

## Análisis de las políticas públicas en establecimientos de salud de primer nivel de atención, en un gobierno regional, 2023

Dina Susana Paucar Condor<sup>1\*</sup>, Wilder Oswaldo Cajavilca Lagos<sup>1</sup>, Papias Taquiri Carhuanchó<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escuela de Posgrado. Universidad César Vallejo. Perú.

\*Autor para correspondencia: Dina Susana Paucar Condor

(Recibido: 10-12-2023. Publicado: 31-12-2023.)

DOI: 10.59427/rcli/2023/v23cs.4077-4089

### Resumen

*Este trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar las políticas públicas en establecimientos de salud de primer nivel de atención en un gobierno regional, 2023. Los problemas de salud regionales son aún más apremiantes de lo que pasa en la capital, existe opinión bastante generalizada que las regiones están olvidadas en materia de salud, y es fundamental proponer una política pública. En este estudio se definió a las políticas públicas como inclusivas, normativas, y las acciones de los operadores de salud, y; los recursos financieros relacionados a una cartera de servicios para alcanzar los objetivos propuestos. Es inclusiva porque en la región Junín se atiende sin costo para los usuarios mediante el Seguro Integral de Salud SIS de aseguramiento universal. La Atención primaria de salud (APS) fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos 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”. El primer nivel de atención comprende la organización de los recursos para resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Comprende establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicos, centros de salud; los que resuelven aproximadamente 85 % de los problemas prevalentes. Los objetivos de la investigación fueron Analizar la inclusión social, la normatividad, las acciones de salud y programas para el logro de las políticas públicas en establecimientos de salud de primer nivel de atención en un gobierno regional, 2023. Se demostró, que las políticas públicas deben ser inclusivas, con normativas que respaldan porque sin la ley no se podrían ejecutar, consideran las acciones de los operadores de salud, y; los recursos financieros para alcanzar los objetivos propuestos. La región determina cual es la población de atención objetivo en lo que corresponde al radio de atención de cada uno de los centros de atención primaria, a cargo de las Direcciones Regionales de Salud DIRESA. La normatividad y reglamentación que gobiernan los establecimientos de salud del primer nivel en Perú están establecidas en la ley de salud y normas técnicas del Ministerio de Salud, y en lo que corresponde a los gobiernos regionales cuentan con presupuestos relacionados a la cartera de servicios aprobados anualmente, para asegurar una atención médica de calidad y la protección de salud de los pacientes.*

**Palabras claves:** Políticas públicas, Atención de primer nivel, Cartera de servicios, Atención médica.

### Abstract

*The purpose of this research work is to analyze public policies in first-level health care facilities in a regional government. In 2023, regional health problems are even more pressing than what is happening in the capital. There is a fairly generalized opinion that the regions are forgotten in health matters, propose a public policy. In this study, public policies were defined as inclusive, normative, the actions of health operators, and; financial resources related to a portfolio of services to achieve the proposed objectives. It is inclusive because in the Junín region care is provided at no cost to users through the SIS Comprehensive Health Insurance with universal insurance. Primary health care (PHC) was defined as: “essential health care, based on scientifically founded and socially acceptable practical methods and technologies, made available to all individuals in the community, through their full*

*participation and at a cost that the community and the country can endure each and every stage of its development, with a spirit of self-responsibility and self-determination.” The first level of care includes the organization of resources to resolve the basic and most frequent care needs, which can be resolved by health promotion activities, disease prevention, and recovery and rehabilitation procedures. It includes low-complexity establishments, such as offices, polyclinics, health centers; those that solve approximately 85 % of the prevalent problems. The objectives of the research were to analyze social inclusion, regulations, health actions and programs to achieve public policies in first-level health care facilities in a regional government, 2023. It was demonstrated that public policies must be inclusive, they are normative because without the law they could not be executed, they consider the actions of health operators, and; financial resources to achieve the proposed objectives. The region determines the target care population in what corresponds to the care radius of each of the primary care centers, under the responsibility of the DRESAS regional health directorates. The regulations and regulations that govern first-level health facilities in Peru are established in the health law and, as far as regional governments are concerned, they have budgets related to the portfolio of services approved annually, to ensure quality medical care. and patient protection.*

**Keywords:** *Public policies, First level care, Portfolio of services, Medical care.*

## 1. Introducción

Actualmente existe gran preocupación respecto a las políticas de salud por las limitaciones que se considera existen en el sector salud, se generaliza la existencia de problemas de salud que deben ser resueltos con la aplicación de adecuadas políticas de salud, se considera que los problemas de salud regionales son aún más apremiantes de lo que pasa en la capital, existe opinión bastante generalizada que las regiones están olvidadas en materia de salud, se mencionan problemas como la inadecuada infraestructura, falta de médicos, personal especializado, faltan medicamentos y no se pueden atender adecuadamente a la población, se menciona que se deben implementar políticas de salud; sin embargo, se pregunta ¿Cuáles son las políticas que se deben implementar? ¿Cuáles son aquellas que podrán resolver los problemas de requerimientos de medios fácticos, de personal y de recursos financieros?, ¿Cómo adecuar las políticas a las diferentes categorías de establecimientos de salud?. Se trata de políticas de salud en el primer nivel de atención, pero hay diferencias marcadas en proponer una política pública. Stiglitz, J. (1980) sostiene que las políticas públicas deben ser inclusivas, deben ser normativas, deben contener las acciones de los operadores de salud, y; deben considerarse los recursos para alcanzar los objetivos propuestos. Primero reconocer que las políticas que se toman en los establecimientos de salud de primer nivel de atención en la región Junín es de carácter inclusivo y sin costo para los usuarios por el apoyo que significa el Seguro Integral de Salud SIS para un gran número de peruanos mediante ley que aprueba el aseguramiento universal.

Las políticas de salud siempre deben tener el carácter inclusivo, normativo, con protocolos de salud determinados y con los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de política pública. En ese sentido, fue muy importante revisar los reportes de las atenciones que se realizan en los establecimientos de primer nivel de atención en salud, así como también analizar las estadísticas de atención preventiva y promocional del sector salud. De las metas y objetivos alcanzados en el periodo investigado. Fue importante analizar las normas que efectivamente rigen a los establecimientos de primer nivel, la legislación tanto nacional, regional y las normas internas con los que están obligados todos los colaboradores que laboran en estos establecimientos, otra consideración tomada en cuenta es la ley de descentralización que señala con claridad que niveles de establecimientos están a responsabilidad de los gobiernos regionales, los que determinan las carteras de salud, que comprenden el presupuesto de los diferentes programas de atenciones de salud que se realizarán durante el año.

