enfermo en la sala de un hospital y estando próximo a morir. Si no la causa por lo menos las lesiones orgánicas se detectan en la sala de autopsia. Datos que una vez procesados produzcan información que hable de la salud y sus determinantes no existen. Datos que pesquisen las necesidades de salud de la gente tampoco existen. Información sobre los diferentes conocimientos, actitudes y prácticas sobre la salud, el cuidado del niño y de la mujer embarazada, o sobre la alimentación por ejemplo no constituyen temas de interés para la práctica diaria en los servicios de salud. En estos lo que tiene prioridad es la atención al enfermo. En este caso tampoco son relevantes las aproximaciones que se pueden tener sobre los diferentes saberes que tiene la gente en relación a las causas inmediatas, subyacentes y básicas que están detrás de todos procesos mórbidos.

Paralela y concomitantemente a ello el personal profesional y técnico en el nivel local expresa permanentemente su desconfianza acerca de la validez de la información existente. En los niveles regionales una misma información tiene diferentes datos según sean las oficinas que la procesan. Se procesa datos que no son útiles para las decisiones operativas, tácticas o estratégicas. Los requerimientos que se tienen sobre lo poco que hay son atendidos siempre a destiempo, vale decir que no existe la oportunidad debida y se recurre al “ojo de buen cubero”. La información de los sistemas administrativos simplemente deviene en un asunto que ni la fantasmagoría o el arte de birlibirloque lo resuelva. Parece un tema de locura para aprendices de brujos.

7. Investigación concertada y coordinada para la acción

La investigación con su método, sus técnicas, instrumentos y procedimientos surge del proceso social de comprensión de una realidad específica y de la intención que respecto de ella tienen los actores sociales que la abordan. Por ello el supuesto básico para la aplicación de un método estriba no sólo en el manejo cabal del propio método, sino y especialmente en el conocimiento que se tiene de la realidad que con tal método se tiene que enfrentar, de donde resulta que se puede afirmar con rigor y veracidad que los actores sociales tienen el legítimo derecho a crear y luego innovar las maneras o modos de ordenar los procesos técnicos y políticos o administrativos, en uno o varios métodos. Ello, es indudable, que se produce dentro del marco del pensamiento lógico sea formal o dialéctico.

VI. LINEAS DE ACCION

1. Gestión de la calidad y el liderazgo en salud

La gestión para el desarrollo de la salud, como síntesis de los conceptos operativos de gerencia y liderazgo, como orientación para la acción racional, eficiente de los recursos y revitalización permanente de las instituciones del Sector en función al contexto de cambio y de escenarios inciertos en los que se desenvuelven, tiene que confrontar retos de indudable interés, especialmente en el campo de la calidad de atención ya que esta refleja la capacidad existente para dar respuesta efectiva a las necesidades que tiene la población desde la perspectiva actual del saber y la práctica acumulada en el conjunto de profesiones y técnicas de la salud y ello desde su comprensión como totalidad social concreta que la salud es, lo que desde ya paralela y concomitantemente plantea las relaciones dinámicas con las opciones de progreso y desarrollo humano que se viven en el tiempo presente y a las que la gestión sanitaria no debería sustraerse ya que de lo contrario se cae en el inmenso campo de la administración de la pobreza y su perpetuación como círculo vicioso irrompible y por tanto la consolidación de una sociedad regional sin destino o con uno muy inseguro.

2. Prestación de servicios de Salud.

Curso de acción orientado a la incorporación de la razón técnica y científica en la organización de las actividades y recursos que, como respuesta social a la salud y enfermedad de las personas y familia arequipeña, así como a los problemas del ambiente, tienen programadas las instituciones del Sector Salud. Convenios operativos para la atención coherente y lógica de las emergencias médico—quirúrgicas, las enfermedades transmisibles, las crónicas y degenerativas, la contaminación del aire, agua, suelo y subsuelo constituyen realidades dramáticas que demandan acciones y proyectos de intervención concertados sectorial y también intersectorialmente a la manera de reales redes de recursos y capacidades.

Esta línea debe concentrar el principio de integridad y por tanto pone a prueba la capacidad para transferir competencias para el cuidado informado de la salud en la propia familia y generar el cambio de perspectiva en la prestación, haciendo de ésta una práctica de interrelación humana vivificante que reconoce a la salud como un hecho social expuesta a múltiples riesgos, condicionantes y algunos determinantes frente a los que la organización social posee condiciones especiales para la acción transformadora, de ahí que resulten los aliados estratégicos lógicos en una prestación de servicios renovada.

