



Academia Nacional de Medicina

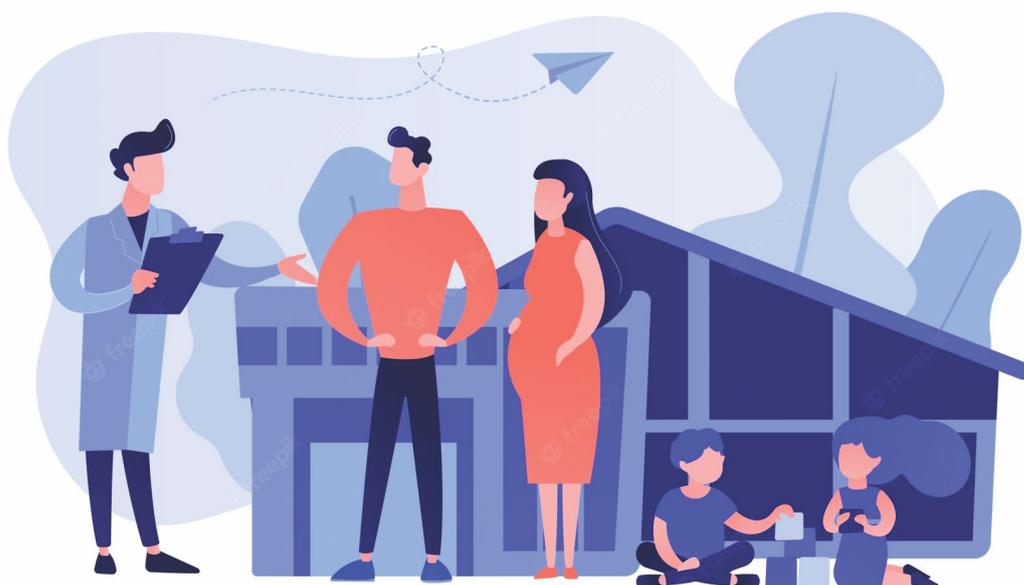
Opinión Institucional

Atención Primaria de la Salud. Estrategia fundamental del Sistema de Salud del Perú Reflexiones para la acción.

Documento de Trabajo

Coordinadora: AN Dra. Lucy López Reyes

Aprobado: 28 setiembre 2022



ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD,
ESTRATEGIA FUNDAMENTAL DEL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ
REFLEXIONES PARA LA ACCIÓN
DOCUMENTO DE TRABAJO

Introducción

La emergencia del virus SARS-CoV-2 a fines del año 2019 originó una pandemia que lleva dos años y medio de evolución provocando una crisis global sanitaria, económica y social global, cuyo impacto no ha sido el mismo en todos los países, e incluso con importantes diferencias al interior de cada país.

Entre las naciones más afectadas figura el Perú, que alcanzó la tasa de mortalidad más alta de la región y del mundo, según algunas estimaciones. Pero el impacto de la pandemia no solo se ha expresado en la mortalidad por el COVID-19; también han sido seriamente afectadas: la salud en general, la economía, el empleo, la seguridad alimentaria y los niveles de la pobreza.

Según diversos análisis, las causas de esta grave situación son múltiples, pues en torno a un agente biológico desconocido, de alta transmisibilidad y al que todos son susceptibles, se entrelazaron condiciones preexistentes en cada país como la capacidad de respuesta del sistema de salud, el desarrollo científico y tecnológico, el modelo económico, el nivel de educación y las políticas estatales de protección social; afectados a su vez por determinantes sociales, políticos y de gobernanza global.

En el país, desde el inicio de la pandemia, se evidenciaron las carencias e inequidades del sistema de salud en todos los niveles de atención, desde el más simple al más complejo. Conforme la demanda de atención creció se agudizaron estas carencias (en recursos humanos, infraestructura, equipamiento, organización, comunicación y desarrollo científico tecnológico) y se fueron ampliando las brechas sociales existentes entre nuestra

población, agravada por la pérdida de empleo y la paralización de una parte importante de la actividad económica de la misma.

Tardíamente se pensó en una estrategia para fortalecer la prestación de servicios del primer nivel de atención, que en la gran mayoría de casos no estaba en condiciones de brindar una atención adecuada a los problemas generados por la pandemia, por lo que la demanda a los servicios hospitalarios creció hasta rebasar su capacidad, además de provocar la desatención de otros problemas de salud.

