

La atención primaria de la salud en el primer nivel de atención. Requerimientos de la estructura, funcionamiento del sistema en salud. Experiencia comunitaria, académica de la sociedad civil y gobernanza de la Universidad Nacional de Trujillo

Dr. José Elías Cabrejo Paredes ¹

Muy buenas noches, Dr. Agustín Iza, presidente de la Academia Nacional de Medicina, honorables miembros de la Academia Nacional de Medicina, estimados colegas presentes esta noche. Les voy a pasar a compartir. Permítanme, por favor. Muchísimas gracias.

Ante todo, permítanme felicitar la experiencia del maestro Santiago Saco a quien admiro mucho, es una amistad muy personal. Quiero compartirlas esta noche un poco la experiencia de la atención primaria en salud desde la práctica de una experiencia comunitaria académica y asistencial en el marco de una invitación que me han brindado.

Un elemento fundamental que creo debo comentar, señalando justamente lo que el Dr. Agustín Iza nos decía, es la salud como bienestar. La salud no es lo contrario a la enfermedad sino está definida como bienestar y, por lo tanto, el bienestar está relacionado directamente con el estado de desarrollo y la felicidad del individuo, va más allá de lo biológico, también entra a lo psicológico, a lo social, a lo antropológico. Deseo recordar un poco lo que mencionaba esta noche el

Dr. David Tejada de Ribero, cuando, en una amistad muy personal que tuvimos en los últimos años de su vida, me comentaba cómo es que, en una traducción hermenéutica, interpretación que se le dio al Primary Health Care, fue traducida como algo primario. El “Primary”, como si fuese algo básico, primario o inclusive “primarios”, cuando realmente se buscaba que se entienda que era “esencial.” “Care” no debía haberse traducido como “atención”, porque en los años 70-80 pensaban en la atención como un consultorio; debió haber sido pensado como “cuidado” y lo ideal habría sido que Latinoamérica hubiera comprendido que nos correspondían “cuidados esenciales de la salud” en un nivel territorio o nivel cero, no relacionado necesariamente con el primer nivel de atención. Sobre esas bases quiero compartir esta noche los constructos que ahora voy a mencionar.

Sergio Arouca escribía en “El Dilema Preventivista” que, cuando apareció la idea de prevención, inmediatamente la medicina quiso lanzar la idea de medicina preventiva para no perder la hegemonía curativa que se tenía. Realmente hemos tratado de

¹ Profesor principal del departamento de medicina preventiva, facultad de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo; investigador Renacyt, presidente de la Sociedad Peruana de Doctores, miembro titular de la Academia Peruana de Salud, doctor en medicina y doctor en gestión pública.

abordar necesidades, no hemos visto las capacidades. Creo que uno de los elementos fundamentales para que funcione adecuadamente la prevención de la salud y la prevención de la enfermedad está basado en el fortalecimiento de capacidades más que en la respuesta de las necesidades poblacionales.

Entonces, en ese espacio, en ese marco general que acabo de mencionar, es que paso a exponer la experiencia comunitaria-académica que ha sido revisada inicialmente. Este marco se enriquece mucho más con las ideas planteadas por Manuel Núñez Butrón y que fueron ejecutadas lógicamente en el Rijncharismo y llegaron a hablar de bienestar o de desarrollo en una comunidad. Si tomamos en cuenta esos ejemplos y el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, es decir, la interpretación del contexto socio-económico-político y sus relaciones, justo y juntamente con la interpretación socioeconómica y las circunstancias materiales, las conductas y factores biológicos y psicológicos, podríamos comprender la importancia de la función de los determinantes estructurales de inequidades en salud con otros determinantes intermedios de la salud.

En ese espacio hablamos de una atención primaria orientada a la comunidad. Y en ese espacio de atención primaria orientada a la comunidad es que nosotros propusimos un programa llamado CESAPU-Centro de Voluntariado en Salud Pública. Lo generamos en una zona -y esto lo pueden encontrar en Google- hace 5 años con Hands of Peru. Me buscaron como docente de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo para ver qué idea se podía hacer sobre salud pública. Creamos este centro de voluntariado con invitación a otras universidades del extranjero de preferencia norteamericanas, actualmente suizas y que vivan una experiencia sin lugar a dudas muy interesante. Esta zona que tomamos fue Villa Los Ángeles. Allí nuestra filosofía fundamentalmente no ha sido llevar tratamientos asistenciales ni curativos sino mejorar los determinantes sociales a través de programas que nazcan de las propias capacidades de la comunidad. Esos programas son pilares, donde se ha hecho la parte académica y de investigación que se ha desarrollado en estos 5 años. ¿Están basados en qué? En lo que nosotros denominamos "Experiencia de Jonás": vivir desde adentro, es decir, vivir con y desde la comunidad. Nuestros voluntarios y estudiantes, tanto del extranjero

como estudiantes de algunas universidades, rotaban en este espacio para vivir como viven ellos, sentir como sienten ellos. Por eso se construyó este pequeño local con el financiamiento extranjero y nos permitió tener un espacio donde poder convivir con la comunidad y salir a convivir con estas familias de este pequeño asentamiento humano. Entonces, entender que el sujeto que analizas también está incluido en el objeto analizado, como decía Mario Roble.

Este es el proceso de sectorización que se realizó en estas 112 familias de un total de 350 personas. Si bien es cierto que es un espacio pequeño, es un espacio piloto muy interesante que nosotros hemos sectorizado por los nombres familiares, con sus fichas familiares, con sus propias características y donde se han implementado interesantes programas que son programas basados en determinantes sociales más que en atenciones propiamente dichas. Por ejemplo, el programa Viviendo Sano, que nos permitía a través de paquetes completos de promoción y planeación, no solamente las prácticas y el entendimiento por parte de los estudiantes y residentes de medicina familiar, sino también la intervención en los estilos de vida y sus condiciones propias que estaban influyendo.