3. Desarrollo de la infraestructura y financiamiento en salud.

La infraestructura sanitaria que incorpora locales y equipos requiere urgentes adecuaciones y renovación tecnológica, además de proyectos que planteen el problema de la capacidad instalada que tiene escaso uso, así como su distribución que por lógica debe ser equitativa en el espacio regional, para ello resulta importante realizar acciones coordinadas tanto con el Gobierno Regional cuanto con los municipios de provincia y distrito, quienes asumen el respectivo financiamiento. Esta línea de acción también debería convocar a la reflexión que provoca hechos permanentes caracterizados por la equivalencia que se hace entre la disponibilidad de un establecimiento y la salud de la población que accede a él, lo que si bien constituye un asunto comprensible no se condice con la urgencia que significa el entendimiento de la salud como parte del desarrollo social, el mismo que es producido por un pueblo sano y a la vez éste es producido como tal por el propio desarrollo que mejora las condiciones de vida.

4. Desarrollo del Personal de Salud.

Integra los conceptos de modernidad y realización de las personas, profesionales, técnicos y auxiliares a partir del despliegue de su saber en una práctica que esta también nutrida de valores éticos, en un escenario en el que es de necesidad ejercer la capacidad de pensar en términos de la salud de la población como un todo y ello como actores al interior ya no sólo de una institución sino del Sector Salud como realidad concreta. El desarrollo operativo de esta línea de acción se constituye en el principal reto que se debe afrontar con decisión firme y sostenida. Requiere la implementación de programas y proyectos de educación continua, de capacitación formal y de la no tradicional, de adiestramiento, de reconversión ocupacional, de estímulos e incentivos motivadores para el cambio, de democracia y participación en las decisiones y todo ello penado y realizado como sector. Indudablemente esta línea obliga a otorgar la prioridad debida al dialogo y la acción concertada entre las entidades prestadoras y la universidad como proveedora.

5. Espacios de Investigación Estratégica.

Lo estratégico significa el planteamiento de los problemas de investigación desde la perspectiva de los vacíos existentes en el campo de la teoría y los conceptos explicativos de la realidad de la salud y enfermedad, del sistema de salud, y desde la necesidad de desarrollar intervenciones operativas racionales e innovadoras. Se trata de un dialogo que potencie las capacidades teóricas, así como las de orden práctico y



propiedades tecnológicas, de usar métodos que dan prioridad a la medición cuantitativa de los hechos y también aquellos que consideran lo cualitativo como imprescindible. Esta línea da cuenta de la importancia de pensar y estudiar la realidad sanitaria desde el propio escenario regional.

VII. PRINCIPALES CURSOS DE ACCION

PRIORIDAD REGIONAL	LINEA DE ACCION	ACTIVIDADES
ANEMIA	1. Fortalecimiento de la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> a. Barrido micro red de salud por micro red. b. Sesiones demostrativas. c. Formalización de una red electrónica de análisis de la anemia. d. Cursos de actualización métodos de medición de la anemia e. Sistema de control de calidad en la medición de la hemoglobina.
	2. Fortalecimiento de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> a. Curso taller: Ética en el discurso. b. Curso taller: Interculturalidad en salud. c. Intercambio de experiencia entre Micro Redes de salud. d. Formalización de una red electrónica de análisis de la anemia. e. Cursos de actualización métodos de medición de la anemia f. Sistema de control de calidad en la medición de la hemoglobina.
	3. Acción comunicativa en salud.	<ul style="list-style-type: none"> a. Talleres de planificación de base b. Grupos focales con padres de Familia. c. Elaboración y distribución de material educativo. d. Uso de medios masivos de comunicación a nivel local. e. Formación de madres de familia voceras en el control de la anemia.
	4. Infraestructura sanitaria.	<ul style="list-style-type: none"> a. Equipamiento y dotación de insumos a los establecimientos de salud. b. Dotación y uso de cocinas mejoradas.
	5. Investigación científica tecnológica y proyectos de inversión.	<ul style="list-style-type: none"> a. Formular protocolos de investigación y gestionar su ejecución