Hoy, con menos casos graves, con una infraestructura mejorada por las necesidades que tuvieron que ser atendidas durante la emergencia -aunque existe el riesgo de que parte de ella se desmonte (incluyendo los recursos humanos)- se ha retomado el interés en el primer nivel sin tomar en cuenta que en su estado actual no está en condiciones de brindar la atención básica y menos una atención primaria efectiva y con enfoque de salud integral multicausal de base comunitaria que funcione en el territorio local.

Es pues indispensable y urgente impulsar una discusión nacional acerca del sistema de salud nacional y el rol de la atención primaria, no solo por los problemas de salud de la postpandemia, sino porque es evidente que en los próximos años vamos a asistir a la emergencia y reemergencia de agentes infecciosos con capacidad de extenderse en forma global y provocar crisis como las vividas con el SARS-CoV-2.

Se plantean reflexiones a tres interrogantes para orientar esta discusión: 1) ¿Cómo es el sistema de salud deseado y posible para el Perú?, 2) ¿Cómo es en la actualidad el sistema de salud del Perú? y 3) ¿Por dónde comenzar para un cambio eficaz, equitativo y solidario?

1. El sistema de salud deseado y posible

1.1. El sistema de salud y la atención primaria de la salud

- Un sistema de salud es un conjunto ordenado de servicios de todas las organizaciones, instituciones y recursos de la sociedad cuyo objetivo principal es lograr el más alto nivel de salud, satisfacer las necesidades de salud de las personas

y poblaciones: promover, mantener, restablecer la salud y protegerlas contra el riesgo financiero. El sistema de salud es a la vez complejo, determinado por la multiplicidad de actores e intereses interconectados que se adaptan a los territorios y culturas, que cambia en el tiempo sobre la base de las experiencias sociales, la voluntad política y capacidad de los gestores. Sus estrategias e intervenciones generalmente se autoorganizan y se adaptan a los nuevos contextos. No es el principio de algo sino la sumatoria de todo.

- Un sistema de salud en un Estado moderno considera el acceso a la salud como un derecho humano; por lo tanto, el Estado está en la obligación de garantizarla, poniendo a disposición de la población servicios de salud integrales, que presten cuidado con eficacia, equidad, solidaridad y calidad en el sector sanitario, a la vez que gestionando los factores multicausales determinantes de la salud en los diferentes territorios del país, todo lo cual constituye la definición cabal de atención primaria de la salud.
- La Atención Primaria de la Salud (APS) es la estrategia para lograr salud para todos según la Declaración de Alma Ata de la OMS del año 1978, e implica un tratamiento multicausal de los problemas de salud a la vez que una organización de los servicios de salud integrales, continuos, y distribuidos equitativamente buscando su eficacia y eficiencia.
- La comprensión multicausal de la salud servirá para definir la salud como estado de bienestar y no sólo la ausencia de enfermedad, dado que la salud y la enfermedad se producen esencialmente en espacios y condiciones que no dependen de los establecimientos de salud, sino de determinantes socioeconómicos, medioambientales, de estilos de vida y vulnerabilidades genéticas que afectan la vida de las personas.
- Así, por ejemplo, la anemia infantil se produce mayormente por falla de patrones de cuidado de los niños por parte de la familia tales como la nutrición y alimentación, higiene, protección de su sueño, abrigo, debido a deficiente educación de los padres, vínculos afectivos y falta de ingresos, entre otros. La

tuberculosis se produce por contagio en espacios familiares o comunitarios turgurizados y empeora por falta de nutrición e ingresos económicos, entre otros. La diabetes empeora entre otras causas por la obesidad, ausencia de una dieta adecuada y sedentarismo. La mortalidad y morbilidad por accidentes de tránsito es debido a factores como el control de los vehículos y las carreteras, educación vial y señalización. Igual análisis merece la mortalidad por neumonías en los friajes y las enfermedades como producto de las inundaciones con las lluvias del verano o de los huaycos y deslizamientos de tierras.

