

Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata

Key dimensions to strengthen primary care in Peru to forty years of Alma Ata

María Sofía Cuba-Fuentes^{1,a}, Zoila Romero-Albino^{1,a}, Rafael Dominguez^{1,a},
Leonardo Rojas Mezarina^{2,b}, Rosa Villanueva¹

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú

^a Médico de familia y comunidad

^b Médico especialista en administración de salud

Correspondencia:

María Sofía Cuba-Fuentes
Calle José Gonzales 775. Dpto. 604.
Miraflores
958914161
sofiacuba@hotmail.com

Recibido: 11 de octubre 2018

Aprobado: 23 de noviembre 2018

Conflictos de interés: Los autores
declaran no tener conflictos de
interés.

Fuentes de financiamiento:
Autofinanciado

Citar como: Cuba-Fuentes M, Romero-
Albino Z, Dominguez R, Rojas L,
Villanueva R. Dimensiones claves
para fortalecer la atención primaria
en el Perú a cuarenta años de Alma
Ata. *An Fac med.* 2018;79(4):346-50.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i4.15642>

An Fac med. 2018; 79(4):346-50 / DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i4.15642>

Resumen

El Perú es un país de ingreso mediano, con un sistema de salud fragmentado. Para fortalecer el sistema de salud basado en atención primaria de salud, existen dimensiones claves que deben ser analizadas: gobernanza, financiamiento, recursos humanos, accesibilidad, longitudinalidad, integralidad, coordinación, equidad, eficiencia y calidad. El logro del desarrollo de estas dimensiones puede llevar a garantizar una atención primaria de salud fuerte, con mejoras en la salud de las personas

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud; Perú; Sistemas de Salud.

Abstract

Peru is a middle-income country, with a fragmented health system. To strengthen the health system based on primary health care there, are key dimensions that must be analyzed: governance, financing, human resources, accessibility, longitudinality, comprehensiveness, coordination, equity, efficiency and quality. The achievement of the development of these dimensions can lead to guarantee a strong primary health care, with improvements in the health of people.

Keywords: Primary Health Care; Peru; Health Systems.

INTRODUCCIÓN

El Perú ha tenido un crecimiento económico sostenido en la última década, actualmente se le considera como un país de ingreso mediano¹, ha logrado disminuir la pobreza en términos generales y ha dado importantes progresos en los indicadores de mortalidad y morbilidad del país^{2,3}. Sin embargo, estos indicadores tienen diferentes comportamientos si se analizan por grupos socioeconómicos o por regiones. Para el año 2017, 6 millones 906 mil peruanos (21,7% de la población) vivían en situación de pobreza y la desigualdad en la distribución de los ingresos medida a través del índice Gini fue de 0,43 a nivel nacional⁴.

En el Perú, el sistema de salud es fragmentado tanto en el financiamiento como en la provisión de los servicios, lo que conlleva inequidad y falta de visión integradora. Está conformado principalmente por subsistemas: el público y el privado. El subsistema público con financiamiento de régimen contributivo indirecto (subsidiado) y de régimen contributivo directo; y el subsistema privado conformado por el Seguro Social de Salud (Essalud) y el seguro social privado (EPS)⁵.

La inequidad en salud es producto, en parte, de la falta de toma de decisiones de políticas públicas relacionadas a buscar mejores condiciones de vida para los ciudadanos, que incluyen la creación de sistemas nacionales de salud con base en atención primaria de salud (APS)⁶. La declaración de Alma Ata en 1978 marcó un hito en el debate sobre cómo deberían organizarse los sistemas de salud, reafirmando a la salud, como “un derecho humano fundamental y que alcanzar el nivel más alto posible de salud es un

objetivo social mundial más importante”; además, estableció que la APS es la estrategia base para alcanzar la equidad⁷. El informe de la OMS del 2008, denominado “Atención Primaria, más necesaria que nunca”, puntualizó la necesidad de movilizar a los países en el fortalecimiento de la APS como eje de la atención de salud y garantía para lograr mejores resultados sanitarios⁸.

