

# Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur

## Mapeo de la APS en Perú

**Consultores:** Naydú Acosta Ramírez y Román Vega Romero

Documento Autoral de APS en los países de Suramérica



# MAPEO Y ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR

## Mapeo de la APS en Perú

**Consultores:** Naydú Acosta Ramírez y Román Vega Romero

**Documento Autoral de APS en los países de Suramérica**

Rio de Janeiro  
Junio 2014



# Expediente

## Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

Director Ejecutivo:

**José Gomes Temporão**

Coordinador Técnico:

**Henri Jouval**

### Consejo de Salud Suramericano - Junio de 2014

**Juan Luis Manzur**  
Argentina

**Bheri Ramsaran**  
Guyana

**Juan Carlos Calvimontes**  
Bolivia

**Antonio Carlos Barrios**  
Paraguay

**Arthur Chioro**  
Brasil

**Midori Musme De Habich Rospigliosi**  
Perú

**Helia Molina**  
Chile

**María Susana Muñiz Jiménez**  
Uruguay

**Alejandro Gaviria**  
Colombia

**Michel Blokland**  
Surinam

**Carina Vance Mafla**  
Ecuador

**Francisco Armada**  
Venezuela

Texto y Fotos:

**Naydú Acosta Ramírez y Román Vega Romero**

**Naydú Acosta - Profesora del Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana - Cali / Colombia**

Proyecto gráfico:

**Humpono Design e Comunicação**

Es médica, doctora en Salud Pública y Magíster en Administración de Salud. Profesora en administración de salud y salud pública en la Pontificia Universidad Javeriana - Cali, con cerca de 18 años de experiencia en la ejecución de proyectos de investigación y de desarrollo tecnológico en el área de servicios y sistemas de salud, principalmente en la evaluación de la gestión y la implementación de la Atención Primaria, políticas y programas de salud, en el ámbito nivel nacional e internacional.

### Mapeo de los modelos de Atención Primaria a la Salud en los países de América del Sur

Coordinación:

**Ligia Giovanella**

Investigador Asistente:

**Suelen Oliveira**

### Román Vega - Pontificia Universidad Javeriana

Es médico cirujano, doctor en Administración y Políticas de Salud de la Universidad de Hull, Inglaterra. Es profesor titular de la Pontificia Universidad Javeriana en los Posgrados de Administración en Salud y Salud Pública, Maestría de Política Social y Doctorado Interfacultades de Ciencias Sociales y Humanas.

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

[www.isags-unasur.org](http://www.isags-unasur.org)

[www.facebook.com/isags.unasursalud](https://www.facebook.com/isags.unasursalud)

[www.twitter.com/isagsunasur](https://www.twitter.com/isagsunasur)

## Mapeo del modelo de Atención Primaria en el Perú

### Contenido

Mapeo del Modelo de Atención Primaria en el Perú	5
Contexto de la Atención Primaria en Salud en Perú	7
La segmentación del Sistema de Salud en Perú	7
Trayectoria histórica de la APS	9
Conducción de la APS	13
Concepción de la atención primaria en salud en Perú	13
Atribuciones y competencias para la APS	14
Financiamiento de la APS	15
Mecanismos de asignación y transferencias de recursos en el SIS	15
Copagos en la APS	16
Prestación de servicios de la APS en el Perú	17
La Organización de la APS en el Perú	21
Coordinación de los cuidados e integración de la APS en la red de servicios	25
Fuerza de trabajo en APS	26
Disponibilidad de profesionales de la salud	26
Formación para la APS y en Salud Familiar y Comunitaria	27
Tipos de contrato del personal de salud y vínculos	28
Estrategias para fomentar la permanencia y adhesión del talento humano	29
Desigualdades regionales y sociales en el acceso a APS	30
Participación social y actividades intersectoriales	31
Participación social	31
Actividades intersectoriales	31
Interculturalidad	33
Gestión de la APS	34
Modelos asistenciales — identificación de desafíos y tendencias	38
Conclusiones y reflexiones finales	42
Anexo 1. Indicadores seleccionados para el Perú y sus regiones	44
Agradecimientos	47
Referencias bibliográficas	48

## MAPEO DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PERÚ<sup>1</sup>

Naydú Acosta Ramírez <sup>2</sup>  
Román Vega Romero

En este informe se presenta la caracterización del modelo y el desarrollo de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en el Perú. El mapeo se realizó mediante un proceso que inició en noviembre del 2013 con la definición de las dimensiones analíticas en conjunto con el equipo técnico del proyecto del ISAGS y una compilación documental preliminar; posteriormente, entre el 20 y 24 de enero del 2014, se realizó una visita técnica al país desarrollando actividades que incluyeron la socialización del proyecto, entrevistas a directivos y conversatorios con trabajadores del Sistema de Salud, observación de campo, un encuentro comunitario y recolección documental en el ámbito nacional, regional y local. Las instituciones y organizaciones contactadas fueron el Ministerio de Salud, la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, el Puesto de Salud José Olaya (ciudad de Lima), el Centro de Salud del Tambo (ciudad del Tambo-Ayacucho), la Organización comunitaria del asentamiento humano Vista Alegre del Tambo, el Seguro Integral de Salud y la Organización Internacional de Desarrollo Medicus Mundi.

Se involucraron del nivel nacional 16 trabajadores del Ministerio de salud, de dependencias como Oficina de Cooperación Internacional, la Dirección General de Salud de las Personas, la Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento, la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas, la Dirección General de Promoción de la Salud, el Seguro Integral de Salud e integrantes del equipo técnico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Se realizaron 8 entrevistas con directivos e integrantes de los equipos técnicos de esas dependencias e instituciones. En el ámbito regional y local se realizaron 5 entrevistas en la Dirección Regional de Salud de Ayacucho y dos Establecimientos de Salud seleccionados en conjunto con el Ministerio como exitosos en la implementación de la APS; además se realizaron conversatorios con personal de salud de esas instituciones (se incluye un listado en la sección de agradecimientos). Durante los meses de febrero y marzo se realizó la compilación y análisis documental que incluyó cerca de 80 documentos (libros,

---

1 Este documento fue preparado por un consultor. El contenido es responsabilidad de los autores y no expresa la posición de ISAGS, o del Ministerio de Salud del país, o de los profesionales entrevistados

2 Experiencia compilada por Naydú Acosta Ramírez, Profesora del Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana - Cali, Bucaramanga (Colombia). nacostar@uis.edu.co, nayduacosta@hotmail.com. Revisión técnica: Román Vega Romero, profesor e investigador de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá (Colombia), roman.vega@javeriana.edu.co, rvega.romero@gmail.com.

informes técnicos, normatividad, artículos de revistas académicas), integrando toda la información obtenida en un documento preliminar que fue remitido a los trabajadores mencionados para la socialización y validación. Entre abril y junio se realiza la revisión por el equipo técnico del proyecto del ISAGS y se incorporan los ajustes. A continuación se presenta la síntesis narrativa del mapeo de la APS en el Perú realizado con el proceso anteriormente descrito y organizado por dimensiones analíticas.

## CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN PERÚ

### La segmentación del Sistema de Salud en Perú

De acuerdo con la nueva constitución (Congreso de la República, 1993), en el Perú la salud se considera un derecho de orden social para toda la población, con un marco de derecho igualmente universal a la seguridad social, aunque para este último se define la característica de incorporación progresiva. En este contexto, Perú desarrolla un proceso de reforma del sistema de salud que en las últimas dos décadas ha pasado de un modelo segmentado y mixto hacia un modelo que se pretende de aseguramiento universal. Sin embargo, en esta transición persiste la segmentación con cuatro subsistemas del primer modelo (Giovannella et al, 2012): el Seguro Social, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía, la Asistencia Pública y el sector Privado. Recientemente se ha adicionado un nuevo componente, el subsistema de Seguro Público Focalizado.

El actual modelo de aseguramiento en salud se consolida con la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Congreso de la República, 2009), la cual separa las funciones del sistema en organizaciones específicas (ver figura 1) e introduce a las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS) como las encargadas de la gestión de los recursos del financiamiento para la provisión de un conjunto predefinido de servicios de salud o cobertura de riesgos en salud. Así mismo, esa ley define las funciones para el Ministerio de Salud, destacando las de rectoría y reglamentación del nuevo sistema (Wilson et al, 2009).

Figura 1. Estructura organizacional del Sistema Peruano de Salud



Fuente: Ministerio de Salud. SIS. Atención Primaria de Salud. Taller de Unasur, Santa Cruz, 30 de octubre de 2013.

Se consideran como Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS) a las actuales entidades administradoras de los diversos subsistemas de salud en Perú. Así, en el subsistema del Seguro Social está el Establecimiento del Seguro Social de Salud (EsSalud), que cubre mediante un régimen contributivo a los trabajadores del sector formal de la economía y cuenta con una red de establecimientos de salud propios. Las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de Policía cuenta también con sus instituciones específicas que cubren a los militares y trabajadores de seguridad pública y sus dependientes. El subsistema de Asistencia Pública corresponde al conjunto de Establecimientos de Salud a cargo del Ministerio de Salud y las redes de atención denominadas Unidades Ejecutoras, las cuales son supervisadas por dependencias gubernamentales descentralizadas correspondientes a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS) y Direcciones de Salud (DISAS). Por otro lado, el subsistema privado cubre a las personas de mayores ingresos con clínicas y seguros privados.

En el subsistema del Seguro Público Focalizado se encuentra el denominado Seguro Integral de Salud (SIS, 2014), el cual fue creado en el 2002 como un organismo público descentralizado del Ministerio de Salud con autonomía administrativa; este seguro opera mediante dos regímenes, uno subsidiado y otro semi-contributivo, siendo el primero aquel que cubre mediante recursos gubernamentales a la población en situación de pobreza extrema o pobreza y que no cuenta con un seguro de salud; mientras que el segundo régimen tiene financiamiento mixto (público y privado) y está dirigido a población de bajos ingresos como trabajadores independientes (SIS emprendedor), trabajadores de microempresas y sus familiares (SIS microempresas).

En cuanto a la cobertura del sistema peruano de salud mediante las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares del 2012 (Instituto Nacional de Estadística e Informática), un 61,9% de la población refiere estar afiliada a algún seguro de salud, con diferencias por área de residencia que favorece al sector rural (72%) en relación al área urbana (59%); y además amplias diferencias por regiones (con un rango entre 88% y 41%). Respecto a la segmentación por tipo de IAFAS, se destacan el SIS y EsSalud, a las cuales respectivamente el 31% y 24% de la población refieren esa afiliación en el 2012 (Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, 2013).

Los reportes institucionales confirman una limitada cobertura del aseguramiento en salud, aunque con cifras ligeramente más altas. Así, de acuerdo con las proyecciones poblacionales Perú contaba en el 2012 con una población total de 30.135.875 (Instituto Nacional de Estadística e Informática), de los cuales las estadísticas registran como afiliados a EsSALUD 9.8 millones (32%); a su vez, los afiliados al SIS fueron 11,3 millones (38%), distribuidos en 5.3 millones en el área urbana y 5,9 millones en el área rural. Respecto al tipo de afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS), en el año 2012 el 99,8% pertenecían al régimen subsidiado con financiamiento público total, y el 0,2% eran afiliados al régimen semi-contributivo con financiamiento público parcial.



En la limitada afiliación a las instituciones de aseguramiento se menciona como una problemática el alto porcentaje de población económicamente activa que labora en situación de informalidad, y se estima según un reporte del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en un 75% ya que los trabajadores registrados en planillas representan menos del 25% del total del empleo en el país (PNUD, 2013), mientras que un estudio del Consorcio de Investigación Económica y Social del 2011 estima la informalidad en un 79% de la fuerza laboral. Se menciona como una problemática que algunos grupos como los trabajadores del sector del transporte urbano (taxistas) no califican para el régimen subsidiado por sus ingresos, pero son reuentes a afiliarse a las instituciones de aseguramiento en salud y prefieren el gasto de bolsillo para cubrir las eventualidades de salud, con las implicaciones de costos para el Estado, los individuos y sus familias cuando se presenta una enfermedad catastrófica.

También se encuentra con respecto a la afiliación a EsSalud la problemática de ser fluctuante en el tiempo y se aduce que la falta de continuidad se relaciona a la inestabilidad laboral; además existen predefinidos periodos de carencia principalmente para trabajadores que se afilian como independiente (EsSalud, 2014): tres meses para un conjunto de servicios predefinidos, tiempos de espera de 10 meses para algunos procedimientos quirúrgicos y de 24 meses para el tratamiento médico de la infección por VIH y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). En consecuencia, la protección financiera en salud en esos periodos se restringe y potencialmente se limita la utilización de servicios para esos usuarios.

Para enfrentar las anteriores problemáticas, el SIS destaca que fomenta la afiliación en el régimen semi-contributivo a grupos como los trabajadores independientes que cumplen obligaciones tributarias de manera regular y a su vez atrae a trabajadores informales a cumplir obligaciones tributarias con el Estado, destacando como ventajas que la cobertura en salud es más integral.

### **Trayectoria histórica de la APS**

Se identifican tres periodos históricos en el desarrollo de la estrategia APS en Perú, la cual tiene una larga trayectoria en el país, que se remonta desde finales de la década de los 1970. El primer periodo comprende hasta la década de los 1990. A partir de los planteamientos de Alma Ata se desarrollaron diversas experiencias de APS, aunque se reconoce que estas se caracterizaron por ser en general de tipo selectivo y localizadas en zonas específicas del país, como fueron El programa de Medicina Rural en Puno (dirigido por el Dr. Manuel Núñez Buitrón), el Proyecto de Atención Primaria de Salud y Saneamiento Básico en Cajamarca (Altobelli et al, 2001), el Proyecto 2000, el Proyecto Salud y Nutrición Básica, el Proyecto Una Nueva Iniciativa, y el Programa Salud Básica Para Todos (Calderón, 2004).

A partir de esos aprendizajes, en el 2003 el Ministerio de Salud formuló y formalizó, mediante la Resolución 729, el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual se considera una reforma fundamental de la salud pública y marca el inicio del segundo periodo de la APS. El MAIS se describe como un nuevo enfoque que tiene como eje central las necesidades de salud para orientar la forma

de organización y funcionamiento de los servicios de salud (Medicus Mundi et al, 2012). Se destacan como los cambios y avances más importantes de este periodo la incorporación de formas de atención extramural con Equipos Básicos de Salud y modalidades de oferta móvil para poblaciones dispersas (equipos o brigadas itinerantes de atención integral de salud), la definición y aprobación de normas técnicas para la atención por etapa de vida, además de la conformación de redes y microrredes de provisión de servicios de salud por el Ministerio de Salud.

Paralelo al desarrollo de la APS, dentro del proceso peruano de reforma en salud, se introducen otras estrategias con cambios significativos en la organización y funcionamiento gubernamental tales como la Descentralización en Salud, la implementación del Presupuesto por Resultados, el Aseguramiento Universal en Salud, el programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud y el establecimiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Como logros conjuntos de esas estrategias se reportan como resultados un mejoramiento progresivo de los indicadores de salud con énfasis en la disminución de la mortalidad materna e infantil (ver en el anexo 1 los indicadores seleccionados del Perú).