- Este enfoque multicausal de la salud ayuda a comprender la importancia de la sinergia eficaz de la acción de diversos sectores y la participación de las poblaciones en estrategias que tengan sentido en sus vidas cotidianas, hasta el extremo de provocar un cambio de mentalidad en la sociedad consistente en lograr que el ciudadano esté convencido que es capaz de cuidar y recuperar su salud y que el Estado y la sociedad deben garantizar los servicios para ello, servicios que no sean sólo los servicios sanitarios. El sistema de salud debe incorporar e implementar este concepto multicausal de la salud que ya está comprendido en la estrategia de atención primaria para lograr “salud para todos y por todos”.
- Llevar a la práctica la coordinación multisectorial para que sea eficaz en producir salud en todo tipo de territorio significa la participación de más actores sociales e intervenciones que las que puede desarrollar el sector sanitario, por más indispensable que éste sea y por más buena calidad de servicios que brinde.
- Entraña también un rol de liderazgo de los equipos del sector sanitario para movilizar a los diferentes actores que tienen responsabilidades en los determinantes de la salud, alineándolos en la comprensión que sus acciones pueden promover la salud, prevenir riesgos y enfermedades, en tanto que sus omisiones pueden causar daño a la población o al medio ambiente.

- Así, el sistema de salud de una república unitaria y descentralizada como la nuestra, debe estar basado en el funcionamiento de sistemas regionales y subregionales de salud, y estos a su vez basados en sistemas de atención primaria.
- La atención primaria de estos factores multicausales de la salud, conocidos también como determinantes sociales, que actúan por fuera de la decisión de las poblaciones pero que definen en gran proporción sus niveles de bienestar, salud y enfermedad, debe ser garantizada por la sociedad y el estado.
- El abordaje multicausal de la salud en la definición de la atención primaria, es también parte del concepto de salud pública; ambos conceptos con estrategias e intervenciones similares, imaginados, diseñados y abordados para la satisfacción del derecho humano a la salud en cada una de sus poblaciones y territorios. Esta definición de la atención primaria de la salud junto al concepto de salud pública, ayuda a que sea mejor entendida por los otros sectores y actores de la sociedad en sus diferentes estructuras y niveles de acción.
- En algunos países mayormente de Europa, en donde la sociedad y el Estado en su afán de garantizar el derecho fundamental a la protección de la salud universal, han desarrollado lo suficiente para que toda la ciudadanía disfrute de mejores condiciones de vida, han invertido en mejorar la educación, el empleo, el desarrollo tecnológico y el cuidado del ambiente, entre otros determinantes sociales, con resultados positivos que confirman la multicausalidad de los problemas de la salud.
- La experiencia internacional señala que la APS es una condición *sine qua non* de todo sistema sanitario para poder responder adecuada y oportunamente, con equidad, calidad y capacidad resolutive a las necesidades sanitarias de su población. No existe en el mundo sistema de salud que haya logrado y que mantenga acceso y cobertura universales, que no tenga, en la base estructural de su arquitectura sanitaria, una fuerte y resolutive APS. Los países con una APS fuerte han tenido, sin excepción un mejor desempeño en la crisis global por la pandemia.

- La APS permite combinar de forma segura, eficaz y socialmente productiva la promoción y la prevención, los cuidados, la asistencia y la rehabilitación, uniéndolos en el punto de interacción entre la población y el establecimiento del primer nivel de prestación de servicios del sistema, punto de articulación clave del sistema.
- El sistema que incluye la APS no es rural, ni sólo para pobres. Es la base de una atención universal de cuidado integral, continuo, oportuno, resolutivo y de buena calidad para todos los habitantes, rurales y urbanos, de todos los sectores sociales, adaptado a y respetuoso de la cultura de la comunidad, la misma que participa activamente de la gestión de su red de salud local. Así, el sistema sólido y efectivo cuida a su gente porque conoce a su gente.
- Hay muchos estudios que comparan la APS y sus resultados, internacionalmente y dentro de un mismo país, que proporcionan evidencia de los beneficios de un sistema de salud basado en estos conceptos: una fuerte APS y mejor calidad de la atención resultan en mejor nivel de salud de la población y menores desigualdades socio-económicas, resaltando el potencial que tiene la APS para mejorar la equidad en Salud, además de mejores oportunidades para controlar costos. Se ha demostrado que una fuerte APS está asociada con un impacto positivo en la mejoría de la salud de la población, reducción de las desigualdades socio-económicas en salud, y limitación de hospitalizaciones potencialmente innecesarias.