Considerando a la APS como una estrategia multidimensional y compleja, se pueden identificar dimensiones claves de un sistema de salud basado en APS⁹; asimismo, organizarla por componentes, como se puede observar en la figura 1.

El objetivo del presente artículo es analizar el desarrollo de la APS en Perú a través del cumplimiento de dimensiones claves. El análisis de las dimensiones relacionadas a la estructura y procesos del sistema pueden llevarnos plantear propuestas de cómo construir un mejor sistema sanitario. Debemos intentar medir los resultados de un sistema de salud basado en APS una vez que los requisitos, atributos o dimensiones de esta, sean entendidos y el camino para su fortalecimiento sea trazado y cumplido.

DIMENSIONES RELACIONADAS A LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA

Gobernanza

Gobernanza se puede definir como la capacidad para gobernar, desarrollándose en el contexto de la interacción entre una gran variedad de actores y procurando el equilibrio entre el poder público y la sociedad civil para el desarrollo de una política pública¹⁰. La construcción de

la gobernanza en el Perú debe estar nutrida de una gran dosis de participación.

En el Perú y otros países de Latinoamérica, se incluyen rutinariamente intervenciones comunitarias desde el sistema sanitario; sin embargo, muchas veces estos enfoques se desarrollan siguiendo un flujo unidireccional, con las autoridades sanitarias o los proveedores de salud decidiendo intervenciones comunitarias a ejecutar, sin tener en consideración la toma de decisiones compartidas¹¹. La implementación de la atención primaria orientada a la comunidad (APOC) es un proceso continuo mediante el cual se brinda cuidado a una comunidad definida sobre la base de sus necesidades de salud evaluadas a través de la integración planificada que promueve la participación ciudadana, el involucramiento de los individuos en la búsqueda de formas específicas de relación con el Estado y la participación política¹². Constituye una estrategia aun poco desarrollada en un primer nivel de atención que debe contextualizar al individuo como par y experto dentro de su familia, comunidad, contexto cultural y socioeconómico, sin cuya participación y acuerdo cualquier política sanitaria tiene riesgo de no dar resultados.

Financiamiento

El financiamiento de la APS en el Perú está relacionado con el modelo de sistema de salud del país; siendo un modelo fragmentado o atomizado, donde existen numerosos prestadores y financiadores a cargo de diferentes instituciones con escasa coordinación entre ellos. Se calcula que el gasto de bolsillo en salud y gastos catastróficos, están más relacionados a exámenes de laboratorio, cirugías y medicación¹³.



Figura 1. Dimensiones claves de los componentes del sistema de salud basado en la atención primaria de Salud

A pesar del crecimiento económico del país en los últimos 15 años, en el año 2007, el Perú fue el país con menor porcentaje de gasto en salud público respecto al producto bruto interno (PBI), y en el año 2014, el segundo país con menor porcentaje del PBI destinado a salud, de América Latina¹⁴. El gasto familiar destinado a salud, en relación con el gasto familiar total, se incrementó de 5% en el año 2004 a 5,8% en el año 2012. Este porcentaje aumentó en todos los quintiles, aunque en los quintiles 1 y 2 se dieron los menores incrementos (0,14% y 0,69% respectivamente)¹⁵. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), al primer trimestre del año 2018, la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) comprendía al 44,4% de la población peruana; de EsSalud, al 25,7% y de otros seguros sólo al 5,1% de la población¹⁶.

Asimismo, la tasa de financiación para cada subsistema es inversamente proporcional a la cobertura de la población. Esto significa que los seguros privados cuentan con más recursos (financieros, humanos, etc.) y baja cobertura poblacional, mientras que el SIS cuenta con menos recursos y elevada cobertura poblacional: diez veces más que de los seguros privados¹⁷, cumpliéndose entonces la ley de cuidados inversos, que enuncia-ra Julián Tudor Hart en el año 1971.