Por otro lado, también es muy importante identificar cuáles son las acciones de salud, particularmente en un régimen de atención primaria, los que estamos en este sector podemos identificar un establecimiento de salud de las categorías I-1, I-2, I-3 y I-4; sin embargo, los que son ajenos al sector salud no lo conocen, este desconocimiento a la vez ocasiona que la población desconozca las atenciones de salud en estos establecimientos y se produzcan desatenciones o muertes innecesarias que se pueden evitar so pretexto de la falta de atención médica esta es la razón por la que se plantea como problema de investigación ¿Cómo analizar las políticas públicas en establecimientos de primer nivel de atención en salud en un gobierno regional, 2023?. El objetivo de la investigación es Analizar las políticas públicas en establecimientos de salud de primer nivel de atención en un gobierno regional, 2023.

## 2. Bases teóricas de la investigación

Para Leeuw (1996, p. 92), la teoría de la Nueva Gestión Pública (NGP), permite la aplicación de conceptos de economía, eficiencia y eficacia en las organizaciones gubernamentales, orientadas a alcanzar la calidad total en la prestación de los servicios, entendida como una caja de herramientas, en la que los tomadores de decisiones pueden acudir para elegir el instrumento adecuado para resolver un determinado conflicto, pretende construir las bases para un estado más eficiente y eficaz en la administración de los recursos, respondiendo de manera efectiva y pertinente a las demandas de la población con el menor costo posible; todo ello sostenido en la transparencia

de los procesos con el involucramiento de los ciudadanos. El estado ha optado por implementar como parte de la nueva administración modelos heredados de la administración privada, con el empleo de sistemas de medición, control y seguimiento de indicadores de gestión, a fin de establecer la hoja de ruta para el logro de objetivos trazados para la reducción de brechas sociales. El nuevo enfoque de la Gestión Pública, está orientado al logro de resultados, sustentado en el desempeño del servidor público, el trabajo en equipo y el estilo de liderazgo, que permita una gestión sistemática y articulada al logro de objetivos individuales e institucionales, otorgándole la capacidad de decisión y responsabilidad en los resultados obtenidos, pretende mejorar la forma de administrar los recursos del estado, apoyados en la meritocracia, en beneficio de la población que demanda una respuesta efectiva de sus gobernantes, acercando el estado a la ciudadanía propiciando el involucramiento de los actores sociales en las atenciones de salud que se realiza en un hospital regional. Stiglitz, J. (1980) sostiene que las políticas públicas deben ser inclusivas, deben ser normativas, deben contener las acciones de los operadores de salud, y; deben considerarse los recursos para alcanzar los objetivos propuestos.

Según López y Cadenas (2019) Una política es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo, casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido. Es un proceso, un curso de acción que involucra todo un conjunto complejo de decisiones y operadores, La política también es una actividad de comunicación pública. La política real, en tanto lucha por el poder en función de intereses y ventajas, se expresa y efectúa en el proceso de elaboración de políticas. Las políticas se clasificarían en regulatorias, distributivas y redistributivas. La política como finalmente lo señala Luis Aguilar Villanueva (1992)(2018) es entonces un resultado de enfrentamientos y compromisos, de competiciones y coaliciones de conflictos y transacciones convenientes.

Peña, V. (2021), las Políticas Públicas, como campo del conocimiento, es un espacio vivo y, por lo mismo, cambiante: sus ideas se adaptan a las necesidades, evolucionan a partir de la experiencia acumulada y se enriquecen desde su interacción con otros campos del conocimiento humano. La persona interesada en esta materia debe estar al tanto de todo ello, sin duda; o, mejor aún, ser sujeto activo en la propuesta que lleve a un mejor entendimiento sobre cómo, en un ambiente democrático, se toman las decisiones y, desde una perspectiva público-organizativa, esas decisiones se llevan a la práctica.

#### **Antecedentes**

Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., & Etienne, C. (2007), en la reunión de 2003 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Estados Miembros de la OPS emitieron un mandato para fortalecer la atención primaria de salud (resolución CD44.R6). El mandato condujo en 2005 al documento Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Un documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS [Organización Mundial de la Salud]\*, y culminó con la Declaración de Montevideo, un acuerdo entre los gobiernos de la Región de las Américas a renovar su compromiso con la atención primaria de salud (APS). Los datos científicos han demostrado que la APS, considerada como la base de todos los sistemas de salud de la Región, es un componente clave de sistemas de salud eficaces y puede adaptarse a la gama de diversas condiciones sociales, culturales y económicas que existen. El nuevo paradigma de salud global ha dado lugar a cambios en las necesidades de atención de salud de la población. Los servicios y sistemas de salud deben adaptarse para abordar estos cambios. Aprovechando el legado de la Internacional En la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en 1978 en Alma-Ata (Kazajstán, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas), la OPS propone un grupo de estrategias críticas para adoptar sistemas de atención de salud basados en la APS basados en los principios de equidad, solidaridad y derecho al más alto nivel posible de salud. El principal objetivo de las estrategias es desarrollar y/o fortalecer sistemas de salud basados en la APS en toda la Región de las Américas. Se requerirá un esfuerzo sustancial por parte de los profesionales de la salud, los ciudadanos, los gobiernos, las asociaciones y las agencias. Este documento explica las estrategias que deben emplearse a nivel nacional, subregional, regional y global.

Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018), en su artículo titulado “La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata”, este artículo revisa la evolución de las propuestas y acuerdos regionales desde la Declaración de Alma-Ata (1978) hasta la estrategia de Salud Universal, destacando cómo los principios centrales de la estrategia de atención primaria de salud han llegado a reflejarse en propuestas para fortalecer el nivel primario de atención, atención médica y establecer redes integradas de servicios de salud. También se señalan aspectos contextuales de la implementación de la estrategia en el marco de escenarios nacionales complejos, a través de los últimos 40 años, se describen los factores que dificultan la implementación de la atención primaria de salud, así como los avances y los desafíos emergentes que enfrentan los sistemas de salud en varios países. Este artículo reafirma la necesidad de contar con un nivel de atención primaria fuerte con capacidad de coordinación y respuesta, cercano e involucrado con la comunidad, y accesible para avanzar hacia la realización del derecho a la salud para todos. También aboga por propuestas prácticas para relanzar la estrategia de atención primaria de salud 40 años después de la Declaración de Alma-Ata.

Silva, AMD, Fausto, M.C.R.,Gonçalves, MJF (2019), en el artículo denominado “Accesibilidad y disponibilidad de atención para pacientes hipertensos en atención primaria de salud en un municipio rural remoto del estado de Amazonas, Brasil, 2019”, Este es un estudio de caso único con el objetivo de comprender el acceso a la atención primaria de salud (APS) en cuanto a la accesibilidad geográfica y la disponibilidad de asistencia en salud dirigida al control de la hipertensión arterial sistémica en un municipio rural lejano de Amazonas, Brasil. Se realizó un análisis temático para interpretar el contenido de 11 entrevistas semiestructuradas, realizadas con gestores municipales, profesionales de la APS y usuarios hipertensos. La accesibilidad geográfica estuvo condicionada por la movilidad fluvial, la disponibilidad de transporte, la condición económica de los usuarios para el desplazamiento y la presencia de servicios en las comunidades ribereñas. En términos de disponibilidad, la existencia de profesionales de salud, medicamentos, equipos y la integración de la APS con la Red de Atención de Salud reflejan la oportunidad para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes hipertensos. A pesar de ser complejo el acceso a la salud, las dimensiones evaluadas muestran graves debilidades en un contexto marcado por disparidades socioespaciales y la ausencia de políticas públicas, lo que compromete la garantía del derecho a la salud.

También López, LC,Sito, LRS,Borrero Ramírez, YE (2021), en su artículo denominado “La dimensión global de las políticas públicas de género y salud en América Latina: un análisis des colonial”. El propósito de este artículo es presentar un análisis de las políticas que conjugan género y salud en América Latina, a partir de una dimensión global de la agenda y la institucionalización de estos temas en la región. Se centra en cómo los estudios y evaluaciones globales de estas políticas ”hacen que el género. esté precisamente conectado con el colonialidad que teje las sociedades en el Sur Global. La metodología incluyó un análisis del discurso de publicaciones recientes proporcionadas por dos actores globales destacados en la revisión: Cepal y OPS. Entre los resultados, se encuentran diferencias en el ”hacer género”de estos órganos, con la operación discursiva de supresión de la heterogeneidad en la idea de autonomía del primero y con construcciones relacionales de género del segundo vinculadas a la equidad. Es de destacar que el alineamiento a las políticas neoliberales no permite visualizar instrumentos más robustos de justicia social propuestos en estas evaluaciones.

Basile, Gonzalo (2020), en su artículo denominado, “Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en América Latina”, menciona que la probabilidad que las personas y poblaciones sean sanas y saludables están condicionadas por las estructuras y sistemas sociales vigentes. La teoría de los factores de riesgo y la biomedicina tuvieron cierto impacto en el proceso de salud enfermedad a nivel clínico-individual, pero siguen siendo insuficientes para la transformación de la salud de las poblaciones y grupos sociales, así como para abordar integralmente las desigualdades y la determinación socioambiental de la salud y la vida en la región de América Latina y Caribe (Breilh, 2010). Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano, 73, pp. 1-6.

### **Inclusión Social**

Según Aramburú, C. E. (2012). Inclusión social y gestión pública. Define a la inclusión social como el acceso a bienes y servicios que protegen y promueven capacidades. Tales bienes y/o servicios son cambiantes en el tiempo. Hace unos años, una computadora con Internet era considerada irrelevante dentro de la formación educativa de un niño; por el contrario, hoy en día es fundamental para su desarrollo cognitivo. Por otro lado, se define a la inclusión social como un enfoque de derechos, si bien todos son conscientes de que tenemos derechos, nadie se considera con responsabilidades. La ciudadanía supone el ejercicio de ambos. En este contexto el Ministerio de salud y los gobiernos regionales suman esfuerzos fijándose objetivos mediante diferentes programas que se denominan Cartera de servicios, que son programas presupuestales, con los que se aspira mejorar las condiciones de atención en los diferentes centros de salud entre ellos los de atención primaria comprendidos en los siguientes programas mencionados con detalle en el anexo adjunto.

0001 Programa articulado nutricional.

0002 Salud mater no neonatal.

0016 TBC/VIH/SIDA

0017 Enfermedades metaxenicas y zoonosis

0018 Enfermedades no transmisibles.

0024 Prevención y control del cáncer.

0068 Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres.

0104 Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias medica.

0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad.

0131 Control y prevención en salud mental.

1001 Productos específicos para desarrollo infantil temprano+a341:a361.

1002 Productos específicos para reducción de la violencia contra la mujer.

### Población referente (Servicios de atención)

La población referente es aquella población asignada a los diferentes establecimientos de salud, cuya estimación no sólo es referencial, sino que implica la posibilidad de atención a la población vulnerable que en forma mayoritaria cuenta con el seguro de atención social SIS; sin embargo, lo que se puede apreciar es que la población atendida en las diferentes categorías es menor que los afiliados registrados en el SIS, esta desatención no es necesariamente la responsabilidad de los operadores de salud, ni responsabilidad de los usuarios, también se debe a la carencia de recursos en los centros de salud.

En la tabla 1 se aprecia el Número de establecimientos de salud de categoría de primer nivel de atención vs. población atendida – Gobierno Regional Junín.