1.2. Responsabilidad del Estado

- El Estado es la organización política de una nación, es decir, la estructura de poder que se asienta sobre un determinado territorio y población. Al mismo tiempo que lo legitima, el derecho limita la acción del Estado, pues los valores que forman el cuerpo jurídico emanan, de forma directa o indirecta, del conjunto de la sociedad. Los elementos del Estado son: el Gobierno (el Poder), la Población (el Pueblo),

el Territorio y la Organización Jurídica. A través del poder se ejerce la suprema potestad rectora y coactiva del Estado, en el marco de la ley.

- El Gobierno es el conjunto de personas organizados políticamente que acceden al poder y los órganos revestidos de poder, para expresar la voluntad del Estado y hacer que esta se cumpla. Gobernar es ejercer la autoridad o el mando sobre un territorio y sobre las personas que lo habitan. El poder emana del pueblo. Quienes lo ejercen lo hacen en representación del pueblo y con las limitaciones y responsabilidades que la Constitución y las leyes establecen.
- El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el Estado, a través de un gobierno nacional, que comparte dicha responsabilidad con las autoridades de los niveles regional y local de gobierno.
- El gobierno del Estado conduce el sistema nacional de salud, en tanto tiene la suficiente autoridad legal para establecer las políticas destinadas a modular y ordenar la oferta y la demanda de servicios sectoriales de salud, así como de las acciones dependientes de los otros sectores y actores que tienen influencia en la salud. Además, hace las provisiones financieras y administrativas que les corresponde. El Estado no contempla desde la distancia la interacción entre los ciudadanos y el mercado prestador de servicios de salud.
- El sistema de salud, por su parte, debe cumplir cuatro funciones principales: prestación o provisión de bienes y servicios, gestión, financiamiento y gobernanza.
- Los miembros del personal de salud deben tener las competencias suficientes para trabajar con un enfoque biopsicosocial y humanístico compatible con una interacción cultural asertiva con los usuarios del sistema. Para ello, dichos miembros deben ser formados, capacitados y adiestrados con ese enfoque; y, luego de ser adscritos a una red de servicios de salud, garantizar su estabilidad laboral, así como su plan de desarrollo personal.
- La respuesta efectiva deseada de los miembros de los equipos de salud depende también de la disponibilidad de infraestructura física adecuada con el

equipamiento establecido por la normatividad sobre el uso de tecnología para ayuda al diagnóstico y el tratamiento de la más alta gamma que corresponda a las necesidades de la población. Un componente importante de la gestión del sistema es la disponibilidad de los medicamentos, que deben ser de calidad, accesibles a las personas cualquiera fuera su situación económica. Disponibilidad que implica una distribución oportuna de los medicamentos en todos los niveles de atención.

- Para llevar a cabo esa conducción pública del sistema de salud del Perú y garantizar la pronta respuesta eficaz de calidad, que respete las culturas y las necesidades explícitas o implícitas de todos los ciudadanos, el Estado debe financiar el sistema, de manera solidaria, a través de los impuestos que pagan directamente a la SUNAT o a través del IGV. El sistema debe contar con los recursos financieros para salud, teniendo como mínima referencia el 6% del PBI como la mayoría de países de América Latina.
- La buena gobernanza es indispensable en la gestión del sistema a todo nivel, lo cual implica que la población organizada o sus representantes deben estar cerca de la toma de decisiones y asumir la corresponsabilidad de estas. Para ello se debe generar espacios de debate público de las políticas y procurar que estas salgan desde los usuarios. Esto no está ocurriendo. El gobierno de los funcionarios y gestores del sector salud tiene que cambiar.
- En cuanto a los servicios sanitarios, el Estado como responsable de la salud de todos los que habitan en el territorio debe garantizar:
 - 1) la disponibilidad de los servicios públicos para el cuidado y la atención de salud, de acuerdo a su necesidad en cada departamento y en cada territorio;
 - 2) el acceso a los servicios de salud en los establecimientos y modalidades extramurales, remontando barreras que impidan la atención o cuidado;
 - 3) la utilización de dichos servicios de la mejor manera por todas las personas y sus familias,

4) la aceptabilidad, para que los servicios de salud “conversen” con la cultura de las personas, familias y del entorno comunal y

5) que tengan los más altos niveles de calidad de acuerdo a estándares internacionales.