Sin embargo, se considera que en la primera década del MAIS la implementación fue limitada respecto a las características de la propuesta conceptual, por un predominio de acciones del sector salud centradas en las personas y fragmentadas por etapa de vida, sobre otras acciones requeridas en la familia, la comunidad, el entorno; y también se reconoce que en general las acciones intersectoriales fueron escasas. En consecuencia, estos elementos se retoman, integran y convierten desde el 2011 en los ejes del nuevo Modelo denominado de **Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC)**, el cual constituye el inicio del tercer periodo de desarrollo y ajuste de la APS en Perú.

En resumen, los ajustes y las características del MAIS-BFC se pueden agrupar en dos componente fundamentales:

1. el primero fue la reforma del modelo de atención para trascender de un enfoque de medicina familiar con un paradigma asistencialista hacia un enfoque de salud familiar más integral, basado en la familia y la comunidad;
2. mientras que el segundo componente comprende diversos programas de fortalecimiento del primer nivel de atención en las áreas de equipamiento, medicamentos, capacitación e incentivos laborales, y el desarrollo de redes integradas de servicios de salud.

Se destaca como un ajuste relevante la definición de cuatro categorías de instituciones para el fortalecimiento de los establecimiento de salud de primer nivel de complejidad de acuerdo con su tipo de personal, equipos y resolutivez cuantitativa y cualitativa:

1. I-1 corresponde a los puestos de salud con personal de nivel técnico o auxiliar o profesional de salud no médico; el 57% de los establecimientos públicos (4343 en 7590).

2. I-2 son los puestos de salud que cuentan como mínimo con profesional médico-cirujano con o sin especialidad y personal técnico de enfermería, opcionalmente pueden contar con uno o más profesionales de la salud no médico-cirujano; el personal se ajusta al volumen y tipo de necesidades de salud y el tamaño de la oferta que de ella se derive.
3. I-3 son centros de salud sin hospitalización que cuentan con dos o más médicos-cirujanos; opcionalmente tienen otros profesionales de la salud de acuerdo al volumen y tipo de necesidades de salud y el tamaño de la oferta que de ella se derive.
4. I-4 corresponde los centros de salud con hospitalización, cuentan con profesionales médicos con especialidad, médico-cirujano, profesional de enfermería y opcionalmente otros profesionales de la salud de acuerdo al volumen y tipo de necesidades de salud y el tamaño de la oferta que de ella se derive. Adicionalmente a partir de esta categoría I-4 se incluye para la farmacia a un profesional químico farmacéutico (Ministerio de Salud, 2011).

Las características fundamentales del MAIS-BFC se desglosan y detallan posteriormente desagregadas por categorías analíticas.

Este ajuste del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC) contribuye al análisis de las deficiencias identificadas en algunas evaluaciones previas (Ministerio de Salud<sup>a</sup>, 2008) que fueron cuantificadas principalmente en un diagnóstico realizado mediante el Estudio Nacional de Establecimientos de Salud (ES) del 2010, el cual encuentra que cerca del 40% de los ES tenían calificaciones bajas con desempeños entre 10-30% de los logros esperados, principalmente en macroprocesos y procesos claves relacionados con la atención integral y familiar (Ministerio de Salud, 2010). Fundamentalmente se consideran críticos aspectos relacionados con deficiencias en el análisis de situación de salud y la definición de planes operativos institucionales basados en las necesidades territoriales; además de falencias en el sistema de admisión, en cuanto a la existencia de carpetas familiares, la sistematización de esos datos y su adecuado archivo. Para enfrentar esa situación, de un total de cerca de siete mil Establecimientos de Salud se definen como prioritarios o estratégicos para intervención 748, incluyendo en la selección otras variables como el porcentaje de población vulnerable, densidad poblacional, capacidad resolutive y pertenecer a un corredor social.

Dentro de las explicaciones para la limitada implementación del MAIS en la anterior década se mencionan el perfil de los equipos de salud local con orientación y formación fundamentalmente asistencialista a los cuales además se demandaba aplicar normas técnicas de atención integral a la persona por ciclos de vida, y apoyar diversidad de estrategias sanitarias asociadas a prioridades nacionales y regionales, alineadas a compromisos transnacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre estos Salud Sexual y Reproductiva, Nutrición y Alimentación Saludable, Malaria, Tuberculosis, Inmunizaciones, Salud Mental; con esta fragmentación se dispersaban o duplicaban las acciones y no se lograba incorporar dentro de los servicios del primer nivel de atención las intervenciones a la familia y a la comunidad.

Esa problemática se atribuye también a una desarticulación desde el nivel nacional y un pobre entendimiento de la necesidad de trabajar de manera coordinada y transversalizar las intervenciones tomando como eje y centro de atención las características y necesidades poblacionales. Así, cada grupo técnico de trabajadores del ámbito nacional de las diversas estrategias sanitarias y cada grupo a cargo de los diferentes ciclos de vida llegaban a los establecimientos de salud en las regiones y municipios buscando un responsable específico para las actividades y el desarrollo de planes independientes en cada uno de esos aspectos, con sobrecarga para los trabajadores del ámbito local en la ejecución y reporte de multiplicidad de actividades con metas bajas o descontextualizadas con las necesidades y las realidades de la población. Situación que paralelamente generaba duplicidades como familias visitadas en un gran número de veces por trabajadores responsables de las diferentes estrategias, generando gastos innecesarios que pueden ser evitados si se lograran carteras únicas de atenciones centrados en la persona, la familia y la comunidad.

También se destacan como aspectos débiles del modelo el insuficiente desarrollo de un sistema de información integrado que apoyara la gestión y la atención en salud, la restringida gestión de la formación y desarrollo de recursos humanos, el inadecuado número o densidad de profesionales y el limitado financiamiento en el sistema de salud para las intervenciones de salud colectiva. Estos aspectos sustentan las modificaciones en la organización y la gestión del Ministerio de salud y los cambios normativos con un paquete extenso de reglamentaciones que se expiden recientemente para apoyar la reforma del sistema de salud y la implementación del actual Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC).

## CONDUCCIÓN DE LA APS

### Concepción de la atención primaria en salud en Perú

Existe una política nacional de APS reestructurada recientemente desde el Ministerio de Salud para el Sistema Peruano de Salud, con fundamento legislativo en la resolución ministerial 464 del 2011, en la cual se define el Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC). En el documento técnico del Ministerio de Salud (MINSAs, 2011; p.23) que desarrolla el MAIS-BFC se establece que este modelo toma como punto de partida la definición de APS de Alma Ata, y se fundamenta primordialmente en los principios, valores y estrategias de la APS renovada, acogiendo como definición *aquella “transformación de los sistemas de salud, de modo que puedan hacer de la APS su fundamento. Para tal propósito, se demanda (...) reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención; ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios; requiere adicionalmente de una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y en la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS”*.

En el Subsistema de Seguro Social EsSalud (2012) incluye explícitamente la estrategia de APS tanto en sus planes estratégicos, como en la descripción de su modelo de atención, definiéndola acorde con los planteamientos de Alma Ata en estos términos: *“Es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”*. La cartera de servicios del primer nivel de atención se define como de Atención Primaria, basada en el Modelo de Atención Integral de Salud y con una marcada orientación hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito individual y familiar.

Por otro lado, en los documentos disponibles del subsistema del Seguro Público Focalizado, que corresponde al SIS (2011, 2012, 2013, 2014) no se identifica de manera explícita la adopción de una definición particular de APS, aunque se reconoce y fomenta su desarrollo acorde con los lineamientos ministeriales, como se reporta en la entrevista con los directivos de la entidad, y además se evidencia en los indicadores de seguimiento a los establecimientos de salud (ES), en los que se incluye la evaluación de la presencia del equipo básico de Atención Primaria para los ES de nivel I-3, y el porcentaje de prestaciones preventivas realizadas para la población afiliada.

## Atribuciones y competencias para la APS

En cuanto a la definición de atribuciones y competencias para el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC) se designa como entidad rectora a cargo de la definición de normas técnicas y autoridad sanitaria nacional al Ministerio de Salud (MINSA) con delegación actualmente en la Dirección General de Salud de las Personas (dependencia ministerial), y se responsabiliza a las Direcciones Regionales de Salud (entidades descentralizadas adscritas al MINSA) de la aplicación del documento técnico-normativo y la supervisión de la implementación de la estrategia. También se establece que el ámbito de aplicación del MAIS-BFC en todo el territorio nacional son las instituciones e instancias relacionadas con la salud tanto de los gobiernos locales como en los establecimientos de salud de carácter público, privado y mixto.

En el modelo se definen dos dimensiones y cuatro componentes para la implementación del MAIS-BFC. Las dimensiones para la acción son la política y la operativa, siendo la primera la encargada de la formulación e implementación de políticas, programas y planes para la adopción del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC) y enfrentar los determinantes sociales de la salud mediante intervenciones intersectoriales, rol a cargo de las instituciones de gobierno nacional, regional y local; mientras que la dimensión operativa corresponde a las instancias que deben aplicar e implementar el nuevo MAIS-BFC, y donde se encuentran los establecimientos de salud y la población general con sus organizaciones sociales. Los componentes definidos para la implementación del MAIS-BFC son: gestión, organización de la prestación, prestación de servicios de salud y financiamiento.

En el componente de gestión se destaca el enfoque territorial para la salud; la dotación de equipos de atención de salud suficientes, competentes y con distribución adecuada; y el desarrollo progresivo de un sistema de información funcional. Se espera que a partir de un reconocimiento de las necesidades poblacionales, identificadas con un enfoque territorial, se desarrollen tres tipos de intervenciones por parte del equipo básico de salud familiar y comunitaria: atención integral a la persona, a la familia y a la comunidad. El componente de organización de la prestación se relaciona con la conformación de redes integradas de salud, el registro y categorización de los establecimientos de salud acorde a su nivel de complejidad y la oferta móvil de servicios de salud. A su vez, en el componente de prestación de servicios de salud se incluyen los lineamientos para la organización de los equipos básicos, los paquetes de atención extramural e intramural, la organización del sistema de vigilancia comunal, y la elaboración de planes locales de atención de salud. Mientras que el componente de financiamiento hace énfasis en el financiamiento a los establecimientos de salud por modalidad capitada mediante asignación de un monto predefinido por grupos de afiliados al aseguramiento universal mediante las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en salud (IAFAS), los cuales inscriben los usuarios al establecimiento de salud más cercano en el territorio.

## FINANCIAMIENTO DE LA APS

El financiamiento de la APS se configura por la política de descentralización que se desarrolla en el país desde el 2008. Así, en la organización de la administración pública en salud en Perú existen tres niveles de gobierno: (i) Nacional: representado por el Ministerio de Salud; (ii) Regional: integrado por 26 Direcciones Regionales de Salud (DIREAS) que corresponden a los 22 departamentos del país y cuatro subdivisiones de Lima y Callao; (iii) Municipal o local: corresponde a las municipalidades distritales y provinciales en donde se encuentran algunas Direcciones municipales de Salud (DISAS) y las Direcciones de la redes de establecimientos de salud.

Las funciones del ámbito nacional son en general aprobar las políticas nacionales y sectoriales y realizar la reglamentación de los servicios de salud. Las Direcciones Regionales de Salud tienen a cargo como funciones relevantes las funciones de planificación regional y ejecución de programas de salud, participar y aprobar el Plan de Desarrollo Concertado, entre otras competencias. En el ámbito local las funciones son planificación y desarrollo de programas de salud, reglamentar y administrar la provisión de servicios públicos colectivos y participar y aprobar el Plan de Desarrollo Local. El financiamiento de cada esfera de gobierno lo realiza el Ministerio de Economía y Finanzas según el Plan de Presupuesto, con unos recursos ordinarios fundamentalmente para personal de contrato indefinido y mantenimiento de infraestructura, además de transferencias para Programas Estratégicos condicionados por el desempeño en un conjunto de indicadores predefinidos mediante el denominado Presupuesto Por Resultados.

En consecuencia, los recursos para la APS en el país comprenden los Recursos Ordinarios de orden nacional para el personal de contratos indefinidos de los equipos básicos que se adscriben a las redes de prestadoras de servicios o Establecimientos de Salud (ES) de carácter público, las cuales reciben también para el desarrollo de las intervenciones y los programas de salud otros recursos provenientes de financiadores como el SIS y se constituyen en “Recursos Directamente Recaudados”, o recursos del ámbito regional y local de las DIREAS o DISAS, condicionados a indicadores de desempeño mediante los denominados Presupuestos Por Resultados. En la asignación de recursos nacionales para APS se priorizan los ES estratégicos de carácter público de primer nivel de atención, que se mencionaron anteriormente.

### Mecanismos de asignación y transferencias de recursos en el SIS

El SIS, como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), financia la prestación de servicios de salud para sus afiliados mediante convenios con los Gobiernos Regionales a los cuales pertenecen los Establecimientos de Salud públicos y/o contratos con prestadores privados de servicios de salud, a los cuales se aplican diversas modalidades de pago. Así, se paga por servicio o evento a los Establecimientos de Salud (ES) de nivel II

y III que brindan servicios de mayor complejidad; mientras que para los ES del primer nivel de atención el mecanismo de pago es capitado con transferencias de montos fijos cuatrimestrales (generalmente del 20%) y un monto variable trimestral condicionado al cumplimiento de indicadores predefinidos, dentro de los cuales inicialmente se incluyeron indicadores de estructura, proceso y resultado como es la presencia del equipo básico de Atención Primaria para los ES I-3, y el porcentaje de prestaciones preventivas realizadas.

Actualmente se condiciona las transferencias a indicadores denominados de pago y monitoreo; siendo los primeros relacionados al otorgamiento de prestaciones preventivas según los Programas presupuestales prioritarios, con los cuales se define la transferencias del monto variable; mientras que el segundo permiten evaluar el desempeño de las Regiones con respecto a los resultados sanitarios, todos ellos alineados a las políticas y acuerdos nacionales. Con respecto a la Política nacional de APS se tienen los indicadores de monitoreo “Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención” y “Porcentaje de asegurados atendidos en prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención”. Asimismo, el SIS además de financiar la salud individual, financia la salud colectiva a través de prestaciones promocionales a grupos poblacionales priorizados como los niños en edad escolar y madres gestantes. Se destaca que el SIS para el régimen subsidiado es gratuito para la población afiliada, sin pagos ni copagos por parte del usuario.

El porcentaje de gastos públicos del total de gastos en salud es del 56% para el 2012 (World Bank, 2014), lo cual indica que el gasto privado, y dentro de estos el de los hogares, son una fuente relevante del financiamiento, situación que también ya se había identificado en un estudio de las cuentas nacionales de salud (Ministerio de salud<sup>b</sup>, 2008) para el periodo 1995-2005. Esta situación es preocupante ya que tiene graves implicaciones de inequidad en un país con un importante porcentaje de la población en situación de pobreza. Similarmente, el gasto público nacional en salud se considera bajo, aunque con tendencia ligeramente creciente en los últimos años (ver anexo 1) al pasar de 4.46% como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) del país en el 2005 a 5.10% del PIB en el 2012.