**Tabla 1:** Número de establecimientos de salud de categoría de primer nivel de atención vs. población atendida – Gobierno Regional Junín.

| AÑO 2022           |              |                    |                  |                    |
|--------------------|--------------|--------------------|------------------|--------------------|
| CATEGORÍA          | TOTAL EE. SS | POBLACION ASIGNADA | AFILIADOS AL SIS | POBLACION ATENDIDA |
| I-1                | 279          | 245,945            | 177,493          | 145,829            |
| I-2                | 138          | 299,589            | 224,639          | 183,238            |
| I-3                | 69           | 362,245            | 279,107          | 227,503            |
| I-4                | 10           | 320,246            | 339,496          | 292,372            |
| <b>TOTAL</b>       | <b>496</b>   | <b>1,228,025</b>   | <b>1,020,735</b> | <b>848,942</b>     |
| AÑO 2023           |              |                    |                  |                    |
| CATEGORÍA DE EE.SS | TOTAL EE. SS | POBLACION ASIGNADA | AFILIADOS AL SIS | POBLACION ATENDIDA |
| I-1                | 279          | 368,917            | 268,143          | 124,658            |
| I-2                | 138          | 449,383            | 339,417          | 143,475            |
| I-3                | 69           | 543,367            | 421,465          | 160,193            |
| I-4                | 10           | 480,369            | 511,515          | 138,039            |
| <b>TOTAL</b>       | <b>496</b>   | <b>1,842,036</b>   | <b>1,540,540</b> | <b>566,365</b>     |

### Normatividad y reglamentación de la atención primaria de salud

Para que un gobierno pueda cumplir con la atención en los hospitales de diferentes categorías, cuenta con normatividad y reglamentación que sustenta la responsabilidad funcional, las atribuciones y responsabilidades de los gobiernos regionales y de sus funcionarios, que es necesario transcribirlas para conocer tales responsabilidades.

#### Ley N° 27867, Ley orgánica de gobiernos regionales

Artículo 9.- Competencias constitucionales Los gobiernos regionales son competentes para: g) Promover y regular actividades y/o servicios en materia de agricultura, pesquería, industria, agroindustria, comercio, turismo, energía, minería, vialidad, comunicaciones, educación, salud y medio ambiente, conforme a Ley. Artículo 10.- Competencias exclusivas y compartidas establecidas en la Constitución y la Ley de Bases de la Descentralización. Los gobiernos regionales ejercen las competencias exclusivas y compartidas que les asigna la Constitución, la Ley de Bases de la Descentralización y la presente Ley, así como las competencias delegadas que acuerden entre ambos niveles de gobierno.

#### Competencias Compartidas

Son Competencias Compartidas, de acuerdo al artículo 36 de la Ley Orgánica de Bases de la Descentralización N° 27783, las siguientes: b) Salud pública. Artículo 29.- Gerencias Regionales. Artículo 29-A.- Funciones específicas sectoriales de las gerencias regionales Gerencia de Desarrollo Social. - Le corresponde ejercer las funciones específicas regionales de educación, cultura, ciencia y tecnología, recreación, deportes, salud, vivienda, trabajo, promoción del empleo, pequeña y microempresa, población, saneamiento, desarrollo social e igualdad de oportunidades. Sus funciones están establecidas en la ley y contenidas en los siguientes artículos.

**Artículo 49.- Funciones en materia de salud** a) Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales. b) Formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud. c) Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional. d) Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente. e) Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud. f) Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación con los Gobiernos Locales. g) Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales. h) Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados. i) Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres. j) Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines. k) Promover y preservar la salud ambiental de la región. l) Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional. p) Ejecutar, en coordinación con los Gobiernos Locales de la región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la región.

**LEY N° 26842, Ley General de Salud**

Es la ley que establece la forma como se autorizan, funcionan y cumplen con la ley los establecimientos de salud cualquiera sea su categoría y que alcanza a los gobiernos regionales y gobiernos municipales.

Art. 37. “Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y norma técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional (...).” DS N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

**Art. 100.- Proceso de categorización y re categorización. (Versión 01).**

Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben someterse a procesos de categorización y re categorización de acuerdo a normas técnico sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud (...)

**Art. 101.- Proceso de acreditación. (Versión 02)**

Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, a solicitud de parte, podrán someterse al proceso de acreditación para obtener del Ministerio de Salud el reconocimiento de que cumplen los estándares de calidad contenidos en los instrumentos de acreditación.

Norma técnica N° 021-MINSA/DGSP-V.01 “Categorías de establecimientos del sector salud” (26 julio 2004).

Norma técnica N° 021-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud “Categorías de establecimientos del sector salud” (17 nov 2010).

Norma técnica N° 021-MINSA/DGSP-V.03. Norma Técnica de Salud “Categorías de establecimientos del sector salud” R.M. N° 546-2011/MINSA.

“Guía Técnica para la categorización de establecimientos del sector salud”

R.M. N° 076-2014/MINSA.

En la tabla 2 se aprecian las Resoluciones Directorales de Categorización según Norma técnica N° 021-MINSA/DGSP-V.03.

**Tabla 2:** Resoluciones Directorales de Categorización según Norma técnica N° 021-MINSA/DGSP-V.03.

| RESOLUCION DIRECTORAL - AUTOEVALUACION                          |
|---|
| RD 071 Comité de acreditación - CHUPACA                         |
| RD 138 Equipo de evaluadores interno - CHUPACA                  |
| RD 149 Aprobación de Planes - CHUPACA                           |
| RD 175-2023 PLAN AUTOEVALUACION ACREDITACION HOSPITAL SM PANGOA |
| RD 175-2023 PLAN AUTOEVALUACION ACREDITACION RED PANGOA         |
| RD 361-2023 PLAN AUTOEVALUACION ACREDITACION MR CARHUAMAYO      |
| RD 362-2023 PLAN AUTOEVALUACION ACREDITACION MR ULCUMAYO        |
| RD 0126-2023-GRJ-DRSJ-UESCH_DE. autoevaluación                  |
| RD. 113 plan de Acreditación y Autoevaluación de EE.SS. Pangoa  |
| RD. 61 autoevaluación miembros Comité Hospital SM Pangoa        |
| RD. miembros de los comités micro redes - PANGOA                |

**Acciones de Política Pública**

Comprende la evaluación de los programas presupuestales que realiza el Ministerio de salud, conjuntamente con los gobiernos regionales y menciona aquellos que por su naturaleza en la situación país de la realidad del sector salud comprenden aquellas enfermedades que afectan a la población peruana, generalmente de bajos recursos. Identificación de problemas.