- Para contar con un sistema de salud público fortalecido se establecen acuerdos más allá del equipo del sector sanitario, acuerdos nacionales con quienes hacen las leyes y los que implementan las leyes, los diferentes sectores del estado determinantes de la salud, los representantes del sector privado, los gremios y las opciones políticas, para pensar juntos en un sistema oferte un servicio de una sola buena calidad y que funcione en el contexto de cada territorio.
- Igualmente, se establecen normas para mejorar los salarios del personal de salud que terminen con la segmentación y el fraccionamiento existentes; es decir un sistema homogéneo en la atención y gestión por los resultados y no por el financiamiento.
- Las contingencias en salud -urgencias, emergencias y desastres- construyen poderosamente la aceptación o la desconfianza en los servicios de salud. Debe alcanzarse con la APS un nivel resolutivo básico de estas situaciones para no incrementar el gasto y desplazamiento del paciente a los hospitales bloqueando en estos los escasos espacios disponibles.

2. ¿Cómo es en la actualidad el sistema de salud del Perú?

- En el documento técnico “Fortalecimiento del primer nivel de atención, en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada” del Ministerio de Salud (2010)¹, se menciona que el primer nivel de atención está definido como la puerta de entrada al sistema de salud, tiene una estructura de recursos disponibles acorde a su nivel

¹ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/245116-520-2010-minsa>

de categorización y desarrolla capacidad de gestión local y financiera, así como la organización para las prestaciones de salud con calidad, equidad y eficiencia de acuerdo a las necesidades y demandas de salud de la población. Este Primer Nivel de Atención, comprende establecimientos con categoría de I - 1 al I - 4, estructuralmente organizados en redes, que atienden el 70-80% de la demanda del sistema. En este nivel, la severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos, por lo que se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes e incluye los componentes enmarcados en la Atención Integral de Salud como son: estructura de recursos, gestión local, institucional, organización de servicios, provisión de servicios, articulación sectorial y comunitaria. Lamentablemente, no se cumple.

- La relación entre la APS y el sistema de salud – MINSa (como autoridad sanitaria nacional), ha sido una relación contradictoria: del MINSa se ha emitido siempre un discurso oficial que asume retóricamente que la APS es la principal estrategia del sistema y una prioridad del mismo. Pero ese relato no tiene asidero en la realidad ya que nunca la APS ha sido prioridad ni estrategia principal del sistema sanitario. En la dolorosa realidad revelada por la Pandemia se hizo claro que la expresión y estigma de que APS es “pobre medicina para pobres” se correspondía más con esa realidad.
- La principal razón del escaso desarrollo de la APS en el país como “estrategia sistémica”, ha sido la escasa o nula prioridad política que la salud ha merecido por los gobiernos, constituyendo una *ausencia sistémica* porque no se tiene, ni se ha tenido, una política sanitaria para el desarrollo y fortalecimiento de una APS efectiva y sostenida en el tiempo. Otra razón de naturaleza económica y política de la debilidad de la APS, en nuestro país y en muchos otros, fue la promoción y rápida aceptación de la “APS Selectiva”, es decir de aceptar como tal la

implementación de tan solo algunos programas de salud como los de salud materna e infantil que se difundieron ampliamente

