

Construcción de un sistema de salud basado en la atención primaria y el liderazgo comunitario



*NECESIDAD DE
UN SISTEMA DE
SALUD
DIFERENTE*

Desde agosto del 2020, la COVID-19 tiene una propagación comunitaria en todas las regiones del Perú. Desde la perspectiva epidemiológica, la pandemia en el Perú está descontrolada y tiene tendencia a agravarse a través de las llamadas “olas”. Las familias más pobres, especialmente las que tienen mujeres como jefes de hogar que ocupan viviendas sin acceso a servicios básicos (agua, desagüe), son las más afectadas.

Hasta abril del 2021, mostramos un perfil de morbilidad con altas tasas de incidencia en las poblaciones con mayor exposición a la COVID-19. Tenemos una creciente mortalidad: según el SINADEF, nos aproximamos a 150,000 muertos en dos años de pandemia. Presentamos una de las tasas más altas a nivel mundial, que afecta fundamentalmente a la poblaciones pobres con riesgos prevalentes (enfermos con patologías crónicas: obesidad, diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias y cardiovasculares), en un escenario donde muchas familias no son usuarios regulares de los servicios de salud (barreras económicas y culturales)[1].

El Sistema de Salud en el Perú se ha precarizado en los últimos 50 años. Actualmente, se asemeja a un gran collage construido por múltiples recortes de diversas estructuras y organizaciones provenientes de diferentes estadios sanitarios; tributario de diversas concepciones y portador de variados intereses, patrones culturales, formas de financiamiento y modelos de gobierno, gestión y prestación. Todos estos elementos, acumulados a modo de estratos geológicos, algunos todavía procedentes del mundo colonial. Hoy por hoy, su capacidad de respuesta es insuficiente e ineficiente[2] .

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: EJE INDISPENSABLE DEL CAMBIO

Consideramos que la salud es una construcción principalmente socio cultural. Estos procesos propios de la salud pública se realizan con la participación de los principales actores políticos y sociales en cada uno de los ámbitos territoriales y locales de un país; considerando, también, su diversidad cultural. En estos espacios debe aplicarse principalmente la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), estableciendo sinergias sostenibles que potencien los esfuerzos de los equipos de salud, con los líderes y grupos organizados de las comunidades.

El año 2008, Margaret Chan, exdirectora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), escribió: “La atención primaria de salud se interpretó erróneamente como la prestación de una mala atención a los pobres. También, se consideró que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención. Algunos la calificaron de utópica, y otros pensaron que era una amenaza para el cuerpo médico.”[3]

El uso intensivo de la tecnología será una herramienta para vencer las barreras de acceso a los servicios de salud.

En ese mismo año, en la revista The Lancet, Chan también explicó: “Ante todo, la atención primaria de salud ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención de salud desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura, y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención”[4].

La estrategia de Atención Primaria de Salud tiene como objetivo realizar un compromiso con la justicia social y la equidad, para que toda persona tenga el derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a él, así como a su familia la

salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Asimismo, la APS desarrolla diversos principios con infinidad de beneficios, entre ellos: **accesibilidad y primer contacto con el paciente; longitudinalidad; integralidad y coordinación del sistema de salud.**[5] [6]

- **Primer contacto y Acceso**

Los ciudadanos deberían contar con una red amplia de establecimientos de salud cercanos a su domicilio; donde, ante una necesidad sentida de salud que no sea urgencia, puedan ser atendidos en las siguientes 24 horas.

Centros donde las personas, desde la cuna hasta la muerte, puedan hacerse cargo de **su cuidado** mediante equipos de salud de diferentes disciplinas con médicos de familia, enfermeras, obstetras, odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud. Un grupo de profesionales que puedan anticiparse a los riesgos y atender necesidades de promoción de salud y de prevención de enfermedad; pero también puedan ser capaces de resolver los problemas comunes de cada etapa de vida y puedan acompañarlos hasta sus últimos momentos con cuidados paliativos y ayudando a un buen morir.

Eliminando el pago de bolsillo o copagos como barreras y disminuyendo progresivamente las barreras lingüísticas y culturales.