- Escaso presupuesto para la operatividad y el desarrollo de las actividades del programa presupuestal, así como para la compra de equipos médicos, contratación de recursos humanos entre otros.
- Proceso lento para la contratación de recursos humanos mediante la modalidad de terceros, lo que limita el desarrollo de las actividades programadas de manera oportuna.

**Propuestas de medidas correctivas**

Para el año 2023 se consideraron las siguientes propuestas:

- Fortalecer el personal encargado de agilizar la gestión en los sistemas para la generación del orden es de servicios de los profesionales contratados por locación de servicios.

- Fortalecimiento de la gestión del desarrollo del personal nuevo – SERUMS a nivel nacional, en temas de salud sexual y reproductiva.
- Prioridad presupuestal a las acciones preventivas para mejorar la salud materna y neonatal.
- Mejorar y potenciar la infraestructura a nivel de las UPSS que brindan servicios para la salud sexual, salud reproductiva y salud neonatal.
- Fortalecer el trabajo articulado a nivel regional entre el equipo de gestión de las Direcciones generales de salud y Gerencia regional de salud DIRESAS/GERESA y las Oficinas descentralizadas del Ministerio de economía en las regiones siendo sus siglas CONECTA MEF para brindar asistencia técnica conjunta en la gestión del programa presupuestal.
- Uso del sistema informático de las DIRESAS denominado WAWARED en los registros de producción de los servicios de salud sexual y reproductiva con los siguientes códigos de prestación: C0011 (Visita familiar integral), 99402.03 (Consejería/orientación en salud sexual reproductiva), 99499.08 (Tele orientación Sincrónica).

Referente a casos de Tuberculosis: - Optimizar la búsqueda activa de casos a través de intervenciones en comunidad. - Implementación de laboratorios con la metodología de pruebas moleculares (Plataforma Multifuncional Molecular Automatizada - PMMA). - Mejorar el transporte de muestras desde el punto de atención hasta el laboratorio de referencia y al Instituto nacional de salud. - Implementar Terapia Preventiva para Tuberculosis a población vulnerables con Rifapentina. - Implementar Esquemas Orales y acortados de tratamiento para TB MDR y monitoreo de tratamiento para TB MDR/RR, TB pre XDR y TB XDR. - Monitoreo del uso de los medicamentos antituberculosis para TB sensible en dosis fijas combinadas. - Incorporar mayores recursos presupuestales en los productos que migraron su presupuesto al APNOP por la pandemia. Referente a casos de VIH/SIDA. - Asignación adecuada y coherente de los recursos financieros para realizar las actividades programadas en el Plan Operativo Institucional, así como para la adquisición completa de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.

Abogacía con las autoridades regionales para poner en agenda la problemática del VIH, Hepatitis virales y las ITS y que se considere como problema de salud pública en las regiones del país. - Realizar monitoreo, y evaluación regional de manera semestral a través de la vía virtual, para el seguimiento del cumplimiento de las actividades programadas e indicadores sanitarios. - Continuar con el fortalecimiento de capacidades del personal de salud operativo de la Estrategias Sanitarias Regionales de ITS, VIH y Hepatitis bajo la modalidad virtual y en coordinación con la Escuela Nacional de Salud Pública. Referente a Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis. El programa presupuestal 0017, enfermedades 0Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis está orientado a prevenir, controlar y disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades transmitidas por vectores (Metaxénicas) y por reservorios animales (Zoonosis); a través del fortalecimiento e implementación de modelos eficientes de intervención sanitaria principalmente en poblaciones vulnerables”.

### **Programas de salud**

Un programa presupuestal de salud es aquellos que aspira a cubrir el déficit de atención en relación a los programas anteriores, va dirigido a atender necesidades de salud de la población mediante presupuestos por resultados que se aprueban anualmente en un gobierno regional. Comprende infraestructura, equipamiento, recursos humanos, presupuesto para atención médica y medicinas. Tal como se presenta el siguiente programa para el I trimestre del 2023. Según el Ministerio de Economía y finanzas, es una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos (bienes y servicios), para lograr un Resultado Específico a favor de la población. Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal.

El Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal se diseña por la necesidad de reorientar los recursos presupuestales para mejorar la salud materna y neonatal. La mortalidad materna es uno de los indicadores que pone en evidencia la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales; determinantes que influyen en la salud de las gestantes y las mujeres en edad fértil, por lo que es necesario implementar de la mejor manera el programa presupuestal.

**Tabla 3:** PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS POR PRODUCTOS Y ACTIVIDADES, 2023-I 0002. SALUD MATERNO NEONATAL.