### **Copagos en la APS**

En el Perú solo la población asegurada tiene cubiertos los medicamentos dentro del plan de salud (SIS, EsSalud), y en estos no se realizan copagos. La población del SIS tiene cubierto un conjunto de medicamentos mientras que para la población sin aseguramiento existe una tabla de precios para el pago de bolsillo de los usuarios, aunque es optativo del Establecimiento de Salud determinar exenciones acorde con directivas ministeriales en esa área.



## PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA APS EN EL PERÚ

En el **Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC)** la prestación de servicios se concibe como una atención integral. Se define como aquella provisión continua y con calidad de una atención orientada a cubrir las necesidades de salud (desarrollo, mantenimiento, derivadas del daño y la discapacidad), con énfasis en la promoción de la salud y prevención de riesgos de los individuos en el contexto de su familia y comunidad y en un marco de corresponsabilidad con el involucrado y los actores sociales claves.

Con la reforma del Modelo de Atención Integral de Salud que se realiza actualmente en Perú se busca enfrentar las deficiencias en el desarrollo del modelo, el cual anteriormente se había caracterizado por desarrollar visitas domiciliarias con énfasis en identificación de riesgos y morbilidades y la canalización a acciones recuperativas por ciclo de vida, las cuales generaban un alto costo y bajo impacto en salud.

En el nuevo enfoque del MAIS-BFC la puerta de entrada son los Establecimientos de Salud (ES) del primer nivel de atención, los cuales realizan acciones extramurales mediante los Equipos Básicos de Salud que tienen a cargo la realización de las visitas a los hogares y desarrollar intervenciones en salud que comprenden un **paquete de atención integral a la persona** (por ciclo de vida), un **paquete de atención integral a la familia** (PAIFAM) y un **paquete de atención integral a la comunidad**. Las acciones intramurales de los ES incluyen la realización de una historia clínica integral por etapa de vida y atención de profesionales que reciben remisiones para atenciones en salud según las necesidades identificadas en las visitas domiciliarias.

Las acciones extramurales implican visitas domiciliarias con un número mínimo entre dos y cuatro visitas a los hogares en un periodo de un año: la primera es la aplicación de fichas familiares para la identificación de riesgos y el diagnóstico de necesidades de los individuos, las familias y la comunidad, con la subsecuente canalización y programación de citas para el desarrollo de los planes de atención integral individual; la segunda visita es para negociar con la familia el desarrollo del PAIFAM (Plan de Atención Integral Familiar) hacer el seguimiento de las citas programadas, consejerías y otras intervenciones sanitarias acordadas con la familia; la tercera y cuarta visita, se realiza para el seguimiento de lo programado e intervenciones y consejerías específicas acordadas con la familia.

**Foto 1. Visita domiciliaria. Equipo básico del Puesto de Salud José Olaya, Lima.**



Fuente: Orillo Viacava Jacqueline. Presentación de la implementación de la Estrategia de Salud Familiar, Noviembre de 2013. Asentamiento Humano Señor de los Milagros.

Así, los paquetes de atención incluyen acciones tanto preventivo-promocionales como recuperativas a cargo de los profesionales de salud de los establecimientos de salud. En el componente de promoción de la salud las directrices nacionales están a cargo de la Dirección General de Promoción de la Salud, la cual tiene una trayectoria desde el año 2001 y en los últimos años se centra en el desarrollo de políticas, entornos saludables y educación para la salud en diversas áreas temáticas que incluyen: mejoramiento de la calidad de vida mediante la actividad física; alimentación saludable; ambientes libres de humo de tabaco; valores y buen trato dirigido a personal de salud; cultura de tránsito-seguridad vial; salud mental con acciones en contra de la violencia hacia la mujer; habilidades para la vida; y se destaca un especial énfasis en el entorno familiar saludable y el cuidado infantil. En esta última área se dispone de “Pautas de crianza en el menor de 1 año”, y diversas estrategias que buscan promover y proteger la lactancia materna e incluyen: la promulgación de ordenanzas municipales y regionales; la declaración de “Municipios Amigos de la Lactancia Materna” y Rutas de Trabajo para vigilar el cumplimiento del reglamento de Alimentación y Nutrición Infantil. En el entorno familiar se incluyen las iniciativas comunitarias para el desarrollo de instalaciones mejoradas de saneamiento y consumo de agua segura con tecnologías asequibles como los pozos y bombas de agua fabricados localmente y artesanalmente; además de la promoción de prácticas de higiene como el lavado de manos con jabón y sistemas caseros de tratamiento para agua potable. Se mencionan como logros en Promoción de la

Salud la articulación con los Gobiernos Regionales y el Ministerio de Economía y Finanzas a través de los centros de vigilancia comunal para el cuidado de la madre y el niño, generación de espacios públicos para la recreación y actividad física, los programas de generación de prácticas y entornos saludables en el marco del Plan de Salud Escolar, los programas de puntos negros para disminuir los accidentes de tránsito y de manera relevante el Programa de Familias y Viviendas saludables” sobre el cual hay un documento técnico desde el 2006.

Las acciones preventivas tienen como directrices programas estratégicos con normas técnicas generalmente agrupadas por ciclo de vida y “problemas sanitarios priorizados”, como son: Salud del Adolescente, Salud del Adulto Mayor, Salud Ocular, Enfermedades Metaxémicas (transmitidas por vectores), Control de Tuberculosis, Mortalidad Materna y Neonatal, Desnutrición Crónica, etc.

Las intervenciones preventivas y recuperativas están particularmente normatizadas y garantizadas para los afiliados a las IAFAS como el SIS, ya que los servicios están definidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), el cual es una lista priorizada de condiciones e intervenciones que se incluyen como garantías explícitas obligatorias, y que actualmente corresponde a casi 1200 diagnósticos. Existen, además, un Plan Complementario que incluye un listado de casi 4 mil diagnósticos, adicionales al PEAS, con fondos predefinidos normativamente. Se cuenta también con fondos especiales con recursos delimitados para otros dos planes adicionales: un Plan Esperanza para la atención del cáncer financiados por el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) y el SIS (SIS, 2012).

Los afiliados al SIS están sujetos a un grupo de exclusiones explícitas que son las siguientes: (i) Cirugía profiláctica, estética o cosmética, o procedimientos para otros propósitos que no sean mejorar el estado de salud; (ii) Atenciones con financiamiento de otra fuente, por ejemplo, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y Listado de Enfermedades de Alto Costo; y, (iii), Atención fuera del territorio nacional.

La población del SIS tiene cubierto un conjunto de medicamentos mientras que para la población sin aseguramiento existe una tabla de precios para el pago de bolsillo de los usuarios, aunque es optativo del Establecimiento de Salud el determinar exenciones acorde con directivas ministeriales en esa área. Así, el financiamiento de medicamentos se hace con recursos del SIS, recursos ordinarios de programas prioritarios o estratégicos (por ejemplo TBC, metaxémicas y Salud Sexual y Reproductiva) y recursos directamente recaudados (pago de la población no asegurada). Esos recursos son manejados centralizadamente por un fondo rotatorio que se gestiona con el principio de autosostenibilidad, para lo cual se emplean estrategias como una política nacional para la compra conjunta de medicamentos. Esa política se desarrolla desde el 2003 mediante licitación pública anual a cargo de la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), la cual también define precios operacionales que son referencia para la comercialización de medicamentos en los Establecimientos de Salud o los pagos de los usuarios no asegurados.

Estimaciones del Ministerio de Salud sobre la licitación pública para los medicamentos del 2012 reportan un ahorro del 17.5%, que representa cerca

de 40 millones de nuevos soles (14,4 millones de dólares americanos), y un ahorro acumulado desde el 2003 al 2012 de cerca de 474 millones de nuevos soles (171 millones de dólares americanos). En el proceso de compra conjunta se benefician los Establecimientos de Salud públicos de la red del MINSa y participan, además, EsSalud, los Ministerios de Defensa, Interior y Justicia - a través las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional - y el Instituto Nacional Penitenciario.

En general la DIGEMID tiene a cargo la reglamentación, monitoreo, evaluación y asistencia técnica con tres dependencias o direcciones específicas entre las cuales se destaca la Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos (DAUM). En el componente de acceso, la DAUM se encarga del sistema integrado de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios para los Establecimientos de Salud (ES) de carácter público y de la evaluación de la disponibilidad desde la oferta; en el componente de uso racional se encarga del monitoreo y evaluación de la operatividad de los comités farmacoterapéuticos a nivel nacional, así como la revisión, actualización y adherencia al petitorio nacional único de medicamentos esenciales, también promueve y vigila el cumplimiento de la prescripción en denominación común internacional y el uso adecuado de antimicrobianos de usos restringido; y en el componente de farmacovigilancia se encarga del desarrollo de farmacovigilancia y tecnovigilancia activa y pasiva que se basa en notificación de sospecha de reacciones adversas a los medicamentos e incidentes adversos a los dispositivos médicos a fin de vigilar la seguridad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios comercializados en el país.

Se cuenta con un Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico (Sismed) el cual permite el análisis de datos y la generación de boletines periódicos sobre acceso y uso de medicamentos, con indicadores de disponibilidad de medicamentos esenciales en los Establecimientos de Salud como medida de la eficiencia en la gestión de los sistemas de suministros del DIGEMID y el nivel de oferta y acceso poblacional. Por ejemplo, para el corte de diciembre del 2013, el porcentaje promedio nacional de desabastecimiento fue de 10.5%, con un rango de diferencias regionales entre 1.5 y 22.3%, mientras que el % promedio nacional de disponibilidad fue de 82.5%, y el rango entre 69.6% y 96.9%. Se establecen también categorías o niveles de disponibilidad por tipo de establecimiento, encontrándose que el más frecuente es el nivel regular (porcentajes entre 70 y 90), presentándose principalmente en el 66% de los Centros de Salud (CS) y en un poco más de la mitad de los Puestos de Salud (PS) y entidades Hospitalarias (H), mientras que el nivel óptimo (disponibilidad mayor de 90%) se encuentra en cerca del 30% de los PS y H, y en el 21% de los CS, quedando en el nivel bajo (% de disponibilidad menores al 70%) cerca del 11% de los Establecimientos de Salud restantes (MINSa/DIGEMID, 2013).

## LA ORGANIZACIÓN DE LA APS EN EL PERÚ

Se define como puerta de entrada a Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria (EB-SFC), que se adscriben a Establecimientos de Salud (ES) de primer nivel de atención (categoría I-2 en adelante); además, los ES I-4 deberían contar con Médicos especialistas en Medicina Familiar.

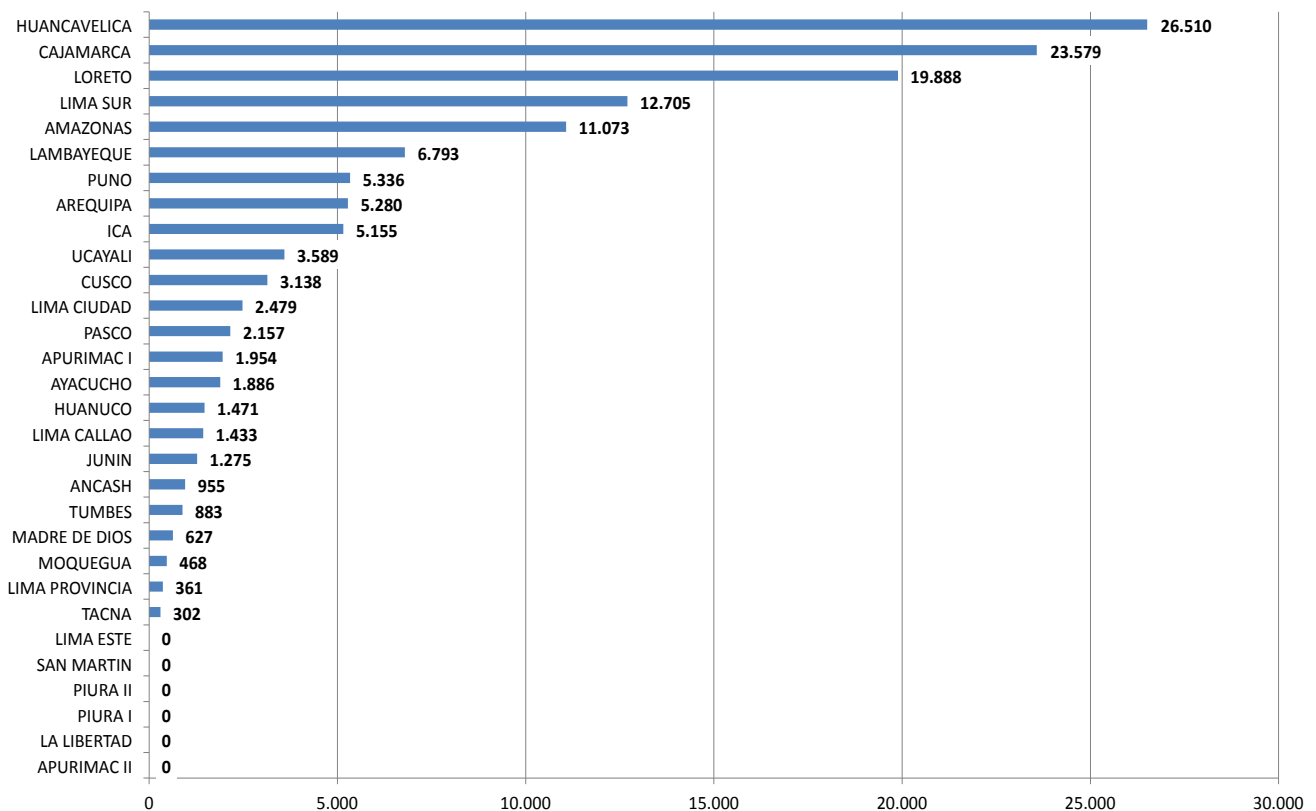
Los Equipos Básicos mínimo deben estar conformados por profesionales en medicina humana, una licenciada en obstetricia, una licenciada en enfermería, un técnico en enfermería, y se acoplan más profesionales de acuerdo a la realidad sanitaria local.

De acuerdo con la norma técnica del Ministerio de Salud (MINSA<sup>a</sup>, 2011) cada equipo cubrirá entre 500-800 familias, lo que corresponde en promedio para cada uno de los integrantes o recurso humano de los equipos básicos de 100-125 familias, las cuales estén ubicadas máximo a 4 horas de distancia del establecimiento de salud al que se adscriben los EB-SFC. Para las familias ubicadas en áreas con una distancia mayor se han definido equipos móviles denominados Equipos de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Equipos AISPED).

En el primer trimestre del 2014 un total de 1274 Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención (16,8% de los 7590 EESS del primer nivel) reportaron al Ministerio de Salud que estaban implementando el Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC) y que contaban con EBS-FC, y tenían registradas cerca de 144.409 fichas familiares de áreas priorizadas por vulnerabilidad socio-económica en diversas regiones del Perú (MINSA<sup>a</sup>, 2013).