Del mismo modo se creó ese programa que ha sido uno de los más exitosos que hemos tenido hasta ahora y se llama Madre Cesapu. Este programa comenzó con el empoderamiento de las madres que vivían en esas 112 familias. Las mujeres comenzaron a empoderarse y fuimos descubriendo que en cada reunión que había se dedicaban ellas a tejer mientras iban escuchando algunas conversaciones de mejor estilo de vida. Nos fuimos dando cuenta de que esto fue mejorando mucho y se les creó una unidad de negocios. Ahora esa unidad de negocios se llama Chimuk Chic y, con el apoyo en la conformación de su plan de negocios y en sus ventas, ahora se venden muchos productos en Estado Unidos y en Suiza. Son muy bonitos, con muy buena calidad y el apoyo inclusive de muchos más voluntarios. Esto que ha generado mejoras en la salud mental de las mujeres, mejora en el empoderamiento de la misma mujer dentro del hogar e independencia de recursos económicos y salud familiar. Al inicio, cuando iniciábamos este trabajo de negocios y conformaciones de Chimuk Chic, muchas personas decían "eso no es salud." Claro que es salud, esto realmente es bienestar, bienestar que buscamos a través de sus propias capacidades. Actualmente eso

ha ayudado mucho porque los recursos económicos que siguen recibiendo ellas a través de sus ventas les han permitido mantenerse durante esas etapas de confinamiento por la pandemia. Es un tema mucho más amplio que podríamos conversar.

Luego también se hizo este programa de autoestima para las adolescentes que vivían en esa comunidad. Le llamamos Programa Chicas Bonitas. Busca tratar de intervenir en los determinantes para el tema de prevención del embarazo adolescente, sus factores protectores y la educación de salud reproductiva. No hablamos de educación en función de la entrega de dispositivos de planificación, porque eso está en los establecimientos de salud, sino básicamente en formación de autoestima, de asertividad y de resiliencia, fundamentalmente en esos espacios.

El Reto de Zumba fue una idea maravillosa. Nos apoyaron voluntarios que trabajaban en Zumba. Ayudaba a las madres de estas 112 familias para que, junto con muchos jóvenes, practicaran deportes, sobre todo en el sobrepeso, en el síndrome metabólico, la mejora de la salud mental, la hipertensión, diabetes, y lo practicaban junto con los estudiantes y residentes que decidían rotar y vivir esa experiencia.

Teníamos muchas más oportunidades para la academia e investigaciones en APS. Estas investigaciones para nutrición y funcionalidad familiar, calidad de vivienda, escuela de padres, generaban grandes oportunidades. Hasta los niños salían y reciclaban las botellas plásticas y, a través de ello, se les hacía un taller de recreación para sus propios juguetes. Son cosas interesantes que podríamos ir conversando. Se han presentado algunos estudios de investigación, realizados por mi persona, como "Relación entre estructura familiar y pobreza económica con funcionamiento familiar en Trujillo." El atractivo mayor es que los estudiantes puedan hacer un poco de investigación en campos reales de salud pública. Partiendo de ello ha nacido una experiencia en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, porque se ha formado una sociedad de líderes estudiantiles en salud pública que están trabajando ejercicios de investigación para poder proveerlos a través de la comunidad, a través de las redes sociales, lo que está dando muy buenos resultados en estos tiempos de Covid.

Pensando en el empoderamiento comunitario, hablemos del momento de la pandemia. Lo compartía con la Dra. Lucy López que gentilmente tuvo a bien invitarme esta noche a esta presentación. La experiencia que hemos planteado desde el Colegio Médico, y como Academia también, es crear un plan basado en algo interesante que fue el éxito de Wuhan, que fue relacionado con el compromiso en común. El compromiso con el bien común es algo que difícilmente está enraizado en una cultura latinoamericana, más pegada al tema de argolla o al tema individual; es un compromiso con el bien común que podría empoderarse en las comunidades. Sobre ello pensar que las vacunas es uno de los elementos del queso suizo, son mucho más elementos que deberían intervenir si quisiéramos tener los éxitos que han tenido otros países en el control de la pandemia.

Como decía el Dr. Agustín Iza, al día de hoy solamente hemos logrado un 2.5% de la población peruana vacunada; por lo tanto, la caída de los casos de Covid no podríamos señalar que esté relacionada con la vacunación, sino quizás con algunos otros factores, pero no nos permiten bajar la guardia. Bajo esos elementos, nosotros debemos dejar de pensar que todas las soluciones van a consistir en construir más establecimientos de salud o traer más medicamentos o más camas UCI. La solución tampoco está en intentar cerrar el caño tratando de ir progresivamente vacunando. Una solución está más en el autocuidado y empoderamiento comunitario, sobre todo en la verdadera atención primaria en salud. Es decir, utilizar algunos elementos y conceptos teóricos que ya han sido practicados en Brasil, el empoderamiento comunitario en tiempos de Covid. Hemos de cambiar el esquema de lo asistencialista hospitalocentrista a una solución que realmente mire la situación desde la comunidad. La atención primaria en salud es una atención médica primaria o una atención primaria, donde el establecimiento de primer nivel es un satélite de este centro llamado hospital y en donde muchas de las intervenciones son transversales y se actúa sobre la comunidad, pero no desde la comunidad. La atención primaria en salud nos permite mirar desde la población como centro, donde queremos trabajar intersectorialidad, empoderamiento, su participación comunal desde algo longitudinal, desde la comunidad. Los establecimientos se convierten en apoyo a esta concertación y liderazgo y los hospitales también

se convierten en apoyo. Este modelo está basado en capacidades poblacionales y no en necesidades poblacionales.

Sobre ello es que nosotros planteamos en la práctica un plan que denominamos "PACIENTE" por las siglas y significa Plan de Abordaje Comunitario Integral en Territorio. Este plan busca intervención del territorio, no pensando únicamente en un territorio como un espacio geográfico, sino sobre todo como un espacio socio-antropológico que va más allá de una geografía.