| PRODUCTO  | ACTIVIDAD   | UNIDAD DE MEDIDA                   | META ANUAL | META SEMESTRAL |
|---|---|------------------------------------|------------|----------------|
| 3000001. ACCIONES COMUNES   | 5004389. DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL  | 080. NORMA                         | 222        | 87             |
|   | 5004430. MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL  | 060. INFORME                       | 16,467     | 7,725          |
| 3000002. POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR             | 5000059. BRINDAR INFORMACION SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR                   | 259. PERSONA INFORMADA             | 4,147,392  | 1,830,157      |
| 3000005. ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO                                     | 5000058. BRINDAR SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO A ADOLESCENTES   | 150. ADOLESCENTE                   | 710,910    | 316,127        |
| 3000879. ADOLESCENTES CON ATENCION PREVENTIVA DE ANEMIA Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES                          | 5006271. ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO A ADOLESCENTES   | 086. PERSONA                       | 458,402    | 221,804        |
| 3033172. ATENCION PRENATAL REENFOCADA   | 5000037. BRINDAR ATENCION PRENATAL REENFOCADA   | 058. GESTANTE CONTROLADA           | 1,610,741  | 784,517        |
| 3033291. POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR   | 5000042. MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR                                      | 206. PAREJA PROTEGIDA              | 5,624,682  | 2,710,373      |
| 3033292. POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA                                  | 5000043. MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA                 | 087. PERSONA ATENDIDA              | 5,213,724  | 2,522,982      |
| 3033294. ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES   | 5000044. BRINDAR ATENCION A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES  | 016. CASO TRATADO                  | 805,698    | 366,054        |
| 3033295. ATENCION DEL PARTO NORMAL  | 5000045. BRINDAR ATENCION DE PARTO NORMAL   | 208. PARTO NORMAL                  | 550,689    | 244,321        |
| 3033296. ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO  | 5000046. BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO  | 209. PARTO COMPLICADO              | 95,093     | 43,879         |
| 3033297. ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO   | 5000047. BRINDAR ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO   | 210. CESAREA                       | 203,678    | 98,440         |
| 3033298. ATENCION DEL PUERPERIO   | 5000048. ATENDER EL PUERPERIO   | 628. PUERPERA ATENDIDA             | 654,130    | 299,684        |
| 3033299. ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES  | 5000049. ATENDER EL PUERPERIO CON COMPLICACIONES  | 016. CASO TRATADO                  | 16,445     | 7,172          |
| 3033300. ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS   | 5000050. ATENDER COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  | 016. CASO TRATADO                  | 38,592     | 18,621         |
| 3033304. ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL  | 5000052. MEJORAMIENTO DEL ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL   | 214. GESTANTE Y/O NEONATO REFERIDO | 117,571    | 51,542         |
| 3033305. ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL  | 5000053. ATENDER AL RECIEN NACIDO NORMAL  | 239. RECIEN NACIDO ATENDIDO        | 1,414,099  | 666,463        |
| 3033306. ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES  | 5000054. ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES  | 016. CASO TRATADO                  | 189,177    | 95,269         |
| 3033307. ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN | 5000055. ATENDER AL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN         | 016. CASO TRATADO                  | 35,964     | 15,597         |
| 3033412. FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA                                  | 5005984. PROMOCION DE PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FAMILIAS                  | 056. FAMILIA                       | 334,814    | 149,896        |
|   | 5005985. CAPACITACION A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFASIS EN MATERNIDAD SALUDABLE | 088. PERSONA CAPACITADA            | 30,539     | 13,491         |

Fuente: Base de datos SIAF al 03/07/2023

### Bases conceptuales

Para analizar la atención primaria de salud de otros niveles de atención es necesario definir los diferentes tipos de atención que están considerados en el sistema de salud en el Perú, sustentando en la legislación peruana.

### Inclusión Social

Acceso a bienes y servicios que protegen y promueven capacidades. Tales bienes y/o servicios son cambiantes en el tiempo, se define a la inclusión social como un enfoque de derechos, si bien todos son conscientes de que tenemos derechos, nadie se considera con responsabilidades. La ciudadanía supone el ejercicio de ambos. Cartera de servicios, que son programas presupuestales, con los que se aspira mejorar las condiciones de atención en los diferentes centros de salud.

Normatividad y reglamentación de la atención primaria de salud Lo conforman las leyes de Salud y de los gobiernos regionales y municipales que sustenta la responsabilidad funcional, las atribuciones y responsabilidades de la atención de la salud primaria en los gobiernos regionales.

### Programa presupuestal

Es una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos (bienes y servicios), para lograr un Resultado Específico a favor de la población y así contribuir al logro de un Resultado Final asociado a un objetivo de la política pública. Además, es una categoría presupuestaria que constituye un instrumento de presupuesto por resultados.

### **Atención Primaria de la Salud (APS)**

Para Sánchez (2019), Es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. La Atención primaria de salud (APS), fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos 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 APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción.

### **Niveles de Atención**

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

#### **Primer Nivel de Atención**

Comprende como la organización de los recursos permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85 % de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

Segundo Nivel de Atención, corresponde a los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95 % de problemas de salud de la población.

#### **Tercer Nivel de Atención**

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5 % de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros.

### **Niveles de Complejidad**

Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.

Primer Nivel de Complejidad, se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales.

Segundo Nivel de Complejidad, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc. Tercer Nivel de Complejidad, se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

## **3. Metodología**

El presente artículo científico es de diseño de teoría fundamentada, considerando que se enfoca en describir, procesar e interpretar aspectos sobre el estado actual de la aplicación de las políticas públicas en salud en establecimientos de primer nivel de atención de la región Junín, es una investigación con enfoque fenomenológico-interpretativo porque se parte con la identificación del fenómeno para realizar la recopilación de datos para luego desarrollar una descripción comparativa de la experiencia de la vivencia concreta y como se están afrontando. Se aplicó la técnica del cuestionario para la recolección de la información desde la observación y entrevistas a 5 profesionales especializados en el primer nivel de atención en la región Junín, con preguntas abiertas, semiestructuradas.

Hernandez, Sampiere (2018) considera que la teoría fundamentada; “utiliza procedimientos que a través de la inducción, genera una teoría explicativa de un determinado fenómeno estudiado, en este sentido, los conceptos y las relaciones entre los datos son producidos y examinados continuamente hasta la finalización del estudio”, se tomaron entrevistas como información de primera mano, seleccionándose artículos científicos de revistas indexadas en las principales bases de datos como SCOPUS, MyLOFT, SCIELO, DIALNET, EBSCO y REDALYC, dicha selección fue realizada durante el año 2023.

Para la búsqueda de la literatura de revisión se consideró como categoría de análisis el “Análisis de las políticas públicas de salud caso gobiernos regionales”, como resultado de dicha búsqueda, también se obtuvo información de los diferentes gobiernos regionales del Perú. La estrategia de búsqueda fue ingresar a las páginas web de las principales bases de datos, colocando el nombre de la categoría de análisis, estableciendo un periodo de tiempo de 7 años, seleccionándose diferentes fuentes de información científicos relacionados al tema de estudio.