El financiamiento que cubra las necesidades de cuidado de la población con mecanismos de incentivo en búsqueda de equidad y calidad parece ser el camino que han seguido muchos sistemas nacionales de salud públicos a nivel mundial reconocidos por su eficiencia; el Perú podría intentar homogeneizar el financiamiento del cuidado de salud de los ciudadanos de esta forma en el futuro.

Recursos humanos

La densidad de recursos humanos en el sector salud al año 2016 fue de 31 (12,7 médicos; 13,5 enfermeros y 4,8 obstetras por 10,000 habitantes)¹⁸. En el caso de los médicos, la densidad fue similar a la registrada a nivel global, pero menor a las registradas en la región de las Américas¹⁹. La distribución de los recursos humanos en el Perú varía en función a las características del ámbito donde se

ejerce la profesión, tales como quintil de pobreza, altitud geográfica, ubicación en zona alejada o de frontera, entre otras. Así, la mayor densidad de recursos humanos en salud se presenta en ciudades capitales de región, con escaso porcentaje de pobreza y baja altitud geográfica¹⁸.

La fuerza laboral del Ministerio de Salud (MINSa) en el primer nivel de atención se compone de 7395 médicos, 11925 enfermeros, 9144 obstetras, 3194 odontólogos y 24955 técnicos asistenciales¹⁸. Es conveniente precisar que cerca al 30% de estos profesionales de salud, en promedio a nivel nacional, se encuentran realizando el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS)²⁰, lo que implica que, son profesionales que han egresado de la universidad recientemente y que en general, no han sido entrenados para desenvolverse apropiadamente en el primer nivel de atención.

El especialista médico para el primer nivel de atención es el médico de familia y comunidad. Al año 2018, 21 universidades peruanas ofrecen esta especialización; sin embargo, persisten algunas limitaciones para la introducción de la disciplina en el pregrado y no existen departamentos académicos de medicina familiar en las universidades. Actualmente se encuentran registrados 960 médicos de familia en el Colegio Médico del Perú²¹. Si bien este número de especialistas se ha incrementado en los últimos años, ello no ha tenido un correlato con reclutamiento por el subsistema público de salud. Así, aunque la Norma Técnica de Categorías de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, vigente desde el 2014, establece que todos los establecimientos del primer nivel de categoría I-4 deben contar con un profesional especialista en medicina familiar²², esto aún se cumple.

DIMENSIONES RELACIONADAS A PROCESOS EN EL SISTEMA

Accesibilidad y primer contacto

El acceso de la población peruana al primer nivel de atención varía en función a las condiciones del subsistema de salud

público o privado por el cual tenga cobertura. En los últimos años el porcentaje de personas que buscan atención en salud se ha incrementado²³.

Personas afiliadas al seguro social y otro tipo de seguro tienen más probabilidades de usar la consulta ambulatoria que las personas no aseguradas y los afiliados al SIS. Los afiliados al SIS usan centros y puestos de salud en un 47%, mientras que los afiliados a otros seguros utilizan como puerta de entrada hospitales y clínicas. Los no asegurados usan como puerta de entrada al sistema farmacias y boticas en un 47%²⁴.

El acceso adecuado de los pacientes al primer nivel de atención como proveedor de la mayor parte de cuidados y punto inicial de contacto, trae una serie de ventajas para la identificación y resolución temprana de problemas de salud, disminución de referencias y uso de urgencias, disminución de solicitud de pruebas diagnósticas innecesarias, entre otras. El acceso a la atención médica en el primer nivel polivalente y con un grado adecuado de resolutivez disminuye, por consiguiente, la mortalidad y morbilidad²⁵.