Estos serían centros, puestos de salud y policlínicos a los que los ciudadanos no estarían obligados a asistir porque no puedan ir al hospital directamente; sino que empezarían a ser establecimientos a los que ellos primero deseen acudir cuando sientan alguna dolencia o quieran atender una enfermedad.

Para lograr esta característica se requerirá reordenar la red de servicios, invertir en hacerlos resolutivos con equipamiento y tecnología adecuados. El uso intensivo de la tecnología será una herramienta para vencer las barreras de acceso a los servicios de salud.

Se requiere que el sistema de salud responda a estas necesidades abordando la prevención de enfermedad y la promoción de salud, dando prestaciones sanitarias y sociales y coordinado con otros actores sanitarios para generar espacios saludables para todos los grupos etarios y familias vulnerables.

▪ **Cupo y longitudinalidad**

Un sistema basado en cuidados y no en atenciones implica la responsabilidad por un grupo de personas, familias y comunidades.

Para que la persona sea puesta al centro del sistema sanitario, este se debe organizar alrededor en redes integradas de salud que garanticen que, dentro de un territorio, un grupo de ciudadanos y familias sean la responsabilidad sanitaria de un grupo de profesionales.

Los equipos sanitarios tendrán un cupo de personas a su cargo y estarán alertas a sus necesidades sanitarias, aunque estas no demanden un encuentro en el establecimiento de salud. Por ejemplo, se ocuparán de monitorizar que los niños menores de tres años reciban suplementación para prevenir anemia; que las mujeres entre 21 y 65 años acudan a realizarse un papanicolau o que los adultos con hipertensión estén con niveles controlados de presión arterial.

La longitudinalidad implica que los equipos estén comprometidos con la salud de los ciudadanos a su cargo. En el caso de los médicos y enfermeras, que sean reconocidos como sus proveedores principales de cuidado, desarrollen un vínculo de confianza que ayude a disminuir prescripciones innecesarias y que mejoren la confianza en el sistema de salud.

Para lograr esta característica se requerirá una distribución de la población por sectores y zonas de salud dentro de redes integradas de salud y políticas para incentivar la permanencia de los profesionales por más de dos años en los establecimientos de primer nivel de atención en estrecha relación con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y las familias del ámbito territorial asignado.

▪ **Integralidad**

Las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades pueden ser diferentes dependiendo de la zona geográfica donde se encuentren, los recursos económicos con los que cuentan, el nivel educativo y otros aspectos epidemiológicos.

Se requiere que el sistema de salud responda a estas necesidades abordando la prevención de enfermedad y la promoción de salud, dando prestaciones sanitarias y sociales y coordinado con otros actores sanitarios para generar espacios

saludables para todos los grupos etarios y familias vulnerables. Asimismo, fortaleciendo la respuesta a necesidades sentidas frecuentes de formas eficiente y oportuna como las enfermedades crónicas, los problemas de salud mental y las necesidades de rehabilitación. Esta labor requerirá de profesionales entrenados en resolver la mayor parte de problemas y polivalentes en las acciones de cuidado.

La integralidad implica también tener una respuesta a las necesidades de los grupos vulnerables buscando la equidad y prestar servicios culturalmente apropiados. Para lograr esta característica se requerirán profesionales entrenados en resolver la mayor parte de necesidades de salud en el ámbito comunitario: en el caso de los médicos la experiencia mundial apunta la necesidad de médicos/as de familia y comunidad para el primer nivel de atención.

- **Coordinación del cuidado**

Un sistema de información potente, moderno y que utilice toda la tecnología disponible, apropiada y apropiable, puede ayudar a la toma de decisiones concertada, entre los equipos de salud, los ACS y familias.

Este mismo sistema de información, puede ayudar a mejorar el tránsito entre diferentes establecimientos o niveles de atención si así lo requieren, estableciendo estándares de interoperabilidad de los sistemas de información en salud para la toma de decisiones en los niveles local, regional y nacional.

Los equipos de profesionales y técnicos del primer nivel de atención deben ser los coordinadores del cuidado integral en conjunto con la comunidad.



Para la planificación y reforzamiento de las Micro Redes de Salud es necesario trabajar empoderando a las comunidades e incorporando a los Agentes Comunitarios en Salud, líderes de grupos organizados y Gobiernos Locales.