- En el Perú, si bien se habla de APS desde la declaración de Alma Ata, aún no se ha determinado como se inserta en el sistema de salud del país; aunque se ha proclamado y hay intentos de su implementación en diferentes reformas por las que ha pasado el MINSA así como hay que reconocer que ha habido experiencias locales que en coordinación o no con el Ministerio de Salud, han organizado servicios del primer nivel tratando de seguir los principios de Alma Ata.
- Casi el 90% de la infraestructura sanitaria peruana corresponde al llamado “primer nivel de atención”: postas sanitarias y centros de salud en situación de precariedad, déficit de dotación de personal, de equipamiento y mal desempeño; mayormente distribuidas en los lugares donde habita la población en condición de pobreza. Pero, aún en las áreas urbanas de mediano y gran tamaño estos establecimientos son escasos, aun cuando en esas áreas vive casi el 80% de la población, la cual, cuando busca atención se ve obligada a recurrir a familiares y conocidos, farmacias, médicos privados o a los hospitales saturados.
- Se debe resaltar que el “primer nivel de atención”, es llamado por muchos funcionarios y autoridades como “de APS”, sólo recibe el 24% del presupuesto público de salud, frente al 65% que reciben los hospitales de especialidades y sólo cuenta con el 27% del personal de salud, frente al 61% que trabaja en hospitales. En febrero de 2021, el 97% de los establecimientos del primer nivel no estaban en condiciones adecuadas para atender las necesidades de salud de las poblaciones.
- La pandemia ha visibilizado las serias limitaciones del sistema sanitario, incluyendo el primer nivel de atención y hay que aceptar la realidad: el sistema de salud peruano, como tal, no tiene Atención Primaria de Salud, sino un precario y poco efectivo *primer nivel de atención*.
- La pandemia del COVID-19 ha mostrado cómo las personas enfermas tuvieron una atención diferente según su pertenencia a los diferentes subsistemas de atención existentes, según los recursos con que cuentan, sea EsSalud, otras

IAFAS, el SIS o no se cuente con un seguro. Estas brechas se deben a la priorización de la inversión y distribución inequitativa, producto del sistema de salud actual, el mismo que debe cambiar.

- Para la mayoría de las personas pobres, el sistema de salud es precario, con carencia de recursos para el funcionamiento que le no permite responder con oportunidad y calidad a sus necesidades. Adicionalmente, coexiste con casos de corrupción y una pobre gestión que puede afectar y empeorar su funcionamiento.
- Para tener un sistema público de salud fortalecido en el Perú, habría dos opciones: un sistema único de salud en donde el gobierno es el único prestador o un sistema integrado de los subsistemas de salud existentes a través de una gestión única que salvaguarde los intereses de la población. Actualmente estamos regidos por un sistema supuestamente coordinado y descentralizado de salud, pero que en la práctica no coordina, no integra ni es vinculante y que no funciona para los fines de garantizar el derecho a la salud, ni tampoco prevé el financiamiento cabal del mismo.
- La financiación del sistema de salud tiene como referencia un promedio del 6% del PBI de la mayoría de países de AL, pero el Perú según datos del año 2019 invierte sólo el 3.28% con variaciones en centésimas en los últimos 5 años.
- Por otro lado, no es suficiente contar con la financiación, sino que estos recursos deben ser utilizados según una planificación detallada, teniendo como referencia los planes locales de salud y rindiendo cuenta a la población. En el sistema financiero actual lo que está en pie es el aseguramiento público privado, a través del SIS, que consiste en un subsidio que funciona a través de contratos desregulados.

3. ¿Por dónde comenzar para un cambio eficaz, equitativo y solidario?

- Los países en donde los estados tienen afán de garantizar el derecho fundamental a la protección de la salud universal han invertido en mejorar la educación,

empleo, desarrollo tecnológico y el cuidado del ambiente, a la par que la infraestructura sanitaria; todos ellos determinantes sociales, multicausales de la salud, para que la ciudadanía tenga mejores condiciones de vida. En nuestro país, debemos hacer todo ello a la vez. Es decir, trabajar en la multicausalidad de la salud a la vez que, en el acceso a servicios de calidad en el contexto local, para lograr salud y desarrollo humano. Este es un resultado indispensable para que las poblaciones sean capaces de identificar y hallar soluciones a sus problemas y a nuevos desafíos que se les presenten en un escenario de desarrollo sostenible.