#### 4. Resultados y discusión

La política pública para fines de nuestro trabajo de investigación está definida por Stiglitz, J. (1980), quien sostiene que las políticas públicas deben ser inclusivas, deben ser normativas, deben contener las acciones de los operadores de salud, y; deben considerarse los recursos para alcanzar los objetivos propuestos. Primero reconocer que las políticas que se toman en los establecimientos de salud de primer nivel de atención en la región Junín son de carácter inclusivo y sin costo para los usuarios por el apoyo que significa el Sistema de inclusión social SIS para un gran número de peruanos mediante ley que aprueba el aseguramiento universal. Definimos como la población en inclusión social a toda la población en el radio de acción del sector salud, a las Direcciones regionales de salud, a los gobiernos locales que correspondan y a la de los propios centros de salud de atención primaria, la política pública comprende también la normatividad que sustenta las funciones, atribuciones y responsabilidades del sector salud, de las acciones o decisiones de política sectorial y de los presupuestos asignados y de su correspondiente ejecución presupuestal. Las políticas públicas nacen a partir de la “necesidad sentida” de la población, ubicado en un ámbito territorial y en un periodo de tiempo, la actual política pública dirigida al primer nivel de atención se orienta hacia las actividades preventivo promocionales, existen brechas de recursos humanos, brechas de equipamiento y mantenimiento, las políticas públicas se manejan políticamente, pero sin enfoque técnico. Deben tomarse en cuenta tres componentes importantes para una atención de calidad: infraestructura, equipamiento y personal de salud fortalecido. Actualmente existe una brecha de personal, muy poco trabajo promocional, y el trabajo preventivo, solo se hace por cumplir indicadores sin considerar la continuidad de la intervención. Las políticas públicas se entienden como inclusiva, normativa, comprende acciones y decisiones de ejecución presupuestal. Es inclusiva por cuanto se espera alcanzar cada año a una mayor parte de la población, es normativo porque se ejecuta y cumple de acuerdo a ley, corresponde a acciones porque se espera alcanzar los objetivos propuestos por las Direcciones regionales y corresponda a las decisiones de políticas públicas que alcancen cada año a la mayor parte de la población con una ejecución presupuestal eficiente que acompañe a las decisiones tomadas.

La población asignada, rebaza nuestra capacidad de atención, pero cuando nos evalúa el Instituto nacional de estadística mediante la encuesta demográfica y de salud familiar- ENDES; sobre anemia en menores de 2 años, evalúan con población total (Es salud, APS, seguros militares , etc.), los resultados de esa evaluación se ponen a disposición del MINSA pero no se discrimina la atención que efectivamente realiza ESSALUD, porque no se toma en cuenta la atención que realizan las clínicas privadas. Esto porque, el 30 % es de EsSalud y el 10 % está entre los particulares, fuerzas militares y fuerzas policiales. Ahí se ve claramente un incumplimiento de parte de EsSalud y los particulares de prestadores de salud no cumplen la rectoría establecida por el MINSA. Se menciona que los censos nacionales no han logrado reflejar con precisión esta población nominal, lo que sugiere una falta de sincronización entre los datos nacionales y la realidad local. Además, se resalta la importancia de los censos comunales realizados por algunas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) cada dos o tres años, que podrían proporcionar información más actualizada y precisa sobre la población a la que se atiende en esas áreas específicas.”

”Las Direcciones Regionales de Salud tienen asignada población que se considera alcanzable, e incluso se menciona que la atención primaria puede coberturar a una población mayor inclusive de quienes tienen seguro integral de salud, sin embargo, se atiende a una población menor a la estimada, dado que los recursos humanos, financieros y materiales son limitados y son un obstáculo para brindar una atención preventiva de calidad a toda la población. Se menciona que los gobiernos regionales no conocen adecuadamente la población. Si se tienen recursos se deberían atender a la población estimada; sin embargo, los entrevistados sostienen que debido a las limitaciones que tiene la atención primaria, la norma es insuficiente no porque no sea completa, sino porque depende de la capacidad de gestión, la capacidad de ejecutar el gasto y la certeza de la población que se debe atender por el Centro de salud.”

Para una correcta aplicación de la normatividad vigente, debe existir una previa adecuación de la misma a la realidad de cada región, siendo distinta para cada región. Las regulaciones que gobiernan los establecimientos de salud del primer nivel en Perú son esenciales para asegurar una atención médica de calidad y la protección de los pacientes. Es crucial revisar y actualizar constantemente estas normativas, asegurando su implementación justa y promoviendo la participación de todos los involucrados para mejorar su efectividad en la práctica médica. Estas regulaciones no se socializan adecuadamente, y no hay un programa obligatorio de fortalecimiento para el personal del primer nivel y sus supervisores en las Redes de Salud. Esta falta de conocimiento conduce a la fragmentación en lugar de un trabajo en equipo, lo que provoca sobrecarga laboral y duplicación de esfuerzos, ocasionando falta de la efectividad en su aplicación y en la coordinación del trabajo entre profesionales de la salud.

La normatividad de atención primaria de salud, define las atribuciones, funciones y responsabilidades del sector salud, los gobiernos regionales y los gobiernos municipales, sin embargo, el cumplimiento o no de la norma es un problema de gestión o consecuencia de la falta de recursos o de proyectos que resuelvan los problemas coyunturales en el radio de atención de cada uno de los centros de salud.

Peña, V. (2021), las Políticas Públicas, como campo del conocimiento, es un espacio vivo y, por lo mismo, cambiante: sus ideas se adaptan a las necesidades, evolucionan a partir de la experiencia acumulada y se enriquecen desde su interacción con otros campos del conocimiento humano. La persona interesada en esta materia debe estar al tanto de todo ello, sin duda; o, mejor aún, ser sujeto activo en la propuesta que lleve a un mejor entendimiento sobre cómo, en un ambiente democrático, se toman las decisiones y, desde una perspectiva público-organizativa, esas decisiones se llevan a la práctica.

Las acciones políticas destinadas a mejorar la cobertura en los servicios de salud del primer nivel se ven limitadas por las competencias de aquellos que las lideran. La importancia de que las políticas definidas en las normativas sanitarias deben ser ampliamente conocidas por los gestores de los servicios de salud para garantizar su participación en la mejora de la cobertura. Se sugiere que las acciones políticas relacionadas con la salud se vean condicionadas por la comprensión y la capacidad de los líderes para implementar las políticas establecidas. Es esencial que aquellos encargados de la gestión de los servicios de salud estén plenamente informados y capacitados sobre las normas sanitarias y políticas establecidas. Este conocimiento les permitirá participar de manera más efectiva en la implementación de estrategias que mejoren la cobertura en el primer nivel de atención.