SALUD MENTAL	1. Fortalecimiento de la conducción, organización y gestión de la Salud Mental Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> a. Organización de la conducción y apoyo. b. Organización y gestión del territorio. c. Organización del Sistema de Referencias y Contra referencias. d. Organización del sistema de información.
	2. Fortalecimiento de las capacidades y competencias para la prevención de los trastornos mentales y problemas psicosociales y promoción de la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> a. Plan anual de Capacitación. b. Plan anual de Comunicación Social Educativa. c. Programación anual de Tamizajes. d. Programación anual de metas físicas. e. Programación anual con organizaciones de base y pacientes.
	3. Fortalecimiento de las capacidades y competencias para la recuperación y rehabilitación de los trastornos mentales y problemas psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> a. Plan Anual de capacitación b. Programación y Monitoreo mensual de metas físicas
	4. Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> a. Formulación de ideas de proyectos de inversión pública. b. Gestión para la inversión. c. Seguimiento de planes de mantenimiento.
RABIA	1. Capacidades actitudinales en la prestación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> a. Talleres de sensibilización acción. b. Curso: ética en el discurso. c. Organización de la prestación. d. Organización del sistema de referencias y contra referencias. e. Sistema de información y vigilancia. f. Monitoreo de las prestaciones. g. Cumplir el Plan de Supervisión
	2. Control de la población canina	<ul style="list-style-type: none"> a. Censo de la población canina por distritos b. Diagnóstico rápido de la situación de los perros callejeros. c. Organización de la acción intersectorial d. Capacitación a Vacunadores alternativos

		<ul style="list-style-type: none"> e. Control de focos f. Vacunación canina
	3. Vigilancia y diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> a. Toma y envío de muestras b. Procesamiento de muestras
	4. Control de determinantes sociales	<ul style="list-style-type: none"> a. Erradicación de botaderos ilegales a. Limpieza de las torrenteras b. Cultura de crianza de animales domésticos c. Capacitación a docentes y funcionarios del sector Educación d. Adecuaciones del Currículo de la Educación Básica Regular
	5. Comunicación educativa en salud	<ul style="list-style-type: none"> a. Plan operativo anual de mercadeo social b. Producción de materiales de difusión y educación c. Manejo estratégico de mensajes y medios de comunicación d. Talleres de comunicación
	ENFERMEDADES CRONICO	1. Sistematización y seguimiento de familias.
2. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno		<ul style="list-style-type: none"> a. Elaboración y actualización del mapa de distribución de las familias con casos de H. A., Diabetes y Cáncer b. Elaboración del plan operativo anual de seguimiento e intervención en cada caso c. Conformación de grupos de apoyo y sesiones de análisis y sistematización de información
3. Educación, capacitación y adiestramiento		<ul style="list-style-type: none"> a. Elaboración y revisión anual del modelo de captación, capacitación e intervención de los agentes motivadores de debate y acción en

DEGENERATIVAS Y CANCER		<p>salud comunitaria coordinando con Educación.</p> <p>b. Plan de educación, capacitación y adiestramiento en tres escenarios, coordinando con Educación.</p> <p>c. Ejecución de cursos y talleres formativos y de adiestramiento</p> <p>d. Talleres de intercambio de experiencias y sistematización de acciones.</p>
	4. Acción comunicativa en salud	<p>a. Talleres de sensibilización y acción con la población asegurada y sistematización de acuerdos.</p> <p>b. Cursos y debates sobre la ética en el discurso a partir de la práctica.</p> <p>c. Elaboración y distribución de material de educación comunicativa.</p> <p>d. Organización y funcionamiento de una red de apoyo social para compartir información vía Internet.</p> <p>e. ¿Talleres bimensuales con periodistas seleccionados? o Mesa de diálogo.</p>
	5. Desarrollo de infraestructura y equipamiento	<p>a. Elaboración y aprobación de un Plan de desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura en el nivel básico de atención.</p> <p>b. Coordinación con Gobiernos Locales y formulación de convenios y proyectos de infraestructura.</p> <p>c. Equipamiento de los Agentes motivadores de debate y acción en salud comunitaria.</p>
	6. Procesos sociales de investigación acción	<p>a. Formulación y gestión de proyectos de investigación acción.</p> <p>b. Edición y publicación de investigaciones.</p> <p>c. Programación y ejecución de eventos regionales y nacionales de difusión y socialización de resultados.</p>
	7. Hábitos de vida y medicina complementaria	<p>a. Elaboración y aprobación del plan operativo anual de Hábitos de Vida propios y Medicina Complementaria.</p>

		<ul style="list-style-type: none">b. Atenciones integrales de Medicina Complementaria en el establecimiento y en domicilio.c. Organización y acción de grupos de familias de asegurados para talleres diversos.d. Eventos de sistematización de experiencias y difusión de resultados.
	8. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal del nivel básico de atención	<ul style="list-style-type: none">a. Descripción y análisis de la estructura y contenido de los conocimientos, actitudes y prácticas del personal en el primer nivel de atención.b. Conformación de células de estudio por centro asistencial.