### Gráfica 1. Fichas familiares elaboradas por los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitarias por regiones. Perú – Primer Trimestre del 2014

GRAFICO N°1: TOTAL DE FICHAS FAMILIARES ELABORADAS POR REGIONES, PERIODO 2013 Y 1ER. TRIMESTRE 2014



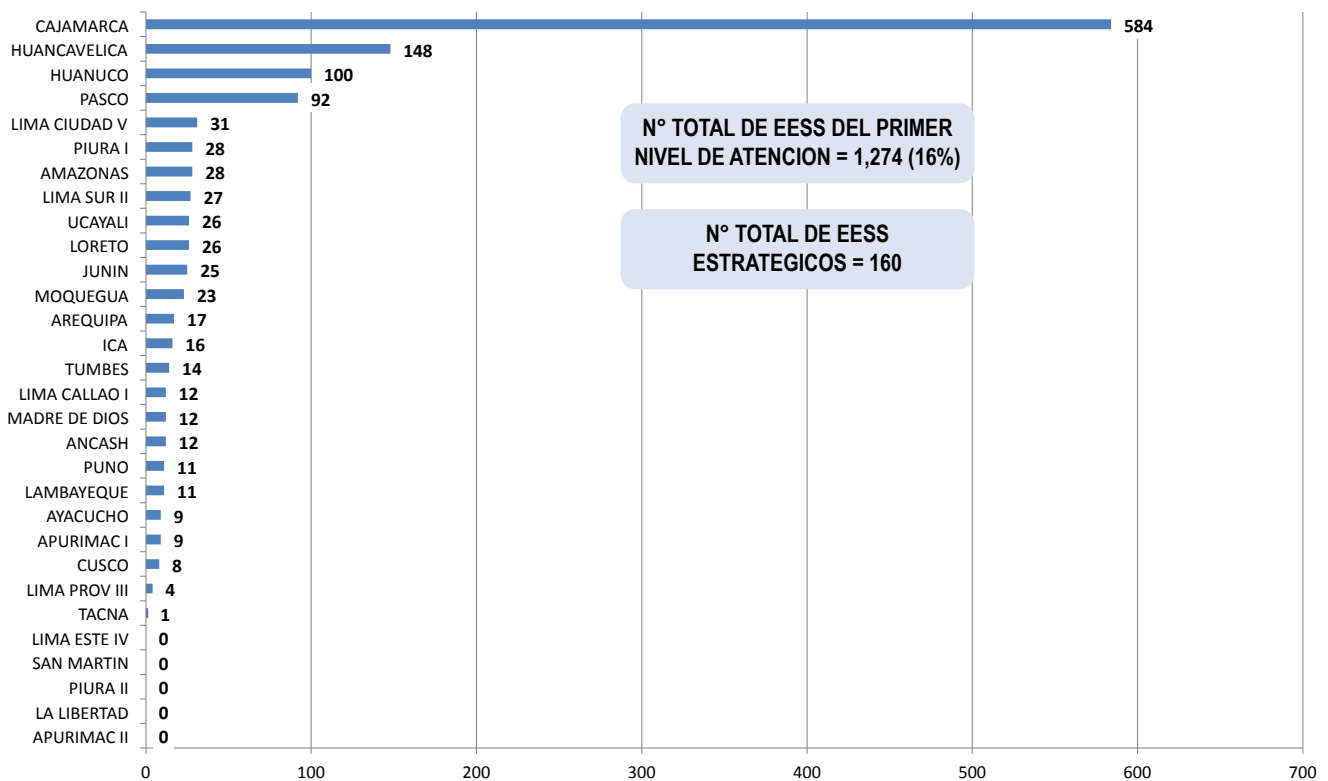
Fuente: MINSA<sup>a</sup>. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Presentación de la coordinadora nacional de la ESNSF, 2014.

**Tabla 1. Implementación del MAIS-BFC a través de la visita de salud familiar, periodo 2013 - 1er trimestre 2014**

DIREAS/GERESAS/ DISAS	VISITA SALUD FAMILIAR "1"	VISITA SALUD FAMILIAR "2"	VISITA SALUD FAMILIAR "3"	VISITA SALUD FAMILIAR "TA"
AMAZONAS	11,073	1,047	0	0
ANCASH	955	122	67	0
APURIMAC I	0	0	0	0
APURIMAC II	1,954	1,954	0	0
AREQUIPA	5,280	5,280	5,280	0
AYACUCHO	1,886	1,886	0	0
CAJAMARCA	23,579	19,458	10,063	7,007
CUSCO	3,138	480	0	0
HUANCAVELICA	26,510	1,484	1,183	0
HUANUCO	1,471	1,364	556	556
ICA	5,155	5,155	380	0
JUNIN	1,275	341	58	58
LA LIBERTAD	0	0	0	0
LAMBAYEQUE	6,793	0	0	0
LORETO	19,888	6,467	4,532	237
MADRE DE DIOS	627	0	0	0
MOQUEGUA	468	0	0	0
PASCO	2,157	0	0	0
PIURA I	0	0	0	0
PIURA II	0	0	0	0
PUNO	5,336	0	0	0
SAN MARTIN	0	0	0	0
TACNA	302	163	52	0
TUMBES	883	0	0	0
UCAYALI	3,589	142	0	0
LIMA CALLAO	1,433	0	0	0
LIMA SUR	12,705	0	0	0
LIMA PROVINCIA	361	0	0	0
LIMA ESTE	0	0	0	0
LIMA CIUDAD	2,479	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>139,297</b>	<b>45,343</b>	<b>22,171</b>	<b>7,858</b>

Fuente: MINSA<sup>a</sup>. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Presentación de la coordinadora nacional de la ESNSF, 2014.

GRAFICO N°2: TOTAL DE E.E.S.S QUE VIENEN IMPLEMENTANDO EL MAIS-BFC PERIODO 2013 Y 1ER. TRIMESTRE 2014



Fuente: MINSA<sup>a</sup>. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Presentación de la coordinadora nacional de la ESNSF, 2014.

En cuanto a los equipos AISPED - Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud se contaba en el 2012 con un total de 165 equipos, mientras que en mayo del 2013 ese número era de solo 153, distribuidas en 17 regiones del país, con una cobertura estimada de población beneficiaria de 768,520 habitantes (MINSA<sup>b</sup>, 2013). No hay datos consolidados de fichas familiares totales para establecer porcentajes de cobertura poblacional, y los trabajadores del Ministerio afirman que a pesar de que 748 establecimientos fueron priorizados como estratégicos de un total de cerca de siete mil instituciones de primer nivel de complejidad (ver anexo 1), no todos los establecimientos de salud del total de 26 regiones del país reportan adecuadamente la información de la Estrategia de Salud Familiar y su implementación mediante los equipos básicos de salud.

Los lineamientos técnicos del Ministerio establecen que los usuarios de los equipos básicos sean registrados por área de residencia en el establecimiento de salud de primer nivel del área más cercana a la vivienda; y únicamente en el SIS hay adscripción poblacional específica de aquellos individuos con bajo nivel socioeconómico, ya que para la afiliación al régimen subsidiado se emplea desde el 2010 la información y clasificación de elegibilidad por pobreza del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). Ese sistema recoge mediante una encuesta de hogares información individual y familiar, y emplea también información de gastos en el sistema financiero y datos de los ingresos salariales que se encuentran en las planillas de pagos de los trabajadores del sector público y privado. Con esa información se determina un **índice de focalización** cuyos puntajes van

de 0 (los más pobres) y 100 puntos (los de mayor bienestar), y se establecen siete categorías dentro de las cuales las dos primeras corresponden a la pobreza extrema. El SISFOH se crea en el 2004 y actualmente está a cargo del Ministerio de Desarrollo e Integración Social, logrando para el 2010 un total de cerca de 14 millones de personas calificadas en su nivel de pobreza, con una cobertura aproximada de 47% del total de 30 millones de habitantes del país, la cual se considera una cifra relevante si se tiene en cuenta que el porcentaje de hogares en pobreza se estima en un 28% de la población (Ministerio de economía y finanzas, 2011).

No obstante, la legislación vigente le permite al SIS la incorporación adicional de grupos poblacionales vulnerables y prioritarios de manera directa y colectiva sin pasar por la calificación socioeconómica como son los escolares, madres gestantes y niños menores de 5 años y situaciones sociales especiales (Indocumentados, presos, etc).



## COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS E INTEGRACIÓN DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS

El sistema de salud está organizado en niveles de atención (I, II y III nivel de complejidad) y categorías según su resolutivez cuantitativa y cualitativas, acorde con su infraestructura, tipo de personal de salud y equipamiento, como ya se ha mencionado. La puerta de entrada en APS es el primer nivel de atención y los equipos básicos están ubicados en establecimientos I-2 en adelante, donde los profesionales en medicina remiten a establecimientos de salud (ES) de otros niveles según las condiciones particulares de los usuarios, empleando formatos estandarizados.

En Perú los ES públicos se agrupan en redes integradas de servicios con subdivisiones acorde a las diversas regiones; así, se consideran unidades ejecutoras de programas y servicios de salud a los Hospitales Regionales y las denominadas Redes de Salud que las diversas regiones se constituyen con los Hospitales Locales y las denominadas microrredes; estas últimas corresponden a los centros de salud, los cuales a su vez agrupan los puestos de salud locales.

Paralelamente, como herramienta de cogestión y participación comunitaria en salud (Acosta et al, 2011) se promueven las asociaciones denominadas **Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS)**. Los CLAS inician en 1994 con el denominado “Programa de Administración Compartida” que buscaba la acción conjunta entre el Estado y la comunidad en la definición del Plan Local de Salud y la gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Los CLAS- **Comunidades Locales de Administración de Salud** son asociaciones civiles sin ánimo de lucro, creadas a partir de la propia comunidad que administraban, según informes del Ministerio de Salud (MINSA) del 2008, cerca de 2152 centros o puestos de salud, los cuales representan cerca del 33% del total de establecimientos del primer nivel de atención.

Reconociendo la segmentación poblacional en los diversos subsistemas de salud, acorde con la capacidad de pago de la población, desde el 2011 se desarrolla una política nacional de convenios de intercambio de atenciones entre los Gobiernos Regionales, el Seguro Integral de Salud (SIS) y las redes asistenciales de los Establecimientos del Seguro Social de Salud (EsSalud), los cuales buscan resolver las barreras administrativas en beneficio de la población brindando servicios de salud más cercanos o en la misma región, indistintamente de la categoría de afiliación, para que las personas no tengan que alejarse de su familia en busca de la atención médica que necesitan, con el costo económico y emocional que representa. Así, los asegurados al SIS pueden recibir intervenciones en las instituciones de EsSalud de mediana y alta complejidad, mientras que los asegurados de EsSalud reciben atenciones en los establecimientos de salud de primer nivel de atención de los Gobiernos Regionales.

Para la identificación de barreras y el seguimiento de la calidad de la atención en Perú se cuenta con la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) de la cual se destaca que realiza anualmente una encuesta nacional de percepciones de los usuarios de los servicios de salud, la cual se describe más adelante.

## FUERZA DE TRABAJO EN APS

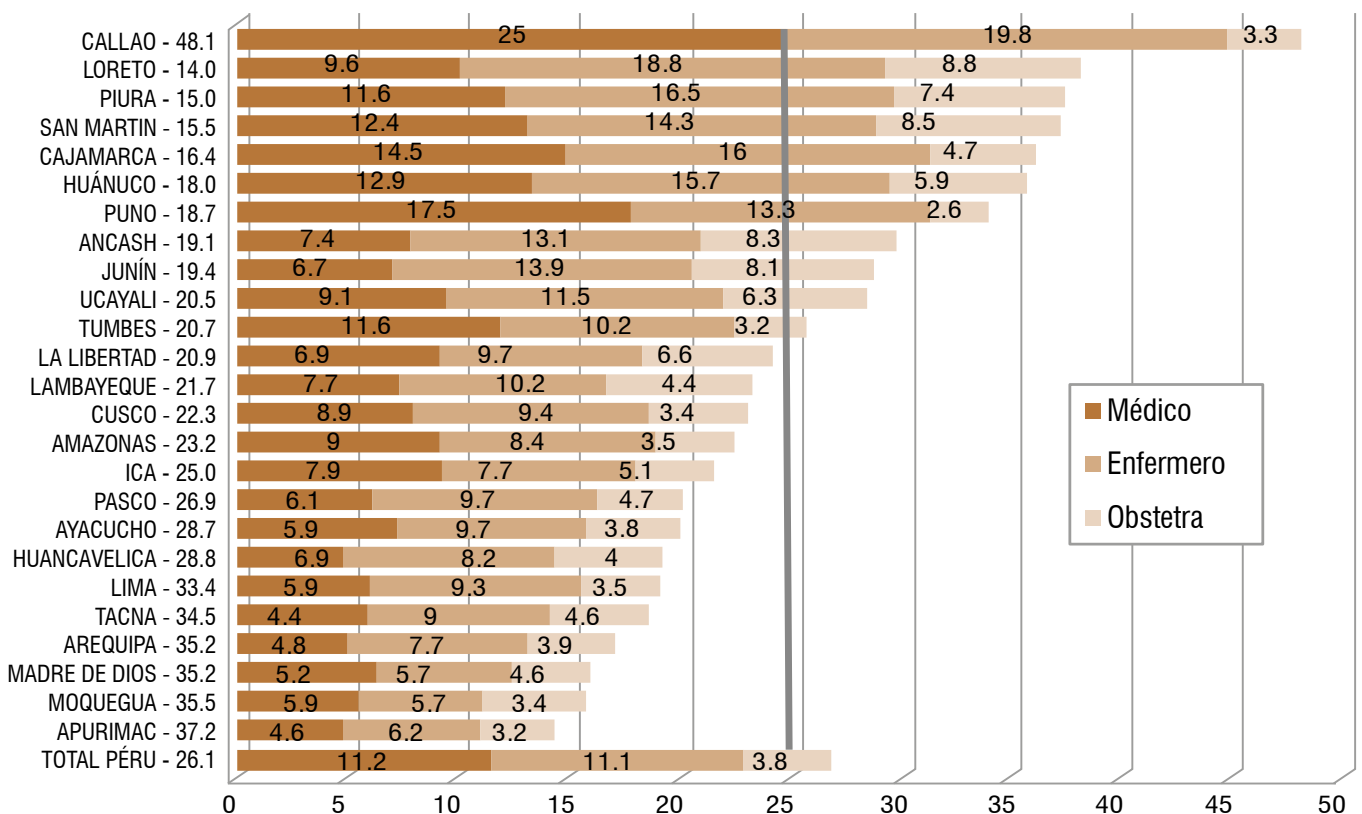
### Disponibilidad de profesionales de la salud

La disponibilidad de profesionales de la salud medida por la densidad de recursos humanos (número de personal que en un determinado año laboran en un establecimiento de salud, expresado en una tasa por 10.000 habitantes) muestra grandes disparidades regionales, como se muestra en la gráfica 2.

Así, para el 2012 Perú contó con 1,1 profesional de medicina y 1,1 profesional de enfermería por cada 1.000 habitantes, con regiones que duplicaban esa cifra (Callao) y otros contaban con menos de la mitad del valor de ese indicador; hallazgos similares para el 2013 con un indicador de 1,2 profesionales de medicina, e igual cifra para los profesionales de enfermería. Por nivel de complejidad del establecimiento de salud, en ese año los profesionales de medicina se concentraban en instituciones de primer y tercer nivel, con un 42% y 36% respectivamente, y los restantes laboraban en establecimientos de segundo nivel, con un 22% (MINSAC, 2013).