Se necesita un compromiso activo de los gestores de salud, respaldado por una comprensión profunda de las políticas de salud, para lograr una mejora efectiva en la cobertura de los servicios de atención primaria, no existen cambios significativos para mejorar la atención desde hace 15 o 20 años, las coberturas al ser solo números fríos o porcentajes sesgados (no evalúa al total de la población), no reflejan la realidad y las necesidades específicas de la población, por eso se da la insatisfacción de la misma, siendo necesario, un reenfoque del trabajo que se viene realizando en el sector, no enfocándose al cumplimiento de coberturas (metas físicas) sino enfocarse al problema real de las necesidades de la población.

Algunas de las acciones y políticas implementadas incluyen: Programas de Vacunación, se han llevado a cabo campañas de vacunación a nivel nacional para prevenir enfermedades infecciosas y se ha logrado avances en la cobertura de vacunas para diferentes grupos de edad. En Promoción de la Salud: Se han realizado esfuerzos significativos para fomentar estilos de vida saludables y promover la prevención de enfermedades crónicas, como la promoción de una alimentación balanceada y la actividad física. Mejora en el acceso a la atención de Salud: Se han implementado políticas destinadas a mejorar el acceso a servicios de atención primaria, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso. Referente al enfoque en la Atención Integral: Existe un énfasis en la atención integral que va más allá de la curación de enfermedades y se centra en la prevención y promoción de la salud, considerando aspectos socioeconómicos y culturales.

## 5. Conclusiones

Se demostró que, las políticas públicas deben ser inclusivas, deben ser normativas, deben contener las acciones de los operadores de salud, y; deben considerarse los recursos para alcanzar los objetivos propuestos. Primero reconocer que las políticas que se toman en los establecimientos de salud de primer nivel de atención en la región Junín es de carácter inclusivo y sin costo para los usuarios por el apoyo que significa el Sistema de inclusión social SIS para un gran número de peruanos mediante ley que aprueba el aseguramiento universal. Definimos como la población en inclusión social a toda la población en el radio de acción del sector salud, las Direcciones regionales de salud, las responsabilidades que corresponden a los municipios y a la de los propios centros de salud de atención primaria, la política pública comprende también la normatividad que sustenta las funciones, atribuciones y responsabilidades del sector salud, de las acciones o decisiones de política sectorial y de los presupuestos asignados y de su correspondiente ejecución presupuestal. La región determina cual es la población de atención objetivo en lo que corresponde al radio de atención de cada uno de los centros de atención primaria, a cargo de las Direcciones regionales de salud DIREAS, las que tienen asignadas población que se considera alcanzable, e incluso se menciona que la atención primaria puede coberturar a una población mayor inclusive

de quienes tienen seguro integral de salud, sin embargo, se atiende a una población menor a la estimada, dado que los recursos humanos financieros y materiales son limitados y son un obstáculo para brindar una atención preventiva de calidad a toda la población. Se menciona que los gobiernos regionales no conocen adecuadamente la población. La normatividad y reglamentación que gobiernan los establecimientos de salud del primer nivel en Perú están establecidas en la ley de salud y en lo que corresponde a los gobiernos regionales, para asegurar una atención médica de calidad y la protección de los pacientes. Revisar y actualizar constantemente estas normativas, asegurando su implementación justa y promoviendo la participación de todos los involucrados mejora su efectividad en la práctica médica. Desconocer las regulaciones repercute en la efectividad de su aplicación y en la coordinación del trabajo entre profesionales de la salud. Las acciones y políticas implementadas incluyen: Programas de atención especializada que se comprenden anualmente en los presupuestos del gobierno regional, como la vacunación, la promoción de la salud, la mejora de acceso a la atención de salud y en la promoción y prevención de la salud. Se realizan campañas de vacunación a nivel nacional para prevenir enfermedades infecciosas, se ha logrado avances en la cobertura de vacunas para diferentes grupos de edad. En Promoción de la Salud: Se han realizado esfuerzos significativos para fomentar estilos de vida saludables y promover la prevención de enfermedades crónicas, como la promoción de una alimentación balanceada y la actividad física. En Mejora en el Acceso a la Atención de Salud: Se han implementado políticas destinadas a mejorar el acceso a servicios de atención primaria, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso. Referente al enfoque en la Atención Integral: Existe un énfasis en la atención integral que va más allá de la curación de enfermedades y se centra en la prevención y promoción de la salud, considerando aspectos socioeconómicos y culturales.

## 6. Referencias bibliográficas

Andrianzen, R., Carranza, B., Barrantes, J. y Bravo, K. (2022). La nueva gestión pública: la respuesta para un estado eficiente y eficaz.

Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., & Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1–6.

Silva, AMD, Fausto, M.C.R., Gonçalves, MJF (2019), Accesibilidad y disponibilidad de atención para pacientes hipertensos en atención primaria de salud en un municipio rural remoto del estado de Amazonas, Brasil, 2019.

Basile, Gonzalo (2020), Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en América Latina (2020).

López y Cadenas (2019) ¿Qué es una Política pública? Universidad latinoamericana

Aguilar, L. (1992)(2018) El estudio de las políticas públicas. Editorial Porrúa México.

Stiglitz, J. (2000) La economía del Sector público: Antoni Bosch, editor, S.A.

Gobierno del Perú (2021). Ley orgánica de los gobiernos regionales

Peña, V. (2021) Políticas públicas y el regreso a lo básico: Una valoración contemporánea de las primeras ideas. Sonora México

Secretaría de Gobierno Digital, Presidencia del Consejo de Ministro Plataforma (2024) Nacional de Datos abiertos.

Ley N° 27867 (2001). Ley orgánica de gobiernos regionales

Ley N° 26842 (1997). Ley General de Salud

Ley N° 27604 (2001). Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos.

Ley N° 29344 (2009). Ley Marco del Aseguramiento Universal.

Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP-V.01.(2005) Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.

Norma Técnica Sanitaria N° 021-MINSA/DGSP-V.03. (2011) Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del sector salud”

Resolución Directoral 071-2022-GRJ-DRSJ. Comité de acreditación.

Resolución Directoral 175-2023-RED-PANGO. Plan Autoevaluación Acreditación Hospital San Pango

Resolución Directoral 362-2023-UESJ/ORH Plan Autoevaluación Acreditación Microred Ulcumayo.

WAWARED MINSA (2023). Historias Clínicas para madres gestantes

DIRESA Junín (2022) (2023). Población Oficial.

MINSA (2023). Cartera de servicios de Programas Presupuestales.