El plan PACIENTE, en la práctica, nos lleva a la conformación de un equipo comunitario de salud a través de un televigía comunal. Le llamamos televigía comunal porque no va a las casas, lo hace a través de teléfono o a través de sus redes de WhatsApp, y vigila un promedio de 10 a 15 familias, donde las conoce, son sus amigos, sabe quiénes viven, qué enfermedades tienen, si hay ancianos, discapacitados, diabéticos, si hay hipertensos. Él todos los días va conversando, va entrando a un espacio de solidaridad y relación; si ve que hay algún problema, lo comunica, ya sea a la red de municipalidad, en caso de discapacidades, o a una entidad de salud que puede ir MINSA o EsSalud, en el caso que focalice domicilios que tiene a su cargo y hayan presentado una enfermedad. Este equipo de intervención va a decidir si es que en estos momentos se interviene en casa o de repente va a un centro de aislamiento temporal u hospitalización.

Si a ello le agregamos, en una segunda etapa, el uso de aplicativos, en lo que nos apoyó la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La idea era de generar un aplicativo, donde un médico general hacía una especie de triaje y decidía si el médico de familia actuaba como asesor o sencillamente él lo manejaba o pasaba al equipo de intervención y, a través de una geolocalización para determinar y mapear los establecimientos de salud y poder saber exactamente qué es lo que estaba ocurriendo.

Entramos a esta segunda etapa, que es la relacionada con la segunda ola, donde ya no veíamos al paciente Covid, sino estábamos mirando a la familia Covid. Al mirar a la familia Covid, entonces teníamos que pensar en algo más sobre este plan "Paciente" o Plan de Abordaje Comunitario Integral. Teníamos que mirar que ya no era uno el que se contagiaba, sino que en espera de esos

resultados ya era toda una familia la que enfermaba y muchas veces aumentaba la mortalidad familiar. Sobre eso se trazó la última versión, que presentamos el día de ayer, justamente por el día del médico de familia. Me refiero al plan de "Familia Segura", que incluía establecer como tipo los casos de sismo. Una familia sin casos de Covid previene, establece lugares de riesgo, establece planes simulados para cuidar en caso hubiese un paciente con Covid. Y aquella que tiene Covid inmediatamente informa a su televigía comunal y él participa activamente en el cuidado y aislamiento a través de los equipos de seguimiento para una intervención, ya sea domiciliaria, en albergues o en establecimientos de salud. Entonces, lo que se busca finalmente es una red de familias seguras para que, en una interrelación solidaria, haya compromiso y se atiendan, se priorice el autocuidado y se puedan atender focalizadamente quienes necesitan atención, no salir a campañas. Por eso es que nosotros ya obtuvimos algunas experiencias en pequeños pilotos que hemos podido realizar y con muy buenos resultados, disminuyendo los indicadores que buscábamos.

Plan "Paciente" se diferencia de las campañas de intervención sanitaria o de intervención comunal porque plan "Paciente" necesita un mínimo de personal, promueve el autocuidado, no es medicalizado y es bastante sostenible no solamente para Covid sino para problemas de no Covid. Su costo es mínimo por ser una estrategia de APS, se atiende longitudinalmente, la comunidad participa pues hay una interrelación comunal. El plan "Paciente", por tanto, promueve que todos los elementos encajen en una atención primaria en salud, mirando la salud no como lo contrario a la enfermedad, sino como un espacio de bienestar y desarrollo.

¿Qué desafíos, entonces, finalmente tenemos frente al tema de la atención primaria en salud cuando queremos hacer intervenciones académicas de investigación asistenciales? Lo primero es detectar y definir disparidades en salud, poblaciones vulnerables, medir las disparidades en poblaciones vulnerables y considerar el efecto de factores intervinientes. ¿Para qué? Para poder entender, identificar determinantes de salud y disparidades en paciente/familia, familia/comunidad, proveedores de salud. Y finalmente, reducir, es decir intervenir, evaluar, trasladar, diseminar y cambiar políticas.

Diálogo con la audiencia

Moderadora AN Dra. Lucy López Reyes

Es claro entonces que lo que hemos visto esta noche, que es común denominador de nuestros panelistas, es la capacidad de liderar, de imaginar su realidad, de encontrar soluciones con los recursos disponibles, salidas y propuestas. Este es el común denominador de este panel: liderazgo, competencias, capacidades, desarrollarlas en los estudiantes. Por eso es que -si bien es cierto que hoy todo el mundo estamos de acuerdo en conversar sobre atención primaria, primer nivel- tenemos que partir de algún lado a fortalecer este movimiento para nuestro país. Estamos en una época de cambios muy importantes para el país, el cambio puede ser una gran oportunidad. Por allí es que tenemos que ver con mucho detalle desde la formación de los jóvenes y, como ustedes bien han dicho, se requiere que con estos jóvenes médicos tengamos una uniformidad. Que el médico de diferentes universidades tenga un patrón de formación, y esto aparte de otros temas muy importantes que han salido en la conversación.

Yo quiero pedir a la audiencia que escriba en el chat las preguntas para los ponentes. Mientras van escribiendo, voy a comentar algunas de las preguntas que ya han aparecido, pero antes de eso yo quiero hacerles una pregunta a los tres ponentes. Y es que efectivamente se ha dicho que este año el internado médico va a tener una fase en el primer nivel de atención. O sea, para nosotros que somos gente de salud pública, es una gran oportunidad que no hubiéramos logrado tan fácilmente, si no es por la situación que ha planteado el Covid. Ello nos permite ver qué va a pasar ahora, porque los internos van a ir a hacer internado al primer nivel de atención. Frente a los diferentes temas que ustedes han abordado y sus experiencias, la pregunta que a los tres yo les haría es qué desafíos plantea y qué oportunidades el hecho de tener internos del primer nivel de atención. ¿Cómo ustedes fortalecerían la confianza del Estado, de toda la población, la Academia para tener internos en el primer nivel?, ¿cómo aprovechar esto como una oportunidad para hacer un giro, un cambio en la formación de los internos?. Y, mientras tanto, quiero pedir a la audiencia que a través del chat hagan sus preguntas.

Muy bien, entonces, quisiera pedirle al Dr. Santiago Saco que brevemente nos conteste esta pregunta sobre las oportunidades que plantea tener el internado en el primer nivel de atención y cómo sacar el máximo de esta oportunidad.