**Gráfica 3. Razón de densidad de Recursos Humanos en salud, Perú, 2012**

**DENSIDAD (POR 10 000 HAB.) DE RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD, POR DEPARTAMENTO, PERÚ - 2012**



**Fuente:** Base de Datos de Recursos Humanos del MINSAC y Gob. Regionales, 2012

**Elaborado por:** MINSAC - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

En la disponibilidad conjunta de profesionales de medicina y enfermería y obstetricia, para el año 2013 en el país el indicador fue de 27.4 por 100.000 habitantes.

Desde el año 2005 el Ministerio de Salud (MINSA) ha definido perfiles para la gestión y formación del personal de salud del primer nivel de atención (Rey y Acosta, 2013), las cuales se actualizan en el 2011 mediante la discusión y aporte de los gremios profesionales, entidades formadoras y dependencias ministeriales, empleando la metodología de análisis funcional para establecer competencias laborales genéricas y específicas acorde con unas funciones claves predefinidas (MINSA<sup>b</sup>, 2011); aunque su oficialización como una norma técnica nacional aún está en proceso.

### Formación para la APS y en Salud Familiar y Comunitaria

Para la capacitación en APS del recurso humano el país cuenta con un programa con directrices desde el Ministerio de salud denominado Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM) en el cual se identifican dos periodos de desarrollo. Así, en el periodo comprendido entre 2009 y 2010 la capacitación en APS se realizó con fondos ministeriales, apoyo técnico financiero de la OPS y la Cooperación Italiana, cubriendo en una primera fase mediante una **Diplomatura de Salud Familiar y Comunitaria** a cerca de 150 trabajadores de salud de 6 de las 26 regiones del país, en alianza para la ejecución con las universidades locales; posteriormente, entre el 2011 y el 2012, el PROFAM recibe el apoyo financiero y técnico de la OPS y organismos internacionales para el desarrollo como Medicus Mundi y Salud Sin Límites. Como logro se reporta, hasta el 2012, una cobertura total de 346 participantes en el diplomado pertenecientes a los equipos básicos de salud de 9 de las 26 regiones del país, seleccionados entre aquel personal nombrado en el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales (MINSA<sup>c</sup>, 2013).

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH), desarrolla actualmente los lineamientos técnicos de los programas de capacitación en APS para el recurso humano en salud, los cuales buscan fortalecer la prestación y la gestión de servicios de salud. Los programas incluyen un diplomado de atención integral en el marco de la APS (para todo el personal de salud de primer nivel de atención, incluidos los técnicos y auxiliares), y los programas de especialización en las áreas de Salud Familiar (dirigido a cualquier profesional), Medicina Familiar y Medicina Integral y Gestión en Salud (dirigidos a los profesionales en medicina).

El diplomado corresponde a un programa académico de corta duración para el cual el Ministerio de Salud (MINSA<sup>c</sup>, 2011) ha establecido una intensidad horaria de 238 horas presenciales y 748 no presenciales, guiados por un enfoque pedagógico de la problematización y la reflexión crítica, que propende generar competencias para abordar críticamente la realidad y contribuir a la solución de los problemas de la población. Esto se hace mediante seis módulos que cubren temáticas como la atención integral e integrada, salud familiar y comunitaria,

promoción de la salud y prevención de la enfermedad, organización y gestión en salud, accesibilidad y cobertura y manejo de información.

La meta de capacitación de la DGGDRH para el siguiente quinquenio es una cobertura con el diplomado desde el año 2014 de 5 mil trabajadores de salud por año, para un total de 26 mil, buscando cubrir la totalidad del recurso humano que trabaja en el primer nivel de atención. No se hace énfasis en la formación específica o incentivos particulares por tipo de integrantes en los equipos básicos como los enfermeros.

En cuanto a la formación de especialistas en medicina humana, se realiza mediante la modalidad de residencias en las cuales el Ministerio de Salud ejerce funciones reguladoras y consultivas mediante una instancia plurinstitucional denominada Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), en la cual se articulan entidades formadoras y prestadoras de servicios de salud. Dentro de las funciones del CONAREME están la definición de estándares mínimos de calidad en la formación, y determinar el número de vacantes de las especialidades y priorizar los campos de especialización de acuerdo a las necesidades del país, realizando la distribución correspondiente entre las Facultades de Medicina que tienen programas de residencia. Así, relacionadas con la estrategia de APS se han generado estándares para los programas de especialización en “Medicina Familiar y Salud Comunitaria” y para el programa de “Medicina Integral y Gestión en Salud”, ambos con una duración de tres años, las cuales se espera que oferten las instituciones de educación superior reguladas por el Ministerio de Educación.

La **formación en Medicina Familiar** está incluida en un listado priorizado de especialidades financiadas por el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales con un incremento paulatino del número de plazas en los últimos cuatro años, siendo el 2013 el más importante con 251 plazas, aunque los ingresantes fueron solo 143. También se incrementó en ese año el número de campos clínicos autorizados por CONAREME en los que se produce la formación y se cuenta en el país con 43, siendo la quinta especialidad en número de campos clínicos (las primeras son Gineco Obstetricia, Pediatría, Anestesiología y Cirugía general). El número de especialistas en Medicina Familiar contratados por el Ministerio de Salud (MINSa, 2013) es de 119 que laboran en hospitales de 18 departamentos o gobiernos regionales del país.

Por otra parte, con relación a las escuelas de ciencias de la salud que han reorientado su formación hacia la APS, una encuesta en una muestra de universidades con mayor demanda de formación evidenció que en el 2012 solo el 60% de esas instituciones han incluido contenidos de APS en el currículo, siendo las escuelas o facultades de enfermería y obstetricia donde mejor se ha realizado el cambio del modelo curricular reorientado hacia la APS (MINSa<sup>c</sup>, 2013).

### **Tipos de contrato del personal de salud y vínculos**

Los tipos de contrato del personal de salud son diversos, aunque se pueden agrupar en dos tipos: indefinidos y contratos periódicos. Los primeros son aquellos trabajadores nombrados y adscritos al Ministerio de Salud, Unidades

Ejecutoras y los Gobiernos Regionales mediante recursos públicos asignados por el Ministerio de Economía y Finanzas; se estima que con esta modalidad de contratación está cerca de la mitad de los recursos humanos en salud. Los segundos son aquellos trabajadores vinculados por periodos delimitados a los Establecimientos de Salud mediante los denominados Contratos de Administración de Servicios, con recursos propios provenientes de recaudos por convenios fundamentalmente con el Seguro Integral de Salud (SIS) y presupuesto por resultados para la ejecución de programas estratégicos predefinidos por el Ministerio de Salud. Otros recursos para la contratación de personal en las redes asistenciales denominadas Unidades Ejecutoras provienen de otros convenios con programas específicos con instancias transnacionales como EUROPAN que apoya programas nutricionales en el país, entre otros.

En general las modalidades de relaciones laborales de los trabajadores y los prestadores obedecen a condiciones permanentes y a condiciones eventuales. Las primeras se dan a través de nombramientos, al cual pertenecen el 48% de los recursos humanos en salud, gozan de estabilidad laboral con todos los beneficios sociales: luego se encuentran aquellos contratados, quienes en su mayoría tienen Contratos Administrativos de Servicios – CAS, constituyen el 33%, no tienen estabilidad laboral, pero actualmente cuentan con beneficios sociales financiados con los aportes del empleador y el propio; el tercer grupo lo constituyen los contratados con el régimen de nombramiento generalmente por reemplazo de personal nombrado, constituye el 16%; y, por último se encuentran los contratados por el Régimen Privado, que cuentan con beneficios sociales y tienen contrato de plazo indefinido (Minsa, 2014).

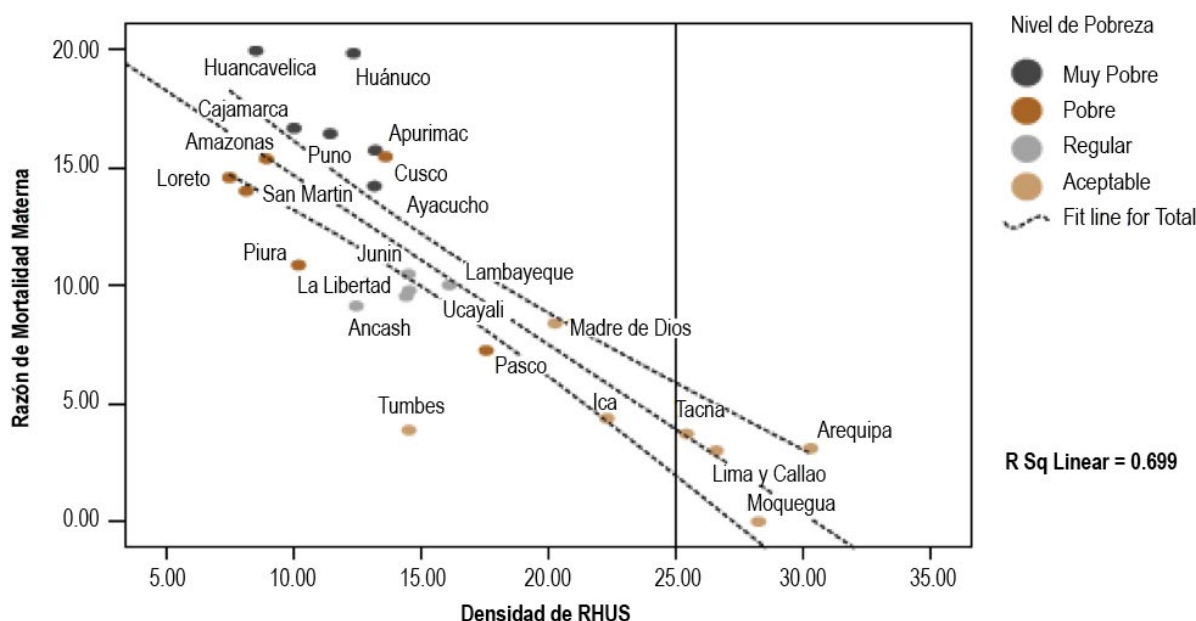
### **Estrategias para fomentar la permanencia y adhesión del talento humano**

Como estrategias para fomentar la permanencia y adhesión del talento humano, principalmente en aquellas zonas priorizadas a nivel nacional, desde octubre del 2013 se ha definido en el marco de la Reforma de Salud la normatividad para Regular la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, la cual establece un programa de compensaciones o incentivos económicos para los profesionales que laboren en Zonas Aisladas y de Frontera, zonas de emergencia, o realicen atención primaria mediante servicios especializados o críticos, y para los especialistas en medicina familiar que laboren en establecimientos de salud del sector público. El perfil de los trabajadores para recibir la bonificación incluye trabajar en el Primer Nivel de Atención y que se encuentre capacitado en el Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad.

## DESIGUALDADES REGIONALES Y SOCIALES EN EL ACCESO A APS

Confirmando las disparidades regionales en los recursos humanos ya descritas, un análisis de la distribución de médicos por quintiles de pobreza poblacional encontró que en el año 2012 el mayor número se concentraba en zonas del quintil V, que corresponden a aquellas con mayores recursos económicos. También se determinó que existía en el 2005 una correlación significativa entre la dotación de recursos humanos e indicadores sanitarios como la razón de mortalidad materna (ver la gráfica 4).

**Gráfica 4. Relación entre la razón de Mortalidad Materna y la densidad de Recursos humanos por departamento y nivel de pobreza, Perú, 2005**



Fuente: Libro "El Perú Respondiendo a los Desafíos de la Década de los Recursos humanos en salud"  
Elaborado por: MINSA - DGGDRH - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú

Se encontró una relación inversa que muestra que en los departamentos donde hay menos recursos humanos se presenta una mayor mortalidad materna y existe un mayor nivel de pobreza (Ministerio de Salud, 2006). Para enfrentar esa situación, paralelo a los incentivos económicos mencionados, se implementa la estrategia del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud para contratar a profesionales con financiamiento del Ministerio de Salud (MINSA) y los Gobiernos Regionales. En el 2013, con esa modalidad se contrataron 8980 profesionales de la salud, que fueron distribuidos en áreas vulnerables, priorizadas por criterios como altas necesidades básicas insatisfechas, mortalidad materna, desnutrición infantil y brechas de recursos humanos.

## PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDADES INTERSECTORIALES

### Participación social

Se considera como una estrategia fundamental la participación social en APS y se implementa involucrando en las acciones de salud pública a los denominados Agentes Comunitarios de Salud o Promotores de Salud, quienes actúan de manera voluntaria y se les asigna el rol de enlazar la comunidad con el Establecimiento de Salud para abordar los problemas de salud identificados en conjunto con los equipos básicos de salud. En este mismo sentido, la Dirección General de Promoción de la Salud está desarrollando una intervención de los determinantes sociales de la salud a través de la metodología del modelamiento causal, en la cual se estudian la diversidad de causas con todos los actores sociales involucrados, definiendo roles, acuerdos y compromisos para un trabajo articulado y coordinado.

Además se fomentan organizaciones como los Sistemas de Vigilancia Comunal (Sivicos), los Comités de Desarrollo Local (Codecos), diferentes comités y/o asociaciones de pacientes y usuarios de salud; y otras organizaciones sociales de base, como los comedores populares, juntas vecinales, el vaso de leche, etc; y por otra parte los centros de vigilancia nutricional para la madre y el niño vinculados a los municipios. Un ejemplo de las acciones conjuntas con estas organizaciones son los grupos de trabajo para fomentar una cultura de salud y autocuidado mediante talleres con sesiones demostrativas para la práctica de la mejor utilización de alimentos propios de la zona.

Paralelamente, se promueven los diagnósticos comunitarios mediante el denominado “Libro Comunal” para el reconocimiento y mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidad, el cual es un documento de trabajo que elaboran las autoridades, líderes, organizaciones de la comunidad y las familias, con el apoyo del personal de salud del Establecimiento de Salud. En el marco local, las municipalidades otorgan documentos oficiales que acreditan las juntas vecinales y esto les permite hacer proyectos pequeños que permiten enfrentar algunos determinantes sociales, como por ejemplo proyectos de recolección de basuras, limpieza de canales de regadío, etc.

### Actividades intersectoriales

Respecto a la intersectorialidad, actualmente las acciones se realizan alrededor de las estrategias mencionadas de promoción de salud para enfrentar “problemas sanitarios priorizados” como son la definición e implementación de políticas y entornos saludables y la educación para la salud en temáticas como por ejemplo lactancia materna, nutrición, etc; así, se tienen planes de acción y rutas de trabajo conjuntos con sectores e instituciones diversos, como son: Ministerio de Educación, Ministerio de Transportes y Comunicaciones, Ministerio de Vivienda, Municipios Provinciales y Distritales, y algunas ONGs y organizaciones de la comunidad

llamadas organizaciones sociales de base. Para fortalecer esos vínculos, en diciembre del 2013 se promulga una reglamentación (Decreto legislativo 1166) que define Redes Integradas de salud de APS (RIAPS) en las que participarían instancias gubernamentales como la Secretaría de Salud y Educación, el Ministerio de Vivienda y el sector comunitario, las cuales conformarían un comité intersectorial para participar en la definición del plan territorial de salud.