SIN PARTICIPACIÓN NO HAY CAMBIO

La crisis sanitaria agravada por la pandemia de la COVID-19, ha generado en el Perú desde marzo 2020, sólo respuestas tradicionales y reactivas (cuarentena y atención hospitalaria). La declaración de la cuarentena limitó el libre desplazamiento de las personas; y con ello se bloqueó a los sectores cuyas actividades son parte de las fuentes principales de la economía peruana: el turismo y el comercio.

Con el sector económico parcialmente paralizado, un gran porcentaje de la población perdió su principal fuente de ingresos. El 20,5 % de la población se encuentra en extrema pobreza y el 75% sobrevive como parte de la economía informal. Tales circunstancias condujeron a la pérdida de empleos y en consecuencia crisis económicas en las familias más vulnerables[7].

El sistema de salud no ha sido capaz de anticiparse a la circulación del virus en los ámbitos locales. Para lograr esa efectividad era necesario fortalecer las capacidades del Primer Nivel de Atención de Salud (PNAS); logrando que las Micro Redes (conjunto articulado de centros y puestos de salud) sean realmente órganos técnicos operativos desconcentrados de la Red de Servicios de Salud, capaces de responsabilizarse de la organización y gestión de la prestación de servicios de salud comunitarios en el PNAS.

“Urge apelar al tejido social del país conformado por distintas organizaciones sociales que, en muchos casos, anteceden a los gobiernos locales y regionales. Estas han venido sustituyendo diversas prestaciones que el Estado ha fallado en brindar”[8].

Se necesita priorizar el trabajo extramural utilizando estrategias comunitarias para demostrar el empoderamiento de la comunidad. También, incorporando a sus Agentes Comunitarios de Salud y líderes de Grupos Organizados de la Comunidad (Comedores Populares, Vaso de Leche, Organizaciones Parroquiales, etc.) a los procesos de planificación conjunta con las Micro Redes de Salud.

[Urge apelar al tejido social del país conformado por distintas organizaciones sociales que, en muchos casos, anteceden a los gobiernos locales y regionales. Estas han venido sustituyendo diversas prestaciones que el Estado ha fallado en brindar](#)

Obviamente, en este proceso es indispensable incorporar a los Gobiernos Locales (Municipalidades) y generar a nivel local visiones compartidas para enfrentar diversos problemas sanitarios. De este mismo modo, en este periodo controlando la pandemia de la COVID-19, ir acumulando experiencias que demuestren que es posible construir un nuevo Sistema de Salud más humano, democrático, equitativo, solidario y comunitario.

Se trata de establecer intervenciones y responsabilidades que, teniendo como eje la promoción de los cuidados de la salud familiar, contribuyan a la prevención de la COVID-19: a su diagnóstico oportuno, cuidados y tratamiento domiciliario, aislamiento comunitario de los casos (sintomáticos y asintomáticos), referencia de casos moderados y graves que requieren tratamiento hospitalario. Todas estas precauciones realizadas con el fin de interrumpir la transmisión del virus y sus variantes, protegiendo especialmente las poblaciones que tienen mayores riesgos

de enfermar y morir.

La sistematización de las experiencias y resultados deben ser referentes para asegurar el fortalecimiento y continuidad de servicios para mejorar la respuesta comunitaria del Primer Nivel de Atención de Salud y Municipalidades Distritales (MD), articulando con las comunidades a través de sus actores sociales y, principalmente, los Agentes Comunitarios de Salud (ACS).

[3] OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo, 2008

[4] OMS, Resumen del Informe sobre la Salud en el Mundo, 2008

[6] Rosas A, Narciso V, Cuba M. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta Médica Peruana. 2013; 30(1): 42-47.

[7] Delgado D. La covid-19 en el Perú: una pequeña tecnocracia enfrentándose a las consecuencias de la desigualdad. España: Fundación carolina; 2020.

[8] Carta Abierta de la Defensoría del Pueblo, dirigida al Presidente de la República, Lima - Perú, 18-08-2020

Invierno 2021

Braulio Cuba Corrido

Universidad Ricardo Palma

María Sofía Cuba Fuentes

Universidad Peruana Cayetano Heredia