Dr. Santiago Saco

Me parece que es una buena oportunidad que los jóvenes internos vayan al primer nivel, pero creo que hay que prepararlos antes de que vayan porque si no van a estar perdidos. Por ejemplo, nosotros en Cuzco, antes de hacer el internado hacen la pasantía de pediatría en el campo, van dos semanas. Es como un entrenamiento previo para que los estudiantes conozcan cómo es la dinámica de un establecimiento rural. Estas dos semanas, conocen, ven y, cuando van al internado rural que dura 3 meses, ya están más preparados tanto anímicamente como con predisposición de ir. Y ahora, vemos también que los chicos que vienen de otras universidades a hacer el Serum al Cuzco se sienten también perdidos. No conocen el idioma, no conocen la cultura, no conocen la ubicación; entonces, hay que prepararlos antes de mandarlos. Es igual si, para mandarlos al internado, los preparamos en rotaciones de medicina, ginecología, obstetricia; entonces, ya están preparados para eso. Igual, para trabajar en el campo hay que darles una preparación previa porque a veces puede ser muy frustrante y puede generar rechazo también de parte de los estudiantes. “Y ahora, ¿qué hago? No me han preparado, no sé qué voy a hacer.” No tienen las cosas claras. Gracias.

Dr. José Cabrejo

Bien. Mire, doctora. Si no sabemos a dónde ir, a cualquier lugar podríamos llegar. Y uno de los principios fundamentales de la medicina es *primum non nocere*, como aconseja Thomas Sydenham: “primero, no hacer daño.” Yo siempre les digo a mis estudiantes, tanto de pregrado como de posgrado, que la comunidad es como un paciente, tan delicada como un paciente. Si hacemos las cosas mal, si no sabemos cómo hacerlas, definitivamente la comunidad va a ser afectada; y no estamos hablando de una persona, estamos hablando de muchas personas. Entonces, además de lo que ha mencionado el Dr. Santiago Saco, yo agregaría que las personas que estén en la enseñanza en ese primer nivel de atención deberían tener competencias

de formación y educación; porque, si tenemos en ese primer nivel personas que tienen un enfoque sanitarista, un enfoque hospitalocentrista, es decir, referenciólogos, solamente se centrarán en el establecimiento. Y justamente, como mencionaba el Dr. Santiago Saco, lo importante es el tema de la comunidad. Yo por eso hablaba de la experiencia de Jonás, como Jonás que vivió 3 días dentro de la ballena. Vivir desde adentro, es decir, un internado debería ser más que del primer nivel de atención, un internado comunitario o de atención primaria en salud. El internado debería, por ejemplo, tomar una comunidad y desarrollar sus capacidades, estar tutorado por un establecimiento que monitoree la sectorización, las fichas familiares, las intervenciones del médico de familia, como decía justamente el Dr. Vera con el ejemplo que ponía de Cesapu: cómo lograr el desarrollo de capacidades para su propio bienestar y autocuidado, más allá de llevarle un concepto asistencial. Tratamos de decir que esto ya no es hospitalocéntrico, pero sigue siendo muchas veces hospitalocéntrico el primer nivel, porque siguen viéndolo desde el aspecto netamente sanitario, curativo y del aspecto paciente y no del aspecto familia-comunidad. Yo agregaría la formación de competencias a los docentes del primer nivel de atención para que entiendan que no es solamente el establecimiento sino que es la jurisdicción, que es entrar en la comunidad y vivir dentro de la comunidad.

Dr. Miguel Vera

Yo firmo las dos versiones y creo que podemos hacer un triángulo. Una punta del triángulo es lo que el Dr. Saco ha dicho, que es el alumno, la preparación del alumno. La segunda punta del triángulo es lo que ha dicho el Dr. Cabrera, que quiere decir tener unos buenos docentes donde van a ir. Yo le pongo el tercer ángulo, que son las autoridades. Las autoridades y no solamente universitarias sino autoridades universitarias y gubernamentales. Y, cuando se habla de gubernamentales, ello implica desde el Sr. Presidente, o el Sr. Ministro en este caso hasta el jefe del centro de salud que corresponda. Y creo que allí nos olvidamos, Siendo autoridades siguen hablándolo, pero no lo ponen en práctica y no lo ejecutan. Como dice el refrán, “la vaca se olvida de cuando fue ternera.” E igual las universidades. Dentro de todo lo malo que puede tener el Covid, lo que más le agradezco al Covid es que hizo que el interno se formara en el primer nivel

de atención. Para las autoridades gubernamentales como para las autoridades universitarias todo es bien complejo, porque el hospitalocentrismo no solamente surge por la formación del estudiante sino por el concepto que se tiene. El Dr. Iza ha sido mi profesor, pero ya por los años que han pasado ya puedo decir que no tengo por qué hacer algunos cursos, o por qué tengo que hacer farmacología, que es uno de los cursos que se hacen en el turno de la mañana. Farmacología deberíamos hacerlo en el turno de la tarde. El Dr. Cabrejos lo mencionó en su exposición: hay cosas que se tienen que hacer en la universidad. Tenemos un gran problema ahorita con las vacunas, con la vacunación. ¿Quién va a vacunar? Los alumnos de 5to., de 6to. año de medicina saben aplicar una intramuscular en el deltoides y, si preguntamos cuántas han colocado en su vida, nos sobran los 10 dedos de la mano. Si nosotros tenemos el tercer ángulo -que le digo, Dra. Lucy, que es decisión, política de gestión-, esos dos factores son importantísimos. Si yo tengo un decano que me dice “dale”, yo le doy; pero, si tengo un decano que me dice “no, sabes que primero hay que dejarlo ver”, no voy a ningún lado. Y en la gestión siempre se dice que, para poder hacer algo, primero el jefe me debe dar el apoyo; si no hay apoyo del jefe, estoy nadando contra la corriente, estoy solito.

Moderadora Dra. Lucy López Reyes

Muchas gracias, doctor. Tenemos ahora unas preguntas específicas. Voy a comenzar leyendo las preguntas y luego vamos a tener un tiempo de cada uno de ustedes para añadir sus propios comentarios.

Dr. Santiago Saco, le pregunta el Dr. Claudio Lanata sobre su medición como epidemiólogo del estado general de la población antes, durante y después de implementar el programa. Si han hecho este tipo de medición. Y después comparar si la formación o el trabajo hecho en esas comunidades de alguna manera se puede comparar con resultados en otras comunidades donde no haya intervenido la universidad.