Una experiencia exitosa de fomento de la participación social se encuentra en la Diresa de Ayacucho, la cual emplea estrategias de capacitación a agentes de salud voluntarios y el apoyo al desarrollo de centros de vigilancia comunal en los cuales se integran miembros de la comunidad para el desarrollo de acciones conjuntas sobre problemáticas identificadas en diagnósticos en consenso con la población.

Por otro lado la Dirección de Promoción de la Salud del MINSA destaca nueve experiencias exitosas de acciones para la gestión de los determinantes sociales, que incluyen un abordaje multisectorial con diversos niveles de gobierno, como son: (i) en la Dirección Regional de Salud de Amazonas el programa de “Vigilancia Ciudadana” para servicios maternos-infantiles, realizado mediante fortalecimiento de la participación ciudadana; (ii) Promoción de Estilos de Vida y Entornos Saludables en las universidades de la Región de Arequipa, mediante espacios como la Red Regional de Universidades Saludables; (iii) “Articulación entre la comunidad educativa y el gobierno local para el desarrollo social en la Regional de Ayacucho”, con énfasis propiciar cambios en conocimientos, actitudes y prácticas; (iv) Actores Políticos y Sociales promueven la salud materna en la Regional de Salud Chota, mediante la cual se implementó la Casa Materna “Virgen de Guadalupe”; (v) Articulación intersectorial e intergubernamental para enfrentar el dengue en municipalidades de Lima Norte, el cual tiene como logro la confirmación del Comité Interdistrital y Multisectorial de Lucha contra el Dengue; (vi) “Implementación de la estrategia de sectorización para el fortalecimiento de la Promoción de la Salud en la Región de Huánuco”, con énfasis en cambios de comportamientos en salud y nutrición materno infantil; (vii) “Avalos Liberteños: Defendiendo la Salud” en la Regional de Salud La Libertad, la cual se realizó con la estrategia de Vigilancia Ciudadana para proponer acciones conjuntas para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud; (viii) “Promoción de la Salud y Comunicación Social para el Control del Dengue” en la Regional de Salud de Loreto; (ix) “Gobierno Local, Líderes Comunitarios y Familias impulsan el cuidado infantil” en la Dirección Regional de Salud de Pasco, dirigido a la reducción de la desnutrición crónica.



## INTERCULTURALIDAD

En el Perú existe una política de interculturalidad liderada por el Instituto Nacional de Salud, adscrito al Ministerio de Salud, mediante el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI). Ese centro coordina la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas la cual incluye el desarrollo del Observatorio de Interculturalidad, estudios de Medicina Tradicional (síndromes culturales) y de Medicina Alternativa y Complementaria (MAC), con proyectos como el Inventario Nacional de Plantas Medicinales y la promoción del uso seguro e informado de MAC.

Como antecedente esta la “Iniciativa de Salud de Pueblos Indígenas” desarrollada por la OPS entre la década de los 90’ e inicios del año 2000, orientada por los principios del respeto y la revitalización de las culturas indígenas, la reciprocidad en las relaciones, el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación, el derecho a la participación sistemática y el abordaje integral de la salud. Así, se desarrolló un estudio de caso con una comunidad indígena quechua y con el objetivo de contribuir a mejorar las condiciones de salud materno infantil se revalorizó la medicina tradicional realizada por parteras tradicionales, articulándola con la medicina académica (médicos, obstetras, enfermeras y técnicos) mediante la formación de una red de salud materno infantil con participación de ambas medicinas (Brocker et al, 2001).

Paralelamente, la ONG Medicus Mundi desarrolla desde 1989 acciones de cooperación y apoyo con el Ministerio de Salud y algunas Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) mediante diversos proyectos con énfasis en desarrollar un modelo intercultural y la participación comunitaria con proyectos que incorporan Agentes Comunitarios de Salud, los Terapeutas Tradicionales y diversas organizaciones de base en salud de los pueblos de zonas excluidas y con pobreza extrema, en especial en áreas de pueblos indígenas, con acciones fundamentalmente en el área de la salud materno perinatal (Calandria et al, 2009). De ese trabajo se destaca un proyecto premiado internacionalmente para la operativización del Modelo de Atención Integral en Salud en la Provincia de Churcampa-Huancavelica, en el cual se hace énfasis en el desarrollo comunitario mediante el Consejo de Desarrollo Comunal y el fortalecimiento de autoridades locales mediante estrategias de capacitación y asistencia técnica (León et al, 2013; Sánchez et al, 2013).

De otro lado, la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva viene fomentando el desarrollo de casas de espera maternas, y se destaca como logro para el 2012 un total de 503 casas maternas en las diversas regiones del país. En esta área una experiencia de implementación exitosa regional de un modelo intercultural es la desarrollada por la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, la cual hace énfasis en promover que los Establecimientos de Salud dispongan para las usuarias de elementos para la opción de parto vertical, hierbas medicinales tradicionales y casas u hogares de espera para los familiares que acompañan a los pacientes.

## GESTIÓN DE LA APS

Respecto a la planificación en APS, existen en el Perú diversos planes estratégicos que contribuyen a la implementación del MAIS-BFC, desarrollados en el nivel central por diversas Direcciones Nacionales en las cuales está estructurado el Ministerio de Salud. Un énfasis particular de esos planes es el fortalecimiento del primer nivel de atención, que se considera la puerta de entrada de la APS, y que cuenta con aproximadamente 7 mil Establecimientos de Salud de carácter público, de los cuales 748 se consideran estratégicos, por lo cual se ha priorizado en los planes acciones para mejorar la infraestructura, los equipos tecnológicos y los recursos humanos, buscando mejorar su resolutivez.

Así, la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM) desarrolla tres programas relevantes para apoyar la atención primaria:

- (1) Apoyo técnico al Plan de Equipamiento por Reposición para actualización tecnológica de las redes de Establecimientos de Salud en las regiones;
- (2) Un Observatorio Nacional de Infraestructura y Equipamiento que desde septiembre del 2013 brinda una plataforma informática en esa área; y
- (3) Apoyo al Plan de Mantenimiento de equipos tecnológicos existentes en los Establecimientos de Salud (ES) prioritarios.

Para el apoyo técnico a las regiones y a las redes de ES, la DGIEM ha desarrollado materiales como Cajas de Herramientas y talleres para los ES. A su vez, la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos (DGGDRH) y la Dirección General de la Gestión de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), tienen los planes y programas descritos en las dimensiones correspondientes precedentes.

A nivel regional y local se espera que se desarrolle la gestión política para la definición de programas y proyectos específicos a partir de las necesidades poblacionales identificadas en las fichas familiares por los equipos básicos de salud, mediante acciones y estrategias desarrolladas en conjunto con los agentes comunitarios que laboran voluntariamente en representación de la población de la zona.

En cuanto a los sistemas de información en APS, el avance corresponde a la estandarización tanto de la ficha familiar como del registro y codificación de actividades en la atención de salud familiar, mediante un manual publicado por el Ministerio de salud a principios de este 2014. No obstante, la sistematización de datos correspondiente a las fichas familiares, registro de actividades e historia clínica está a cargo de los diversos Establecimientos de Salud, por lo tanto la limitante es el rezago tecnológico en equipos de cómputo en esas instituciones en las diferentes regiones del país.

El monitoreo de la calidad y supervisión del sistema de salud está a cargo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa, 2012), con indicadores de utilización de servicios y seguimiento de barreras para la atención,

sustentados en información de fuentes primarias y secundarias. Dentro de estas últimas, con la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del 2012, se identificó que el 48.6% de los asegurados no busca atención aunque han tenido problemas de salud; a su vez, entre los que buscan atención se destaca un aumento progresivo entre el 2005 y el 2012 de los que acuden a una farmacia o botica (11.8% versus 17.8%) o a un establecimiento privado (5.5% versus 9.9%).

**Tabla 2. Lugar o Establecimiento al que acude la población para la atención por problemas de salud, Perú, 2005-2012**

Se atendió en:	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Farmacia o botica	11,8	10,8	13,2	15,5	16,6	17,7	17,7	17,8
Establecimiento de salud del MINSA o Gobiernos Regionales <sup>1</sup>	17,1	17,1	17,5	18,5	18,7	17,4	16,9	15,2
Establecimiento privados <sup>2</sup>	5,5	6,4	7,3	7,6	8,7	8,8	8,3	9,9
Establecimiento de EsSalud <sup>3</sup>	6,6	6,3	6,1	6,1	6,5	6,7	7,1	7,2
Establecimiento de sanidades <sup>4</sup>	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,4	0,4	0,6
Otros <sup>5</sup>	1,3	1,0	1,2	1,3	1,3	1,5	1,3	1,1
No buscó atención	57,9	58,6	55,2	51,6	48,7	48,9	49,6	48,6

1. Incluye Centros de salud, puestos de salud, centro o puesto CLAS y hospitales MINSA

2. Incluye clínicas y consultorios particulares

3. Incluye postas, policlínicos y hospitales de EsSalud

4. Incluye PNP, FF.AA.

5. Incluye domicilio y otros

Fuente: SUNASA. Anuario estadístico 2012. Lima: Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud / Ministerio de Salud, 2013.

Dentro de las razones que la población asegurada tanto al Establecimiento del Seguro Social en Salud (EsSalud) como al Seguro Integral de Salud (SIS) aducen para no acudir a un centro o Establecimiento de Salud (Sunasa, 2013), las principales son no considerar el evento grave o necesario y autorecetarse (cerca de la mitad de las personas), también se destacan barreras financieras, geográficas y de la oportunidad de la atención, como son el no tener dinero, demoran mucho en atender, y se encuentra lejos (ver la tabla 3).

**Tabla 3. Razones por las cuales la población asegurada a IAFAS públicas no acude a centros o establecimientos de salud (ES), Perú, 2005-2012**

Condición	Las Razones	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Asegurado EsSalud	No era grave / no fue necesario	42,8	42,7	41,9	39,0	42,6	41,8	45,9	46,0
	Auto recetó, remedio caseros	36,7	33,3	32,4	33,9	30,5	28,1	28,5	23,8
	Faltó tiempo	14,9	15,2	16,5	17,9	20,9	22,2	19,1	19,2
	Demoran mucho en atender	5,8	5,7	6,7	7,6	7,9	8,7	9,5	9,3
	No tuvo dinero	6,7	5,1	5,4	5,7	5,6	5,3	4,3	4,4
	No confía en los médicos	4,2	4,3	3,6	3,9	3,3	3,6	3,9	3,4
	Se encuentra lejos	1,5	1,4	1,2	1,8	1,8	2,2	2,1	2,1
	Por el maltrato del personal de salud	0,7	0,9	0,7	1,0	1,0	1,6	1,1	1,1
	Otros	1,6	2,4	4,2	5,2	5,5	7,5	5,5	5,5

Condición	Las Razones	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Asegurado Seguro Integral de Salud - SIS	No era grave / no fue necesario	40,4	36,4	35,8	35,1	36,8	35,1	35,3	36,9
	Auto recetó, remedio caseros	41,5	43,0	38,5	32,8	31,7	32,3	31,0	16,3
	Faltó tiempo	8,9	9,7	10,8	13,8	16,5	18,0	18,0	18,3
	No tuvo dinero	14,6	13,6	16,5	17,3	14,2	14,1	14,9	11,8
	Demoran mucho en atender	1,8	3,1	3,2	5,0	5,9	7,1	7,9	8,8
	Se encuentra lejos	8,7	8,3	6,9	6,0	6,3	6,5	6,4	6,8
	No confía en los médicos	3,3	3,6	4,2	5,3	5,5	5,4	5,9	6,1
	Por el maltrato del personal de salud	0,5	0,6	1,8	1,6	2,0	2,1	2,2	2,4
	Otros	2,7	2,5	3,9	5,4	5,8	8,1	8,0	7,4

Fuente: SUNASA. Anuario estadístico 2012. Lima: Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud / Ministerio de Salud, 2013.

Respecto a las fuentes de información primarias, la Sunasa realiza la encuesta de percepción de usuarios de servicios de salud, que para el 2013 encontró que el nivel de satisfacción con la atención recibida en consulta externa es alto, principalmente entre los usuarios de clínicas privadas (94%), en segunda instancia entre los usuarios de las Sanidades de las fuerzas armadas y seguridad pública (75%) y los que acuden a Establecimientos de Salud del MINSA-Gobiernos Regionales (74%), y en último lugar los que acuden a Essalud (68%).

Al interrogar a los usuarios sobre los problemas con la atención en los últimos tres meses, los tiempos prolongados o la “demora en la atención” fue predominante en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) y en las clínicas privadas, mientras que en las instituciones de salud de EsSalud el principal problema se considera el maltrato en la atención y en las sanidades de las fuerzas armadas y de policía nacional pública (FFAA y PNP) la principal causa fue la falta de medicamentos (ver tabla 4).

**Tabla 4. Problemas con la atención de salud en los últimos tres meses, según establecimiento de salud, Perú, 2012**

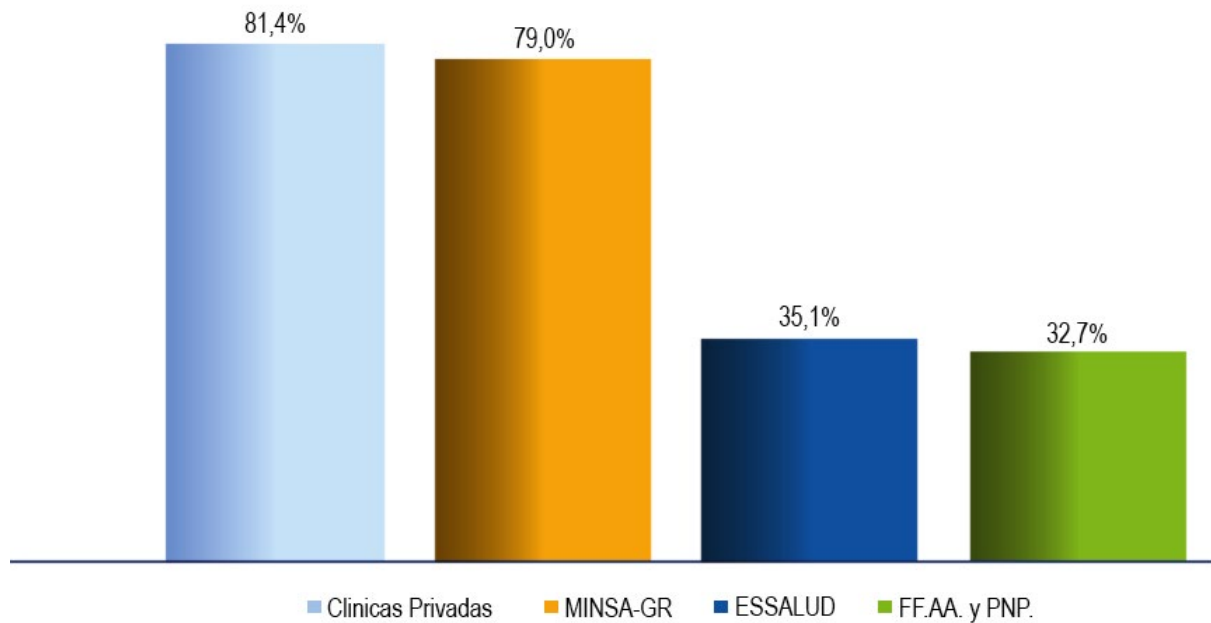
Tipo de Problema	MINSA	ESSALUD	FF.AA. y PNP.	Clinicas
Demora en la atención	50,0%	38,7%	25,7%	27,8%
Maltrato en la atención	37,4%	41,7%	25,7%	16,7%
Falta de medicamentos	25,3%	10,9%	60,0%	11,1%
Medico o personal no acudió a su turno	12,1%	8,3%	2,9%	11,1%
Problemas de atención bajo un seguro	12,1%	20,9%	17,1%	22,2%
Incumplimiento en programación de citas u otros	10,4%	26,5%	22,9%	22,2%
Seguro no cubre especialidades	9,9%	7,0%	8,6%	2,8%
Cobro no advertidos	3,3%	0,4%	5,7%	8,3%
Otros	7,7%	7,4%	2,9%	5,6%

Fuente: SUNASA. Anuario estadístico 2012. Lima: Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud / Ministerio de Salud, 2013.