Longitudinalidad

En el Perú, el MINSa y los gobiernos regionales cuentan con 7851 establecimientos de salud del primer nivel de atención, de los cuales 4350 (55%) no cuentan con médicos y funcionan con otros profesionales de salud y técnicos asistenciales²⁶. En la mayor parte de establecimientos de salud del área rural, las atenciones son brindadas por profesionales jóvenes, quienes tienen su primera experiencia laboral en el primer nivel de atención, frecuentemente con poblaciones de características sociales, económicas y culturales diferentes a las del profesional²⁷.

La consolidación de una relación a lo largo del tiempo entre los proveedores de cuidados primarios y los pacientes, más allá de episodios específicos de enfermedad, es una de las dimensiones primordiales que definen la APS²⁸. La continuidad del cuidado, especialmente en el primer nivel se asocia a un incremento de la satisfacción del paciente, mejor adhe-

rencia a indicaciones médicas, disminución del uso de hospitales y disminución de mortalidad en general²⁹. Así, una APS fortalecida requiere que las políticas de recursos humanos en el primer nivel promuevan la retención de los profesionales con incentivos y generación de cupos de atención.

Integralidad

Los equipos de APS deben ser capaces de abordar todos los problemas de salud comunes en la población asignada. Se denomina “común”, al evento que sucede al menos 1 vez por cada 1000 pacientes en un año³⁰. Para brindar los servicios que conduzcan a mejores resultados de salud, se ha de contar con recursos humanos resolutivos y polivalentes. En el Perú, los equipos de APS son multiprofesionales (un equipo básico de salud se compone de un médico, un enfermero, un obstetra y un número variable de técnicos de enfermería). Obtener la especialidad en medicina familiar no es requisito para que los médicos laboren en el primer nivel de atención, por lo que la mayor parte de ellos no cuenta con este entrenamiento de postgrado.

Disponer de diferentes profesionales en el primer nivel puede afectar la polivalencia de los recursos humanos vinculados al establecimiento de salud; esto se explica por la tendencia a asignar la atención de cierto tipo de necesidades de salud a un determinado profesional³¹; así, por ejemplo, los enfermeros no podrían realizar atenciones prenatales y los obstetras no podrían administrar vacunas a los niños y niñas. La resolutividad de los recursos humanos en APS se refuerza con las dotaciones de equipamiento y tecnología adecuados, de modo que los problemas de salud comunes sean adecuadamente diagnosticados, tratados o controlados en el primer nivel de atención³².

En el Perú, el Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), vigente desde 2011, puso énfasis en las acciones de prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención. El MAIS-BFC promueve la identificación de factores de riesgo en el ámbito comunitario y se orienta a los paquetes de intervenciones, redefiniendo

la integralidad como el cumplimiento de esos paquetes. Este modelo pone poco énfasis en las necesidades de salud, expectativas y demandas del individuo y, por lo tanto, en la toma de decisiones compartidas con los usuarios³³.

Coordinación

Esta dimensión refleja la capacidad de los prestadores de servicios de salud para coordinar entre los diferentes niveles de atención³⁴. En el Perú, algunos aspectos relevantes de la coordinación se encuentran en la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud, que tiene por objetivo contribuir a garantizar la continuidad de la atención de la salud de los peruanos³⁵.

Para lograr una mejor coordinación se requiere contar con un sistema de información en salud que, correctamente implementado, permita el intercambio de información efectivo entre los prestadores de diferentes niveles de atención, facilitando un adecuado flujo de información para el cuidado integral. Actualmente, estos sistemas tienen limitaciones en su desarrollo, nivel tecnológico, conectividad, diseño y alcance de estándares internacionales. La ausencia de este sistema de información integrado lleva a una mayor fragmentación del sistema de salud.

A pesar de lo señalado, en el Perú en los últimos años se han implementado iniciativas orientadas a la construcción de un sistema confiable de información en salud como los registros de hechos vitales digitales (nacimiento y defunción), la historia clínica electrónica (en funcionamiento progresivo en algunos establecimientos de salud del MINSA y EsSalud) y las plataformas para el intercambio de información en salud.