- Reconocer y trabajar en los determinantes de la salud tiene un impacto inmediato donde habitan las poblaciones. Por tanto, es en el nivel local en que debe darse la articulación más fina de gestión de las estrategias e intervenciones de los diferentes sectores relacionados a la multicausalidad en salud, convocando la participación y convicción de las personas de que están trabajando por su propio bienestar.
- De una manera mediata, los sectores y niveles de gobierno regional y nacional deben asegurar las normas y los recursos para que ocurran los cambios en los determinantes sociales esperados en el nivel local. En una forma indirecta las políticas públicas sociales, económicas, medioambientales y financieras dadas en estructuras e instituciones del nivel nacional y regional de los sectores del Estado y la sociedad, tienen un impacto decisivo en el nivel local.
- El Estado, como expresión de relaciones y poder en la sociedad, proveerá este sistema de salud que tendrá intervenciones de salud pública a la vez que de salud individual en una política social que la podamos construir desde todos los territorios. Esto entraña que manejemos conceptos e implementemos estrategias e intervenciones de base, de acción y participación local, con el soporte de todos los demás niveles de gobierno y sectores del estado y la sociedad civil.
- Sin embargo, estas políticas serán gestionadas con poblaciones y contextos locales muy diversos. Esto entraña el desarrollo de capacidades para su adaptación innovadora en los niveles regional y local a la vez que proveer los recursos para

que dichas políticas públicas den los resultados esperados en el nivel local. Requiere la acción de una contraparte local pensante orientada al desarrollo humano y la gestión de los determinantes de la salud que son específicos en cada diversidad, cuyas capacidades debemos fortalecer.

- Cabe preguntarnos, ¿quiénes son los personajes centrales para este liderazgo transformador sino los equipos de salud tanto en el nivel local, regional y nacional?, ¿cómo poblar los equipos con profesionales formados con capacidades y competencias para brindar servicios de calidad y teniendo presente su vinculación con la salud pública? La Academia, la universidad, tiene un rol gravitante en esta función, tanto en el pregrado como en la formación continua y el posgrado.
- De ese modo, se construye el liderazgo de los equipos de salud en todos los niveles de acción y estructuras de la sociedad como un factor desencadenante e indispensable para el diseño e implementación de los cambios y está vinculado a la formación de los profesionales y técnicos de salud desde el pregrado. Este proceso entraña un cambio de paradigma a una formación humanística que fortalezca el aprendizaje del saber ser, capaz de relacionarse con las personas y las poblaciones como son, diferenciándose del paradigma biomédico que ha prevalecido en las últimas décadas y que ha privilegiado el saber por el saber y el saber hacer. La formación en la motivación trascendente hacia el resultado de lograr salud “para todos y por todos” les permitirá trabajar con las poblaciones y los diversos sectores desde la posición donde trabajen.
- ¿Qué otra estructura política, social y cultural existe en el nivel local que pueda ser un aliado clave de los equipos de salud para apalancar las estrategias para el abordaje multicausal? ¿Cómo lograr que el gobierno local siendo una estructura cuyo fin es el bienestar y la promoción de la salud de la población puede participar más estratégicamente? ¿Con qué otras estructuras locales donde también participen las personas se pueden contar? ¿Cómo hacer que el Estado y la sociedad se organicen para dar apoyo a estas estructuras políticas y sociales locales?

¿Cómo desarrollar las capacidades locales para que adquieran competencias para llevar a cabo estas tareas en su territorio?

- Sostenemos que el Estado del Perú debe tener como prioridad política el sistema de salud, lo mismo que como nunca en su historia ocurrió sólo durante la pandemia. Este sistema debe tener un enfoque de atención primaria; es decir, que no se limite a la prestación de servicios organizados en sistemas regionales, subregionales y primer nivel de atención, sino que también gestione las causas de las enfermedades y los factores que promueven la salud. Evitar lo que estamos viendo, que luego de las campañas de vacunación contra el COVID 19 y su efecto en la disminución de la mortalidad, el sistema ya no es más una prioridad y regresamos pronto al momento de pre pandemia.
- En la práctica, considerando que la gobernanza del sistema de salud es una gobernanza territorial descentralizada, los gobiernos regionales (GORE), incluyendo la pendiente región de Lima Metropolitana, deberán construir sistemas regionales de salud basados en redes de integración de servicios locales, basados en la APS, lo que implica que las actividades realizadas por los servicios de salud deben estar centradas en la población y sus necesidades, enfatizando las acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos de enfermedades y acciones curativas y reparadoras de acuerdo a la complejidad de la demanda de las personas.
- Por tanto, consideramos necesaria una rápida evaluación de la APS dentro del sistema, considerando los diferentes contextos geográficos, sociales y económicos, para una respuesta adecuada y oportuna, teniendo en cuenta la gran diversidad de ámbitos que tiene nuestro país. Esto debe incluir los recursos humanos y financieros, infraestructura, gestión local, institucional, organización de servicios, provisión de servicios, articulación sectorial, intersectorial y comunitaria.
- Consideramos que para implementar o complementar adecuadamente la APS dentro del sistema sanitario peruano - según la experiencia vivida en las ultima