Al Dr. Cabrejo, el Dr. Lanata, también con su vena epidemiológica, le pregunta sobre el asunto de la medición también. La pregunta es si el concepto de familia saludable es sobre la base de un miembro con Covid, o sospechoso de Covid, para poder hacer mejor un cerco comunitario, un cerco epidemiológico.

Y, al Dr. Vera: ¿Qué avances puede tener o ha hecho para comprender este tema de la necesidad de la atención en el paciente de más de 60 años? Obviamente con la vacunación del Covid en los de tercera edad ha sorprendido la cantidad de morbilidad que hay en esta población y la escasez de recursos, pese a ser una población muy importante, de un tamaño poblacional muy importante. Esta es una primera rueda de preguntas.

Le anoto una pregunta más al Dr. Cabrejos en el sentido de cómo hacer cuando no hay recursos –digamos- de organización, de una organización no gubernamental que ayude. ¿Qué posibilidades hay de que este esfuerzo pueda ser sostenible cuando no hay el apoyo de organizaciones no gubernamentales?

Bueno, en principio y a los tres doctores es el tema del desafío ¿no? Hemos hablado de la importancia de la decisión política y de la necesidad de que se instale este tipo de políticas en nuestro país. Entonces, la pregunta a los tres es: ¿Cómo hacer si se ponen ustedes en el lugar de alguien que tiene que tomar decisiones y priorizar?, ¿Por dónde comenzar? Porque obviamente sí, está claro el mensaje de que tenemos que hacer sostenibles los esfuerzos que ustedes están haciendo, pero ¿cómo seguir este esfuerzo?

Entonces, tenemos planteadas estas preguntas para ustedes y les pediría que durante 5 minutos puedan responderlas y dar también un mensaje final sobre los siguientes pasos.

Dr. Santiago Saco

Bien, sobre los resultados que se han tenido en estos más de 30 años que se ha venido trabajando en esas comunidades, creo que han sido positivos. Por ejemplo, la desnutrición. Teníamos una alta tasa, 50% de niños estaban desnutridos. Eso ha mejorado notablemente en los últimos años. A eso se han añadido, por ejemplo, algunos programas que ha dado el Gobierno. El programa JUNTOS exige que, para dar esa ayuda económica, los niños sean llevados para poder hacerles su control mensual; deben tener una tarjetita donde el centro de salud le pone un sello y con eso van a recoger su apoyo económico. Lo mismo les piden una constancia de que acuden a la escuela, y esto va a disminuir el analfabetismo en estas

comunidades. Le piden a la mujer que haya ido a hacer su programa de Planificación Familiar ¿no?, entonces, con eso ha disminuido la tasa de natalidad. Con eso ha disminuido la tasa de mortalidad infantil y tenemos una reducción de la muerte materna. Aquí ha habido un aporte importante para disminuir la muerte materna: el parto intercultural. La pregunta era de los miembros de los equipos de salud a fines del siglo pasado aquí en el Cuzco: ¿Qué pasa? Aquí estas mujeres vienen a hacer su control cada mes y están bien, pero de repente murieron. ¿Por qué? Se hizo un estudio. Eran de comunidades muy alejadas, y cuando les venían los dolores del parto ya no se atrevían a salir a caminar. Entonces, dijeron “vamos a crear las Casas de Espera.” Con el municipio se organizaron casas antiguas, se acondicionaron, se pusieron camas, cocinas; se compraron colchones, sábanas, cucharas, ollas y se les dijo a las mujeres: “usted va a venir 15 días antes de su parto ¿no? Tal fecha usted debe estar aquí. Venga con su familia, traiga su charqui, traiga su chuño; aquí tenemos olla, venga con sus hijos, hay cama.” Y, cuando la iban a atender, “¿de qué forma quiere que la atendamos?” Allí viene la parte cultural: “Yo quiero de pie, yo quiero de cuclillas, yo quiero agarrada de mi cama, yo quiero agarrada con una sogá...” Se tuvo que adecuar la sala de partos. “Yo quiero que no exista mucha luz” y, finalmente, “yo quiero que me devuelvan mi placenta, porque yo quiero hacerle una ofrenda a la Mamapacha, a la Tierra, para que este niño crezca bien.”

Entonces, todos esos factores han ido contribuyendo al trabajo que han desarrollado los internos y los estudiantes. Llamar a los internos y a los estudiantes supone un refuerzo al trabajo en los centros de salud. Hay veces que los serumistas no llegan tan pronto, en muchos casos se han quedado los internos solos atendiendo los centros de salud con las enfermeras, con las obstétricas, pero el médico era el interno, ¿no? De todas estas experiencias que hemos tenido a lo largo de estos más de 30 años hemos visto que el estudiante se empodera, ya toma decisiones, organiza su equipo, organiza las salidas, coordina con la policía, con las radios. Entonces, ellos se empoderan. Ellos mismos decían, después del internado rural, “hacer el internado hospitalario para nosotros es más fácil.” “Que medidas vamos a tomar? Hemos estado conversando en la red de profesores, investigadores de salud pública de ASPEFAN para ver cómo mejoramos la educación en

salud pública, porque allí hay muchas dificultades. En el ENAM, las notas más bajas todavía son sobre salud pública. ¿Es que no le dan mucha importancia a esto? ¿Qué problemas hay? Quedamos en investigar cuál es la opinión de los alumnos sobre la enseñanza de la salud pública para ver cómo podemos mejorar por allí, como también conversar con los profesores y ver cómo mejoramos los planes de estudios a nivel nacional. Yo creo que esa va a ser una tarea bien larga, de largo aliento, pero hay que comenzar a hacerlo porque si no nos vamos a quedar con los mismos problemas de siempre. Gracias.