DIMENSIONES RELACIONADAS A RESULTADOS EN EL SISTEMA

Equidad, eficiencia y calidad

La consecución de las dimensiones de estructura y procesos generará equidad, eficiencia y calidad en el sistema de salud³⁶.

La equidad en salud es la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmen-

te remediables en el estado de salud de la población. Invertir en el fortalecimiento de la capacidad resolutiva del primer nivel de atención y del cuidado integral genera mejores resultados en salud en la población en general y en la más vulnerable en particular³⁷. En el Perú no se conoce con precisión la diferencia del monto de la inversión destinado al fortalecimiento del primer nivel respecto al destinado a los hospitales³⁸. Los sistemas sanitarios basados en la APS contribuyen a una mejor planificación y distribución de los recursos, lo que genera mejores resultados en salud y optimización del gasto, favoreciendo la equidad y el desarrollo humano³⁹.

La evaluación de la eficiencia de los sistemas de salud basados en la APS podría realizarse valorando indicadores de resultados como las tasas de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la APS⁴⁰, o las mejoras de indicadores sanitarios como la reducción de la mortalidad materno infantil y no solo en actividades preventivas realizadas, como se viene haciendo en el sistema público.

La calidad definida como el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención, es medida generalmente a través de la satisfacción del usuario. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud del año 2016, las razones de insatisfacción señaladas por los usuarios peruanos fueron: la demora para la atención, la falta de acceso y el maltrato⁴¹.

CONCLUSIÓN

Cuarenta años después de Alma Ata el sistema sanitario peruano requiere consolidar una atención primaria como base del sistema. Todos los actores: políticos, técnicos, gremiales y ciudadanía en general debemos tomar el año 2018 como un punto inflexión que nos lleve a aunar esfuerzos para conseguir un sistema de salud que permita que las personas alcancen sus potenciales y sus aspiraciones. Una estructura y procesos adecua-