Dentro de los indicadores de oportunidad se interroga sobre el tiempo para la asignación de una cita de consulta externa que solicita un usuario, y se encuentra que en un gran porcentaje se brinda para el mismo día en establecimientos de salud privados y aquellos del MINSA-Gobiernos

Regionales (GR), mientras que hay un importante diferimiento de citas en Essalud y las Sanidades de fuerzas armadas y seguridad pública (ver gráfica 5).

**Gráfica 5. Porcentaje de citas que son brindadas el día que solicita el usuario, Perú, 2012**



Fuente: Estudio de la percepción de los usuarios de los servicios de salud - 2013  
Elaboración: IEGIC - SUNASA

## MODELOS ASISTENCIALES — IDENTIFICACIÓN DE DESAFÍOS Y TENDENCIAS

Existen experiencias significativas de aplicación del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC) en diversos contextos; así el Ministerio de Salud (MINSA) ha apoyado el desarrollo e implementación del modelo en por lo menos un establecimiento de salud estratégico en cada una de las regiones del país, para que estas se conviertan en sedes de pasantías y ejemplos para difundir el MAIS-BFC. Se destacan en la DIRESA Loreto el Establecimiento Estratégico de Cardozo, en Lima Sur el Centro de Salud de Pachacamac, el Puesto de Salud 12 de Junio, José Olaya, y en Lima Provincia los Centros de Salud de Querencia, Peralvillo, Chancayllo entre otros.

Dentro de esas experiencias exitosas, en consenso con el MINSA se visitaron el Centro de Salud del Tambo (ciudad del Tambo-Ayacucho), el cual atiende un alto volumen de población indígena y aplica un enfoque intercultural, y el Puesto de Salud José Olaya (ciudad de Lima), el cual se desarrolla en un área marginal de población pobre, en un contexto urbano y es relevante por sus estrategias de Participación Social. En la recolección documental se encuentran también experiencias apoyadas por Medicus Mundi en coordinación con el MINSA, destacándose la desarrollada en la Provincia de Churcampa en Huancavelica, ya mencionada.

En esos establecimientos de salud visitados existe un trabajo amplio que cuenta con el apoyo técnico del Ministerio de Salud y toma como punto de partida el reconocimiento de las necesidades poblacionales, identificadas con un enfoque territorial, para desarrollar los tres tipos de intervenciones definidas para el equipo básico de salud familiar y comunitaria: individuales, familiares y comunitarias.

La experiencia del Centro de Salud del Tambo (CST) tiene como antecedentes una evaluación realizada en el año 2012 con base en la normatividad que establece el desarrollo de macroprocesos y procesos clave para la gestión en salud de los Establecimientos de Salud, y la norma técnica que define los componentes para la implementación del MAIS-BFC. A partir de las deficiencias encontradas se inicia la asistencia técnica por el equipo del Ministerio de Salud (Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar-ESNSF) y La Dirección Regional de Salud de Ayacucho para la realización del diagnóstico de salud y el levantamiento de un mapeo geosanitario para definir las zonas de interculturalidad y de riesgos sanitarios, de las cuales se priorizan las áreas de trabajo inicial de los equipos básicos de salud.

El CST corresponde a un establecimiento de salud de primer nivel de atención, categoría I-4. El Centro de Salud del Tambo tiene dos equipos básicos, conformados por dos médicos, dos licenciadas en enfermería, cuatro obstetras, cuatro técnicos en enfermería, una bióloga, y un odontólogo. El total del personal de ese establecimiento de salud es de 42 personas. El equipo básico recibió capacitación sobre el Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC) en el 2012.

Sus logros comprenden la sectorización de áreas prioritarias, la realización de fichas familiares con historia clínica por etapa de vida, el diagnóstico de riesgos con la elaboración de un mapa geosanitario, y la conformación de alianzas estratégicas con instancias del gobierno local y la comunidad como la alcaldía municipal, el Programa Juntos, el presidente y la junta vecinal, el club de madres, además de la ONG World Vision, con la cual desarrollan en conjunto acciones de mejoramiento de entorno familiar y comunitario mediante el plan de atención integral familiar y comunitario (PAIFAM). En ese último aspecto se desarrollan sistemas de vigilancia comunales acreditadas por las autoridades locales, como la junta vecinal comunal; y también se realizan estrategias de promoción de la salud en las instituciones educativas de la zona, además del impulso en el gobierno local del proyecto de agua segura.

**Foto 2. Mapa Geosanitario del Centro de Salud del Tambo**



Fuente: Presentación de la experiencia de APS del Centro de Salud del Tambo. Enero 24 del 2014.

También se destaca en el Centro de Salud del Tambo (CST) la definición de un plan de mejora con reorganización de la institución y reordenamiento de servicios, resaltándose el aplicar el enfoque de salud familiar y comunitaria, con implementación del archivo de la historia clínica por familia y sectorizadas geográficamente, flujogramas de atención, buzones de sugerencias. Otro aspecto relevante en el CST es el amplio volumen de usuarios de grupos étnicos cuyo lenguaje es el quechua y comparten cosmovisiones particulares, por lo cual se desarrolla un enfoque intercultural que tiene como eje el reconocimiento y respeto de la cultura, con sincretismos y adaptaciones como en el componente intramural

la señalización de la infraestructura y cartera de servicios con imágenes indicativas paralelos a los textos escritos; además, la opción para las madres o gestantes de parto vertical y disponer de medicamentos autóctonos (hierbas medicinales locales). Los trabajadores del CST indican como una de las limitantes para la continuidad de las acciones, y mayores logros en algunos indicadores asociados a la evaluación del desempeño del Presupuesto Por Resultados, la característica poblacional de migración periódica desde la cabecera municipal hacia áreas rurales, la cual se realiza para el desempeño de labores agrícolas y productivas.

En la experiencia del Centro de Salud del Tambo tiene un rol muy relevante la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Ayacucho, la cual dispone de 13 equipos básicos. Los trabajadores consideran como una debilidad del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC) el financiamiento, ya que los recursos ordinarios para los establecimientos de salud (ES) con los que se incorporan trabajadores a los equipos básicos son muy limitados, y una parte importante de recursos de estos establecimientos dependen de los convenios con el SIS o recursos directamente recaudados, que mediante el pago por desempeño en indicadores predefinidos incentivan primordialmente acciones individuales. Otra dificultad es la fragmentación de la atención por la diversidad de estrategias sanitarias que paralelamente tienen a cargo los ES y sus Equipos Básicos. Una limitante general mencionada para el desarrollo del MAIS-BFC es la formación del talento humano que en los programas de pregrado actualmente tienen un enfoque centrado en la atención de la enfermedad, con énfasis en acciones fundamentalmente recuperativas. Se identifican como logros del MAIS-BFC la reorganización de servicios y la priorización hacia áreas rurales y de concentración de población más vulnerable que se logra mediante la estrategia de sectorización.

En un encuentro comunitario en el Tambo, los líderes comunitarios [algunos hablando en quechua por lo cual hay traducción por un funcionario de la DIRESA] expresan su interés y preocupación por la continuidad de las acciones del MAIS-BFC, ya que se reconoce que ha contribuido con el mejoramiento de sus condiciones de salud y de calidad de vida. Estos aspectos se evidencian en una visita a una vivienda del asentamiento en la que se muestra la separación con corrales de los animales domésticos (cuyes), la ubicación de la cocina fuera de las habitaciones y la separación de las habitaciones de los infantes; también se destaca una hoja con los compromisos familiares (por ejemplo asistencia a programas preventivo promocionales) y se encuentran visibles los cepillos dentales para la higiene oral, cubiertos con un empaque transparente.

El Puesto de Salud José Olaya (PSJO) corresponde a un establecimiento de salud de primer nivel de atención de categoría I-2, que cuenta con un grupo de 17 personas: dos médicos, dos obstetras, 2 licenciadas en enfermería, cuatro técnicos asistentes, seis técnicos administrativos, una odontóloga. Sólo seis de los integrantes del grupo de personal tienen nombramiento y contrato financiado por el Gobierno Regional I de Callao, los restantes trabajadores tienen contrataciones periódicas basadas en recursos directamente recaudados, principalmente por convenios de prestación de servicios con el SIS. En el



PSJO existe una tabla de precios de medicamentos para el pago de bolsillo de los usuarios no asegurados, aunque es optativo del Establecimiento de Salud determinar exenciones de acuerdo a la capacidad de pago de la población.

El proceso de desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud en el PSJO inicia en el 2009 con la capacitación en el marco del PROFAM. En el 2010 se prioriza como área de intervención al asentamiento humano El Señor de Los Milagros. El levantamiento de riesgos se logra mediante la aplicación de fichas familiares con apoyo de alumnos de medicina de la Universidad Cayetano Heredia, y se realiza canalización de citas hacia los profesionales según necesidades; también se elabora el tablero de compromiso en las diversas familias. Posteriormente se presenta el diagnóstico de los sectores a la comunidad, se firman actas de compromiso comunales y se eligen promotores o agentes comunitarios voluntarios, un habitante por cada una de las 14 manzanas, para involucrar la población y dinamizar las acciones intersectoriales.

En el conversatorio con los trabajadores del Puesto de Salud José Olaya se mencionan dificultades y factores de éxito. Dentro de estos últimos está la actitud de compromiso del personal de salud y el clima y estructura organizacional, el cual se caracteriza por relaciones horizontales; mientras que dentro de las primeras está la multitud de estrategias sanitarias a las cuales deben responder los establecimientos de salud con diversidad de actividades y metas, la carga por el trabajo administrativo que implica los registros manuales en las fichas familiares e historias clínicas que no están sistematizadas y el desarrollo de las actividades de los planes de acción en los diversos ámbitos: individual, familiar y comunitario.

## CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Perú plantea en la última década un modelo de Atención Primaria en Salud (APS) que pretende trascender de un enfoque selectivo hacia un enfoque de APS integral en un esfuerzo por mejorar las condiciones de salud de su población, mediante intervenciones fundamentadas en las necesidades poblacionales con participación de la comunidad y otros sectores sociales para intervenir los determinantes sociales en un país con muchos desafíos, ya que se caracteriza por una marcada diversidad etno-cultural, un importante porcentaje de población rural y un alto porcentaje de población joven (ver indicadores seleccionados del anexo 1).

Para esa labor desde el nivel nacional se han definido lineamientos técnicos extensos y se han estructurado diversidad de estrategias, apoyadas por complejos paquetes normativos de reformas con cambios en temáticas como las redes integradas de servicios y el fortalecimiento del talento humano para la APS (mediante incentivos y formación específica), por lo cual el reto es la implementación efectiva y articulada en los niveles sub-nacionales por los gobiernos regionales descentralizados y en todas las instancias relacionadas con la atención en salud, quienes paralelamente requieren reconocer y enfrentar las amplias diferencias que muestran inequidades regionales en indicadores de salud, de cobertura de servicios básicos y en la distribución de la fuerza de trabajo del personal de salud en ese sector mencionadas previamente y que se presentan de manera resumida en el anexo 1.

Se destaca como un desafío relevante el lograr expandir la actual limitada cobertura del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad mediante los equipos básicos de salud, y lograr un mayor financiamiento y sostenibilidad, sin sobrecargar laboralmente o precarizar los ingresos del personal de salud. En ese sentido, la intersectorialidad que propenda por acciones conjuntas y aunar recursos en favor de la población es un componente que requiere un desarrollo persistente, máxime cuando los determinantes sociales que se requieren intervenir trascienden el sector salud. De manera similar el componente de participación social es crítico, y este puede ser enriquecido por un enfoque de interculturalidad ya que ha probado ser eficaz en el país y este potencializa el empoderamiento poblacional al reconocer los valores y aportes de saberes ancestrales para enfrentar sus propias problemáticas. Por otro lado, la gestión organizacional y social puede dinamizarse incorporando estrategias innovadoras como las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC) para el manejo sistemático y compartido de la información y lograr procesos ágiles de comunicación que potencialicen respuestas oportunas a las problemáticas identificadas de manera consensuada entre los diversos actores sociales y organizacionales.

Como problemáticas estructurales generales y retos fundamentales a enfrentar por el sistema de salud peruano, que se configura con la reforma que propende por un modelo de aseguramiento universal, se identifica la segmentación actual de

la población que se adscribe por su capacidad de pago y condición laboral a una amplia diversidad de aseguradoras o Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en salud (IAFAS), con las subsecuentes consecuencias de generar diferencias inequitativas en principios básicos como la calidad y la solidaridad, que producen estratificaciones sociales y afectan la cohesión social en un país azotado en épocas previas por la violencia y fatales conflictos sociales y políticos internos que truncaron muchas vidas.

Igualmente, el país requiere resolver la fragmentación en la atención a la población y el financiamiento de acciones asociada a los dos grupos de intervenciones en salud que constituyen, por un lado, las estrategias sanitarias nacionales que implementan instituciones públicas como el Ministerio de Salud y las Direcciones regionales y locales de salud con énfasis en acciones de promoción y prevención; y por otro lado, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud que incluye básicamente atenciones de recuperación a cargo de las IAFAS.

Diversos autores han señalado que un mecanismo de mercado en los sistemas de salud, con estrategias financieras y organizacionales como la participación y competencia de terceros actores como las aseguradoras, y la introducción de mecanismos de pago como los pagos capitados, pueden generar incentivos para la disminución en la provisión de servicios para el control de costos y conflictos entre las metas organizacionales individuales dirigidas a los resultados financieros y las metas sociales de las políticas públicas encaminadas al interés colectivo (Hsiao, 1994; Gold, 1998).