Dr. José Cabrejos

Sí, voy a responder, y espero ser conciso en la respuesta a las tres preguntas. Primera. Justo preguntaba el Dr. Lanata cómo considerar más el Covid sospechoso que el Covid diagnosticado, y efectivamente le doy toda la razón. Cuando hablaba de familias, hablaba de familias seguras, saludables y seguras, tratando de utilizar el modelo que utilizamos para los sismos. En los sismos previamente hacemos una simulación, buscamos y ubicamos lugares seguros, cuando todavía no hay el sismo. Durante el sismo nos ubicamos con tranquilidad en los lugares seguros. Luego, después del sismo, hacemos una evaluación. Así de igual era la propuesta del tema de familia segura. Cuando no existe nadie en la casa que tenga una sintomatología sospechosa de Covid, digamos una sintomatología respiratoria (porque muchas veces en Covid salen pruebas negativas y son positivas ahora con las nuevas variantes...). Entonces, cuando no hay nadie en la casa con sintomatología respiratoria, una preparación. ¿Qué pasaría, qué hacemos en caso de que haya alguien con Covid? Entonces, lo ubicamos en tal lugar, este va a ser el cuarto de la persona con Covid; la persona más joven se encargaría; o sea, es una simulación. Luego, si detectamos la familia que tiene ya un paciente con Covid, el televigía lo orienta, lo lleva de la mano, le va diciendo telefónicamente “tienes que hacer esto, cuídalo de esta manera”, porque sabemos que no existe ningún tratamiento específico para Covid, pero sí signos de alarma con su pulso-oxímetro. Cuando surge el tema del Covid, ver todo lo referente a la alimentación saludable y la recuperación. Entonces, estas son las tres etapas en este programa de Familia Segura: antes, durante y después. Espero haber respondido a la pregunta del Dr. Lanata.

En la siguiente pregunta me hablaban de sostenibilidad. Efectivamente, la sostenibilidad no solamente debe ser financiera sino también técnica y conceptual. Si bien es cierto que muchos de los organismos no gubernamentales han financiado proyectos -algunos sostenibles, pero la gran mayoría no-, la gran mayoría han ingresado y luego se han ido. Pero ¿que hicimos en Cesapu? En Cesapu el éxito no fue por el tema de la ONG, fue el hecho de fortalecer capacidades. No fuimos con un programa o un proyecto financiado. Pusimos un Centro de Voluntariado de Salud Pública y nos sentamos a vivir con la gente y preguntarnos qué hacemos para ellos. Entonces, comenzamos a hacer un diagnóstico con ellos y con ellos dijimos vamos a desarrollar capacidades, por ejemplo, para su agua, para su limpieza, para ver con ellos. Entre estas capacidades nació este programa que les decía Chimuk Chic, donde venden su ropita tejida. Así han logrado ese empoderamiento económico, sostenible y de seguridad y autoestima de las mujeres. Entonces, con Cesapu o sin Cesapu (con decirles que en este momento está cerrado por el tema del Covid...), pero se va de visita de vez en cuando. Siguen ellos cuidándose, invirtiendo su dinero para su alcohol gel, para sus cuidados, hasta para sus propias mascarillas. Entonces, no es necesaria la ONG, que prácticamente no les ha dado casi nada, más que fortalecimiento de capacidades; y no estamos hablando de financiamiento, porque todos los que han venido han sido voluntarios que querían vivir la experiencia. Lo único que se financió fue el local por donaciones que se dieron. ¿Pero esto se puede llevar en comunidades donde no hay organismos no gubernamentales? Por supuesto: un ejemplo de ello es PACIENTE. El Plan de Abordaje Comunitario Integral es un ejemplo de cómo las personas pueden organizarse en redes de solidaridad sin necesidad de que haya ningún financiamiento económico. Basta con el uso de sus celulares y con las ganas de vivir. Si escuchásemos la experiencia de personas que han vivido el plan PACIENTE, escucharíamos que los que hacían de televigías han vivido el espacio de solidaridad y de poder compartir con otros, el poder servir, y los que han recibido la atención, han sentido compañía, cosa que está faltando mucho en estos tiempos de Covid. Hay mucha estigmatización y falta la compañía, la solidaridad, aunque sea de una llamada amiga que te diga “cómo estas, cómo va tu saturación, cómo te sientes, porque si no la gente entra en desesperación y pánico. Eso es lo yo que diría a la segunda pregunta.

Y respecto a la tercera pregunta o solicitud, “especifique cómo instalar estas políticas en el país”, yo tengo esta visión: Primero, desde las universidades tenemos que lograr, como ha dicho el Dr. Santiago Saco, que la salud pública se entienda como algo importante. No es porque los profesores sean importantes, sino que es un eje importantísimo. El Dr. Agustín Iza al inicio nos hablaba de este tema de difusión, básicas clínicas, que lo he visto en mi Facultad, pero yo siempre digo ¿dónde está la salud pública como eje consolidador? Porque siempre se habla de las básicas clínicas, pero donde... Van a hablar de un diabético, de la parte fisiológica, fisiopatológica de la diabetes, la parte clínica de la diabetes; pero ¿los factores de riesgo del diabético?, ¿cómo vive un diabético? Quizá como médico de familia, yo que atiendo pacientes diabéticos también veo que muchas veces el paciente dice que sigue elevándose la glucosa, y no es que ese paciente no está fidelizado. Yo le pregunto al paciente, y me dice: “doctor, ¿qué quiere que haga, si todos en mi casa comen pastel y dicen este platito es para usted, esta ollita es para usted, me ponen a un lado mientras ellos toman gaseosa. Yo escondo mi gaseosa debajo de la cama y me la tomo.” Y eso no lo estamos enseñando a los estudiantes. Estamos enseñando que le suba más la metformina o que le dé insulina, pero no le estamos enseñando a entender esta persona, familia, comunidad. Entonces, esas interrelaciones, donde la salud pública se convierte en un eje, son algo que debe partir de las universidades en su formación. Y no es porque estemos formando médicos generalistas. Yo creo que hasta los super especialistas deberían tener un concepto muy claro de la salud pública. Lo segundo, es en el lado de recursos humanos ya formados, es decir, MINSA, EsSalud, el área donde trabaja. En esa área donde trabaja, hay que darle importancia al territorio propiamente dicho -porque estamos trabajando desde la comunidad y no sobre la comunidad-, debemos fortalecer la estructura y funcionalidad de un primer nivel de atención adecuado, darle el valor que tiene y, sobre todo, entender que la medicina familiar es una especialidad y es la quinta especialidad troncal de Medicina. Así como tenemos pediatría, medicina interna, ginecología y cirugía; la quinta especialidad troncal es Medicina Familiar y, como especialidad, tiene sus propios instrumentos y herramientas. Yo soy especialista en medicina familiar, y a veces veo con mucha pena cómo el sistema de salud trata al médico familiar como si fuera médico general. Es más: el especialista gana 10 mil, mientras