dos nos llevarán a esos resultados que se soñaron hace 40 años y que en el Perú son más necesarios que nunca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- The World Bank [Internet]. The World Bank in Perú. Overview. [Fecha de acceso 7 de enero 2018]. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/country/peru/overview>
- Távora L. Tendencia de la mortalidad materna en el Perú: desafíos pendientes. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2013; 59 (3):153-156.
- Sobrinho M, Gutiérrez C, Cunha A, Dávila M, Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. *Rev Panam Salud Publica.* 2014;35(2) 104-12
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Nota de Prensa N°063-24 abril 2018. [Fecha de acceso 17 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n-063-2018-inei.pdf>
- Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú. 2016. Disponible en: <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2018/05/libroSistemaSaludPeru-.pdf>
- Boerma GW, Dubois CA. Mapping primary care across Europe. En: Saltman R, Rico A, Boerma W (editores). *Primary care in the driver's seat?*. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies. 2006:22. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf
- World Health Organization – Europe [Internet]. Declaration of Alma-Ata. [Fecha de acceso 7 de enero 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaration.pdf>
- World Health Organization. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever.* Geneva: WHO. 2008.
- Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research.* 2010;10:65. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>.
- Cerrillo A. *La Gobernanza hoy: 10 textos de referencia.* España: Instituto Nacional de Administración Pública. 2005.
- Malaga G, Urday D, Cuba-Fuentes S. Shared Decision Making (SDM) with Communities: A Peruvian Experience. *Ann Community Med Pract.* 2017;3(3):1027. DOI: [10.1016/j.zefq.2017.05.021](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.021).
- Gofin J, Gofin R. *Salud Comunitaria Global. Principios, métodos y programas en el mundo.* España: Elsevier. 2012.
- Proaño D, Bernabé E. Determinants of catastrophic healthcare expenditure in Peru. *Int J Health Econ Manag.* 2018;18(4):425-436. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10754-018-9245-0>
- OMS [Internet]. Salud en las Américas. [Fecha de acceso 17 de noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
- Petrea M. Reflexiones para la política sectorial de salud en Perú a partir de las Cuentas Nacionales de Salud. *Economía.* 2016;39(78):35-65
- Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI [Internet]. Estadística con enfoque de género. [Fecha de acceso 17 de noviembre 2018]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-n02_estadisticas-genero_ene_feb_marzo2018.pdf
- World Health Organization. *Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Peru, abridged version.* Geneva: World Health Organization. 2017. Disponible en: https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr_peruabridgedprimasys.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. Registro Nacional de Personal de la Salud 2016. Información de Recursos Humanos en Salud. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Personal de la Salud. 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4041.pdf>
- Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RL, Poz M. Recursos humanos para la salud: crisis global y cooperación internacional. *Ciencia & Saúde Coletiva.* 2017;22(7):2237-2246. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02702017>
- Ministerio de Salud del Perú. Experiencias de Planificación de los Recursos Humanos en Salud Perú 2007-2010. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. 2011. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1612-1.pdf>
- Colegio Médico del Perú [Internet]. Conoce a tu médico. [Fecha de acceso 17 de noviembre 2018]. Disponible en: <http://cmp.org.pe/conoce-a-tu-medico/>
- Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Norma Técnica "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". N.T. N° 021-2014/MINSA/DGSP-V.03. [Fecha de acceso 17 de noviembre 2018]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/servicios/PNCEV02.pdf>
- Benites-Zapata VA, Lozada-Urbano M, Urrunaga-Pastor D, Márquez-Bobadilla E, Moncada-Mapelli E, Mezones-Holguín E. Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) 2015. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(3):478-84. DOI: [10.17843/rpmesp.2017.343.2864](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2864)
- Ypanaque-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2015;32(3):464-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.1675>
- Rosas A, Narciso V, Cuba M. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta méd. peruana.* 2013;30(1):42-47
- Superintendencia Nacional de Salud [Internet]. Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – RENIPRESS. [Fecha de acceso 17 de noviembre 2018]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y8ywbjg>
- Mayta-Tristán, P, Poterico J, Galán-Rodas E, Raa-Ortiz D. El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014;31(4):781-787. DOI: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2014.314.134>
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly.* 2005;83(3):457-502. DOI: [10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x).
- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans P. Continuity of care with doctors - a matter of life and death. A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open.* 2018;8:e021161. DOI: [10.1136/bmjopen-2017-021161](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161).
- Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology.* Oxford: Oxford University Press. 1998.
- Casajuana J, Gervás J. La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare. 2012. Disponible en: <https://tinyurl.com/ybqvqwmw>
- Peñaloza B, Leisewitz T, Bastías G, Zárate V, Depaux R, Villarreal L, et al. Metodología para la evaluación de la relación costo-efectividad en centros de atención primaria de Chile. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;28(5):376-87.
- Málaga G, Romero ZO, Málaga AS, Cuba-Fuentes S. Shared decision making and the promise of a respectful and equitable healthcare system in Peru. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw.* 2017;123-124: 81-84. DOI: [10.1016/j.zefq.2017.05.021](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.021)
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research.* 2003;38(3):831-865
- Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Norma Técnica N° 018-MINSA/DGSP-V01: Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA. [Fecha de acceso 17 de noviembre 2018]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yc9ctam3>
- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21(2/3):73-84.
- Starfield B. State of the art in research on equity in health. *J Health Polit Policy Law.* 2006;31(1):11-32. DOI: [10.1215/03616878-31-1-11](https://doi.org/10.1215/03616878-31-1-11)
- The World Bank [Internet]. Financiamiento de la salud en el Perú. Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021. [Fecha de acceso 17 de noviembre 2018]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y9v4e0q>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Human Development: Report 1991.* Nueva York: Oxford University Press. 1991.
- Rodríguez G, Zurita B, Ramírez T, Herrera J. Serie sobre Hospitalizaciones Evitables y Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud. El caso de México. México: Banco Interamericano de Desarrollo. 2012.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI [Internet]. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016. [Fecha de acceso 17 de noviembre 2018]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ynxrc2l>