## ANEXO 1. INDICADORES SELECCIONADOS PARA EL PERÚ Y SUS REGIONES

<b>Demográficos (2012)</b>	Población Total (a)	30,135,875
	Proporción de población urbana: total país (rango entre regiones) (b)	75% (22 - 100)
	Proporción de población menor de 15 años de edad: total país (rango entre regiones) (b)	29% (24 - 40)
	Proporción de población de 60 años y más de edad: total país (rango entre regiones) (b)	9% (5 - 10)
	Tasa de fecundidad (No. de hijos por mujer): total país (rango entre regiones) (c)	2.6 (2.1 - 4.3)
	Esperanza de vida al nacer: total país (rango entre regiones) (d)	72.5 (63.6 - 79.9)
	Tasa de alfabetización (población de 15 años y más de edad): total país (rango entre regiones) (e)	94% (83 - 98)
<b>Socioeconómicos (2012)</b>	PIB per cápita en dólares para el país ppp (f)	10240
	Índice de Desarrollo Humano: total país (rango entre regiones) (f)	0.51 (0.30 - 0.63)
	Índice de Gini del ingreso per cápita mensual para el país (g)	0.45
	Gasto nacional público en salud como proporción del PBI (por año) (h)	4.69 (1995) 4.46 (2005) 5.10 (2012)*
	% de gastos públicos en salud (impuestos y seguridad social) en el total de gastos salud (h*)	58.9%
	Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable: total país (rango entre regiones) (g)	82% (43-93)
	Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados: total país (rango entre regiones) (g)	78% (31 - 94)
<b>Mortalidad (2000, 2005, 2010; último dato)</b>	Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos (estimada por años) (i)	31.0 (2001) 23.5 (2005) 19.5 (2010) 16.0 (2011)
	Tasa de mortalidad infantil neonatal por mil nacidos vivos (estimada por años) (i)	23.0 (2000) 15.2 (2007) 11.0 (2010) 10.0 (2011)
	Tasa de mortalidad infantil pos neonatal por mil nacidos vivos (estimada por años) (i)	16.0 (1999) 10.0 (2004) 7,0 (2009-12)

<b>Mortalidad</b> (2000, 2005, 2010; último dato)	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (estimada por año) (i)	69 (2000) 39 (2008) 34 (2011)
	Razón de mortalidad materna (estimada por años) por 100 mil nacidos vivos (i)	185 (2000) 164 (2005) 93 (2010)
	Razón de mortalidad materna (registrada por años) por 100 mil nacidos vivos (i)	481 (2009) 379 (2013)
	Tasa de mortalidad por enfermedades intestinales (tasa por 1000 nacidos vivos) (i)	2.9 (2000) 1.7 (2005) 0.9 (2010) 0.7 (2012)
<b>Cobertura</b> (2000, 2005, 2010; último dato)	Proporción de población menor de 1 año inmunizada con DPT (años 2003 y 2005) y tercera dosis de Pentavalente (año 2000 y 2012) (i)	94.2 (2003) 90.1 (2005) 92.5 (2010) 94.4 (2012)
	Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo con seis y más controles (i)	50.6 (2000) 76.4 (2007) 81.0 (2010) 84.5 (2012)
	Proporción de partos atendidos por personal profesional de salud / institucional (i)	62.5 (2000) 76.5 (2007) 83.8 (2010) 86.7 (2012)
	Proporción de defunciones con causa de muerte mal definida e ignorada (i)	2.4 (2000) 1.6 (2005) 0.4 (2010) 0.7 (2011)
	Número y razón de consultas médicas por habitante /año (j)	1.1 (2004) 1.6 (2010) 1.2 (2012)
<b>Fuerza de Trabajo en Salud</b> (2012)	Razón de médicos por mil habitantes para el país (rango entre regiones) (k)	1 (2,4 - 0,5)
	Razón de médicos generalistas/con especialidad en medicina de familia y comunidad (k)	153, 1
	Razón de enfermeras(os) profesionales por mil habitantes para el país (rango entre regiones) (k)	1 (2 - 0.6)
<b>Capacidad instalada</b> (2013)	Número total de unidades de atención primaria a salud (l)	10879
	razón por 10 mil habitantes de unidades de atención primaria a salud (l)	3.6

<b>Capacidad instalada (2013)</b>	Número de unidades de atención primaria en salud públicas /MINSa (I)	7590
	Número de unidades de atención primaria en salud de Essalud (I)	303
	Número de unidades de atención primaria en salud de las fuerzas armadas y militares (I)	115
	Número de unidades de atención primaria en salud privadas o mixtas (I)	2871

## Fuentes:

- (a) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI): Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050. Boletín de Análisis Demográfico N°36.
- (b) INEI: Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana Rural por sexo y edades quinquenales, según departamento, 1950 - 2050. Boletín Especial N° 19.
- (c) INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2012.
- (d) INEI. Esperanza de vida para el quinquenio 2010-2015
- (e) INEI. Encuesta Nacional de Hogares, 2012.
- (f) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2013. Lima: PNUD, 2013.
- (g) PNUD. Perú: Tercer Informe nacional de cumplimiento de los ODM. Lima: PNUD, 2013.
- (h) MINSa. Cuentas nacionales de salud. Perú, 1995-2005. \*World Bank. World Development Indicators: Health systems. In: World Development Report, 2014.
- (i) Ministerio de Salud. Procesamientos y reportes de la Oficina General de Estadística e Informática, 2014.
- (j) Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática. Cálculo efectuado con datos de MINSa y EsSalud, 2014.
- (k) MINSa. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud.
- (l) Ministerio de Salud (MINSa). Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral.

## AGRADECIMIENTOS

Por las entrevistas y documentación entregada a los trabajadores del MINSA, la Diresa Ayacucho, las instituciones de salud, la ONG Medicus Mundi y los líderes de las comunidades visitadas, en especial por la participación de la siguientes personas:

Aparcana C. Mario Ysaías	MINSA. Oficina General de Estadística e Informática
Baldeón Caqui Katianna	Ministerio de salud (MINSA). DGIEM. Ejecutivo Adjunto.
Cancino Espinoza Giuliana	Seguro Integral de Salud (SIS). Equipo Técnico
Carbone Fernando	Medicus Mundi Navarra-Delegación Perú
Cuba Corrido Braulio	MINSA. DGGDRH. Director Ejecutivo
Díaz Urteaga Pedro	MINSA. DGGDRH. Director adjunto
Fernández Lozano Carmela	MINSA. Dirección de Promoción de Vida Sana
Figueroa M. Rocío	MINSA. Oficina de Cooperación Internacional
Granados Gustavo	MINSA. DIGEMID. Equipo Técnico
Grillo Rojas Pedro Fidel	SIS. Director
Ique Ríos Rosario	MINSA. Equipo Técnico ESNSF
Melgar Flor de María	DIRESA Ayacucho. Equipo Técnico
Moscoso Juan Yihino	DIRESA Ayacucho. Director Regional de Salud
Muñoz Zumaeta Estela S	MINSA. DIGEMID. Equipo Técnico acceso
Orillo Viacava Jacqueline	Puesto de Salud José Olaya. Médico jefe
Oriundo Quispe Hernán	Microred del Tambo. Jefe de la microred
Paniagua Segovia María	Diresa Ayacucho. Equipo técnico.
Polo Ubillús Olga Patricia	MINSA. Coordinadora ESNSF
Pretell Aguilar Rosa M	MINSA. Dirección General de Promoción de la Salud
Ramos Tejada Jaime	MINSA. Equipo Técnico ESNSF
Salazar de la Cruz Miriam	MINSA. Equipo Técnico ESNSF
Soto Ibarra Julio Eleuterio	Red de Salud San Miguel. Jefe de Red
Sullcahuaman Edgar	MINSA. DIGEMID. Equipo Técnico
Távora García María del Pilar	MINSA. DGIEM. Responsable de Proyectos
Valeriano Arteaga Luís Pedro	MINSA. Oficina General de Estadística e Informática
Vásquez Quispe Ana Carmela	SIS. Equipo Técnico
García Cabrera Hernán	Dirección General de Gestión del Desarrollo de RH
Yataco Pachas Fanny Magali	Microred del Tambo. Equipo básico de salud
Líderes y población del asentamiento humano Vista Alegre (El Tambo-Ayacucho)	

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta N, Pollard J, Vega R, Labonté R. Comprehensive Primary Health Care in South America: contexts, achievements and policy implications. En: *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(10): 1875-1890.
- Altobelli LC, Castillo O, Medina J. Misión De Evaluación Externa Final, Proyecto APRISABAC, "Atención Primaria y Saneamiento Básico de Cajamarca". Cajamarca-Peru, 1993-2000. Informe final. Lima: CTH y COSUDE, 2001.
- Brocker WA, Sánchez NG, Arévalo M, Espinoza G. Promoción de la medicina y prácticas indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Quechua del Perú. Atención del parto con la articulación de la medicina tradicional y la medicina académica. Washington DC: OPS; 2001.
- Calandria, Asociación Kallpa, Medicus Mundi, Salud Sin Límites Perú. Cerrando brechas aproximando culturas. Un modelo de atención materno - perinatal. Lima: Editorial y Gráfica Ebra EIRL, 2009.
- Calderón J. Agua y Saneamiento: El Caso del Perú Rural. Informe final. Lima: ITDG, Oficina Regional para América Latina, 2004.
- Congreso de la República. Ley 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima: Diario Oficial El Peruano (No. 10561), 2009.
- Congreso de la República. Constitución Política del Perú de 1993. Lima: Congreso de la República, 1993.
- EsSalud. Prestaciones de seguros, EsSalud Independiente. En página web (consultado en junio 14 de 2014): <http://www.essalud.gob.pe/essalud-independiente/>
- Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S (org). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. 1. ed. Rio de Janeiro: ISAGS - South American Institute of Government in Health; 2012.
- Gold M. Beyond Coverage and Supply: Measuring Access to Healthcare in Today's Market. *Health Ser Res*, 1998; 33(3 Pt 2): 625-652.
- Hsiao WC. "Marketization"-The Illusory Magic Pill. *Health Economics*, 1994; 3: 351-357.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Acceso a Seguro de Salud. Encuesta Nacional de Hogares. 2012. En página web: [www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/access-to-health-insurance/](http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/access-to-health-insurance/)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050. Boletín de Análisis Demográfico N° 36. En página web (consultado febrero 01 de 2012): [www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/population-estimates-and-projections/](http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/population-estimates-and-projections/)
- León Segovia R, Carbone Campoverde F, Lema Dodobara C. Primeros avances de la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en la provincia de Churcampa, Huancavelica-Perú. Lima: Ministerio de Salud-DIRESA Huancavelica, Medicus Mundi Navarra, Salud sin Límites Perú, Salud Integral, Incluyente ; 2013.
- Medicus Mundi Navarra /Salud sin Límites Perú. Aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad en el Primer Nivel. Proyecto Multipaís Bolivia, Guatemala y Perú. DCI -NSA / 240-166. Lima, 2012.
- Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Metas de focalización de hogares en el plan de incentivos a la mejora de la gestión municipal. Lima: Dirección general de asuntos económicos y sociales-MEF, 2011
- Ministerio de Salud. Perú. Resolución Ministerial N° 729-2003. Modelo de Atención Integral de Salud. Lima: Diario Oficial El Peruano, 2003.
- Ministerio de Salud. El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud. Lima: Ministerio de Salud. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2006.



Ministerio de Salud<sup>a</sup>. Hurtado La Rosa R, León García LM, Centeno R (Equipo técnico de evaluación). Avances de la atención integral de salud en el Perú. Lima: OPS/OMS, 2008.

Ministerio de Salud<sup>b</sup>. Cuentas Nacionales de Salud, Perú, 1995-2005. Lima: Ministerio de Salud. Oficina General de Planeamiento y Presupuesto / Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio de la Salud, 2008.

Ministerio de Salud. Fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria en salud renovada. Lima: Ministerio de Salud, 2010.

Ministerio de Salud. Resolución ministerial N°546 de 2011 (por la cual se aprueba la NTS 021 V03). Lima: Ministerio de Salud, 2011.

Ministerio de Salud. SIS. Atención Primaria de Salud. Taller de Unasur, Santa Cruz, 30 de octubre de 2013.

Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Manual de registro y codificación de actividades en la atención de salud familiar: Sistema de información HIS. Lima: Ministerio de Salud; 2014.

MINSa. Cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del ministerio de la salud y de las regiones. Lima: Ministerio de salud; 2008.

MINSa<sup>a</sup>. Modelo de Atención Integral de Salud de Salud Basado en Familia y Comunidad. Documento Técnico. Lima: Ministerio de Salud, 2011.

MINSa<sup>b</sup>. Competencias laborales específicas para el personal de salud del primer nivel de atención. Lima: Ministerio de Salud/ Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, 2011.

MINSa<sup>c</sup>. Diplomatura de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitaria. Lima: Ministerio de Salud/ Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, 2011.

MINSa<sup>a</sup>. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Presentación de la Doctora Patricia Polo Ubillus, coordinadora nacional de la ESNFS, 2013.

MINSa<sup>b</sup>. Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED). Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Servicios de Salud. Abril de 2013. En página web (consultado en abril 19 de 2014): [www.sis.gob.pe/ipresspublicas/capacitacion/talleres/PonenciaSIS/20130218EquiposAISPED.pdf](http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/capacitacion/talleres/PonenciaSIS/20130218EquiposAISPED.pdf) (consultado en abril 19 de 2014).

MINSa<sup>c</sup>. Segunda medición de las metas regionales de los recursos humanos para la salud. Perú 2007-2015. Lima: Ministerio de salud. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud; 2013.

MINSa. Informe de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Lima, 2014.

MINSa / DIGEMID. Evaluación de indicadores de disponibilidad de medicamentos a nivel nacional. Boletín de diciembre 2013. Lima: Dirección de acceso y uso de medicamentos. Sala de Situación de medicamentos. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas; 2013.

PNUD. Perú: Tercer Informe nacional de cumplimiento de los ODM. Lima: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2013.

Resolución ministerial 464 del 2011. Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad. Lima: Diario Oficial El Peruano (No. 11435), 2011.

Rey Gamero AC, Acosta Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2013; 12(25):28-39.

Sánchez Machaca N, Miranda Alva P, Cervera Villalobos T. Módulos de capacitación para el trabajo con los agentes de comunitarios de salud y consejo de desarrollo comunal. Salud integral de la familia y comunidad. Lima: Medicus Mundi Navarra, Salud Sin Límites Perú; 2013.

- Seguro Social de Salud - EsSalud. Plan estratégico institucional 2012-2016. Lima, Perú: Seguro Social de Salud EsSalud, 2012.
- SIS. Plan estratégico institucional del seguro integral de salud para el periodo 2012 - 2016. Lima, Perú: Ministerio de Salud, 2011.
- SIS. Resolución Jefatural 197. "Directiva administrativa No. 003 que regula la cobertura prestacional del régimen de financiamiento subsidiado del SIS. Lima: Diario oficial "El Peruano", 2012.
- SIS-Seguro Integral de salud. Informe de evaluación anual 2011 del SIS. Lima: Ministerio de Salud, 2012.
- SIS-Seguro Integral de Salud. Informe anual julio 2011 - julio 2012. Lima: Ministerio de Salud, 2013.
- SIS. Memoria Anual 2012. Lima: Seguro Integral de Salud, 2013.
- SIS-Seguro Integral de Salud. Publicaciones. En página web institucional (acceso febrero 22 de 2014): [www.sis.gob.pe/Portal/paginas/publicaciones.html](http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/publicaciones.html).
- SUNASA. Anuario Estadístico 2011. Lima: Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud / Ministerio de Salud, 2012.
- Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud-SUNASA. Anuario estadístico 2012. Lima: Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud / Ministerio de Salud, 2013.
- Wilson L; Velásquez A y Ponce C. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública* 2009; 26(2): 207-217.
- Word Bank. World Development Indicators: Health systems. In World Development Report. Washington DC: Word Bank, 2014.