que el médico familiar gana 6 mil, igual que el médico general. Entonces, ¿cómo podemos invitar al estudiante de medicina a que haga la especialidad de medicina familiar, cuando él ve que ni siquiera es valorada como una especialidad? El segundo espacio, recursos humanos y, el tercer espacio, Gobierno. Yo siempre he dicho que nuestro país, con todo respeto, no tiene un Ministerio de Salud, tiene un ministerio asistencial, un ministerio sanitario; porque lo único que mira son los servicios de salud, pero no está mirando la salud como bienestar. Si tenemos un presidente de la República que no entiende que la salud es bienestar y esta salud como bienestar es el desarrollo de capacidades poblacionales, lamentablemente los esfuerzos que hagamos desde la universidad, los esfuerzos que se hagan de los recursos humanos van a caer en un vacío, porque se va a sentir que el médico o el personal de salud está obligado a atender y no está obligado a convivir y aprender -como señalaba Paulo Freire- en ese aprendizaje horizontal con la comunidad, la cual también tienen mucho que enseñarnos. Gracias.

Dr. Miguel Vera

Gracias, doctora. Primero, con lo de los 60 años, el punto de los 60 años. Yo creo que allí hay bastante que hacer. Me baso en 4 cosas fáciles. Lo primero es que todavía no entendemos lo que significa la vejez para muchos. La vejez, y no es malo decirlo, es una parte de la etapa del ser humano a la que todos vamos a llegar en algún momento. Tenemos que seguir pensando que existe el abuelito pues, para no decirlo de una manera que no corresponde, existen los abuelitos, y el abuelito es igual que un niño. Si el niño tiene que tener papá y mamá, el abuelito también tiene que tener los mismos cuidados porque es tan frágil como un niño chiquitito, necesita el apoyo. Este niño viejito, este niño que tiene bastantes años, -el Dr. Cabrejos lo sabe muy bien- tiene una familia muy centrifuga ¿no? Si el bebe esta echado o dormido y mueve el dedo meñique, está el papá, mamá, tío, tía, abuelito, abuelita, futuro padrino o madrina, hermanito y todos, hasta el vigilante del edificio, mirando si movió el dedo. El abuelito no escucha, está sentado y no escucha, todo el mundo dice que ya no escucha por viejo y no es eso, sino que tiene una hipoacusia; le pongo un audifono, me escucha tranquilo. Los viejitos se deprimen y tienen problemas de accesibilidad. Su situación económica no es como la de antes, porque dependen de un hijo, dependen de

alguien que les dé. Cuando yo postulé a ser residente hace 25 años había solamente 2 plazas para geriatra, ahora no sé cuántas habrá, presumo que más, habrá 10, 15. Los geriatras deberían ir al primer nivel de atención para que trabajen con ancianos, y haya, por ejemplo, terapeutas físicos que les hagan sus juegos. Nosotros hemos tenido reunión de terapeutas y, con el círculo de adultos mayores, les hacen sus juegos y es hermoso ver a los abuelitos reírse o bailar cuando los saca a bailar -entiendo, uno más mocososo- una Sonora Matancera ¿no? Y uno tiene que bailar Alquimia con los abuelitos.

El segundo punto que tocó la doctora fue sobre el desafío. Comparto lo que dice el Dr. Cabrejos y yo quiero darle tal vez la cereza: para mí hay un gran responsable de lo que es salud y se llama Ministerio de Economía y Finanzas, el MEF, porque sencillamente el más indolente de lo que significa lo que es salud es el MEF. Es el primero que restringe. No hay plata para el residentado, no hay plata para el internado, no hay plata para el bono, no hay plata para nada, no hay. O sea, todo lo que es salud, nunca hay. No puede nombrarse a los de Salud, no puede contratarse CAS, no se pueden subir los sueldos. O sea, el peor enemigo de la salud es el MEF. Pero nos controlan hasta el centímetro si gastamos o no gastamos. Uno, dos ya lo dijimos y no lo quiero repetir otra vez: la decisión es del político, como dice el Dr. Cabrejos. Tenemos que tener un ministro que aprenda pues, que sepa. Con el respeto de los señores ministros -y muchos señores ministros son mis amigos- no hacen las cosas que tienen que hacer. No han aprendido, no tienen gente en sus mandos medios que sepa escuchar, no escuchan, no dejan participar. Hacen comisiones de primer nivel y llaman a todos los que nunca han estado en primer nivel. Al que está en el primer nivel, al que hace APS, no lo llaman; o sea, al que sabe del tema no lo llaman, pero llaman a los que están por otros lados y hacen normas, hacen normatividades que no caen, pues.

Otro aspecto importante que dije fue el referente al CONAREME. Todo el pregrado queda muerto a veces por allí. Otro motivo de que de que tengamos disperso todo esto es ASPEFAM, y eso me trae a mí encima lo que significa ENAM y el examen del residentado. ¿Cuánto abarca el examen del residentado de salud pública? 10%. ¿A qué porcentaje equivale? Al 10%, 5 preguntas. Pero, si uno revisa el examen del residentado, las preguntas

de ginecología, de pediatría y de medicina son de todos los cursos de vida, de todas las estrategias. No es posible que se le tome a un médico general que postula a un residentado preguntas de especialidad, cuando no es especialista. Debería preguntársele lo que salió aprendiendo y lo que viene de su Serums. Hay que entender que los años pasan. Yo tampoco soy ya un mocoso, tengo 56 años, pero sé que atrás tengo chicos de 35 y 40 años que vienen con mucha fuerza de lo que es el cambio. Tengo que ponerme a su ritmo, estar como ellos están. Es importante que exista una apertura, pero me centro realmente en el MEF. El MEF es el punto. Hemos tenido un vice-ministro que ha sido asesor del MEF durante muchos años y probablemente ha vuelto al MEF. Ha sido mi alumno, he conversado con él. El MEF tiene que dar la plata. ¿Por qué no se saca una norma legal que facilite las adquisiciones para el primer nivel, que se dé dinero para la movilidad, para las APSs y se les pague a los internos como se les tiene que pagar? No que salga una resolución para que se le pague a un grupo y a otro grupo no. Encima se dice sáquese solamente una propina de 400 soles y de 8 a 2 de la tarde; pero eso sí: académicamente se quedan hasta las 10 de la noche. ¿Comen? No les da el hospital qué comer. ¿Le tienen que dar algo? No le dan, porque la norma dice de 8 a 2, dice que no.