décadas- que las propuestas de cambio o reajuste deben ser elaboradas y desarrolladas con la participación de todos los actores desde el nivel local; regional y nacional. Además, antes de su implementación a nivel nacional validar la implementación de las diversas estrategias e intervenciones arriba mencionadas en algunas regiones y localidades, antes de hacerlo extensivo a nivel macrorregional y nacional.

- Los proyectos de financiamiento orientados al primer nivel de atención debieran conducir al fortalecimiento del sistema ya establecido y darle continuidad, para evitar que su implementación decaiga y no tenga continuidad, como puede haber ocurrido antes.
- De los aportes internacionales de sistemas que tienen una base sólida en estos conceptos, hay algunos atributos que podrán ayudar a definir la estrategia del sistema peruano. Aquí se proponen los siguientes:

Propuesta: Atributos de la APS como estrategia de una nueva estructura del sistema de salud peruano

- *Atención centrada en la persona, su familia y su comunidad*
- *Responsabilidad de una población definida en un territorio*
- *Atención sin barreras de ninguna clase: acceso universal efectivo*
- *Punto de entrada al sistema: resolutivo, constante y amigable ϕ*
- *Atención integral e integrada*
- *Atención continuada ϕ*
- *Atención coordinada ϕ*
- *Redes locales de servicios integrados ϕ*
- *Calidad de la atención y seguridad del paciente*

- *Trabajo en equipo de APS: disponibilidad adecuada de personal de salud, en cantidad y calidad, con adecuadas condiciones para su desempeño: generalistas y especialistas*
- *Participación Social como parte de la gobernanza de la APS en un territorio de nivel local*
- *Interculturalidad*
- *Intersectorialidad*
- *Atención articulada entre niveles de gobierno: local, regional y nacional*
- *Integrada al sistema de Protección Social: acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y las desigualdades en Salud*

Nota: ϕ denota la interdependencia entre los atributos para su realización efectiva: la atención en red integrada permite asegurar la continuidad y la coordinación de la atención, y a su vez, su efectividad depende de la calidad del desempeño en el punto de entrada.

De las experiencias internacionales también se pueden extraer algunas lecciones sobre las condiciones político- institucionales para desarrollar y fortalecer el sistema de salud utilizando la APS como estrategia sistémica. Aquí se esbozan las siguientes condiciones importantes:

- **La primera condición es política.** La Salud debe ser una alta prioridad política del gobierno y debe estar bajo la tutela del Estado. Es imprescindible que estas dos condiciones políticas existan en nuestro país. Es impostergable que la salud sea una prioridad para el gobierno peruano.
- **Segunda condición es gestión.** El gobierno debe actuar responsable y consecuentemente para responder a la prioridad política sanitaria establecida y mejorar la inversión pública en Salud. Es necesario formular y ejecutar un Plan Nacional Integral de Desarrollo y Fortalecimiento del Sistema de Salud incluyendo la APS como prestación de servicios de calidad y como manejo de la multicausalidad de la salud, con un fondo intangible que lo haga viable.

- **Tercera condición: Continuidad.** La APS debe dejar de ser entendida como una estrategia de una política de gobierno para poder convertirse en una política de Estado. Su construcción y fortalecimiento es de largo plazo que trascienda los períodos de gobierno. Construir un sistema de salud basado en la APS es un proceso complejo y de larga duración con características propias según los territorios y las culturas correspondientes, que no tiene parámetros universales.

Lima, agosto 2022

GRUPO DE TRABAJO

AN Dra. Lucy López Reyes, Coordinadora

AA Dr. Jorge Alarcón Villaverde

Dr. Pedro Brito Quintana

AE Dr. Carlos Bustíos Romani

AA Dr. César Cabezas Sánchez

AN Dr. Alejandro Llanos Cuentas

Dr. Alfonso Nino Guerrero