Y cierro con lo que decía la doctora. Creo que el mensaje final es que debemos entender que existen dos cosas elementales para cambiar la salud. Es la primera vez que yo participo así en la Academia Nacional de Medicina, pero yo los dejo con todo el respeto de todos los profesores que he tenido y que están acá. Creo que hay dos cosas elementales para poder mejorar la salud: la atención primaria y el primer nivel de atención. Yo no soy académico, pero todos los académicos se unen como la parte académica y esto les da un peso del Colegio, de la Federación. Con el que esté a cargo a partir del 28 de julio, quien sea, no importa el color, pero quien esté a cargo de la salud, la salud no tiene tinte político, la salud tiene solamente un rumbo, en la salud tiene que haber alguien que mire que en el primer nivel de atención no estemos haciendo cosas generales, tenemos que avanzar. Como dije, el policlínico del Peruano Japonés hace electroencefalogramas en sus consultorios, porque no podemos hacerlos en un centro de salud. ¿Por qué? Porque no tengo neurólogo. Pues contratemos un neurólogo; hagámoslo dos días en un sitio y dos días en el otro. Eso se llama creatividad de

gestión. Esa creatividad de gestión se propone a los directores, y los directores dicen es que no puedo hacerlo, no puedo hacerlo, no hay plata. Hoy día hablé y dije en la mañana: que se pague como SIS. No, que sale un decreto de urgencia que ya no se puede hacer el pago de contrato por el SIS. ¿Quién hizo el decreto de urgencia? MINSA. ¿Por qué lo hace el MINSA? Porque el MEF le dice “córtalo.” También he tenido experiencia del MEF en el MINSA, y siempre el MEF dice corta, corta, corta, y no piensa. Como dije al principio, el personal de la salud es la joya más sagrada que tiene que haber para que haya salud. Hemos tenido 500 muertos, muchos de ellos mis amigos, y creo que no es justo que esté gente que trabaja como médico 4, 6 meses sin pago, o pagándole 4 mil soles como médico en vez de un poco más, como decía el Dr. Cabrejos. ¿Quién quiere hacer algo por tan poca plata? Algunos dicen: “mejor hago mi negocio y me salgo de la medicina porque gano un poco más de dinero que en la medicina.

La Academia Nacional de Medicina tiene capacidad y poder de comunicación con las autoridades. Ojalá de esta reunión (agradezco enormemente por la invitación) salga que solamente dos cosas salvan al Perú: la APS y el primer nivel de atención. Nada más. Gracias.

Moderadora Dra. Lucy López Reyes

Gracias, Dr. Vera. Vamos entonces a resaltar las conclusiones más importantes de este evento. La primera es obviamente que el sistema de salud es mucho más de lo que hemos tratado esta noche. Tenemos que ver los aspectos logísticos, los aspectos financieros, los aspectos de registro de información, la informática, la comunicación. Pero el más importante es la presencia de las personas moviendo el sistema y lo que se ha tratado hoy día. Es la segunda conclusión. Las universidades ya se han comprometido definitivamente en diferentes eventos a formar estudiantes en primer nivel de atención. Esto hay que seguirlo porque obviamente un enfoque hospitalocentrista -como se ha dicho- es un camino largo, pero no estamos solos

tampoco. Lo que, en tercer lugar, resulta como una conclusión de este evento es que la decisión política de las autoridades va a depender de dos elementos fundamentales. Que este sea un tema legítimo ¿no? Y es legítimo, porque con el Covid hay más de 3 millones de nuevos pobres que ha encontrado el INEI en el año 2020 comparado con el 2019. Tenemos 3 millones de nuevos pobres que totalizan 9 millones de personas pobres viviendo con 300 soles al mes. Esta necesidad se va a agudizar, el país no va a poder salir adelante si sus personas, sus habitantes no están bien. Entonces, yo creo que en la decisión política hay que trabajar atención primaria y el primer nivel. La gente siente que su establecimiento de primer nivel tiene que estar cerca y resolverle sus problemas. Lo que nos toca hacer a nosotros, a todos, es perfilar muy bien qué es lo que hay que hacer para un país tan diverso como el nuestro, multicultural. Por eso es importante que los liderazgos que hemos visto esta noche puedan multiplicarse, porque para cada zona va a haber necesidad de un equipo multidisciplinario que lidere. Y, finalmente, un comentario que motiva una cuarta conclusión de esta noche. Para movilizar, para conducir este cambio, cómo hacerlo la propuesta, después de todo lo que hemos escuchado, es que esto tiene que ser un movimiento, un movimiento que parta del último lugar donde cada cual de nosotros que estamos en este trabajo hagamos lo propio y construyamos estas redes multidisciplinarias en cada lugar. Con esto acabo y doy cuenta a nuestro Presidente, el Dr. Agustín Iza, y al Dr. Juan Angulo, por este excelente panel, agradeciéndoles a ustedes, distinguidos colegas, Dr. Saco, Dr. Cabrejos y Dr. Vera, por su presencia, por haber compartido y por continuar este trabajo. Tenemos que hacer una publicación como hemos quedado al inicio de nuestra invitación. Adelante y muchas gracias.

El año de 1980, y paralelamente en esa época hubo una reunión del equipo de educación médica de la OPS que señaló: “el fin último del sistema de formación de recursos humanos para la salud no es formar profesionales, sino mejorar la salud de la población.”