



10° Congreso Internacional y 8° Jornada Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona

"Cuidado Mutuo e Integral de la Salud Total Centrada en las Personas"

Lima, viernes 16 y sábado 17 de diciembre del 2022

Evento híbrido – Presencial y Virtual

Auditorio de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM)
Jr. Trujillo 460, Magdalena del Mar, Lima - Perú.



CARPETA

PROGRAMA

GALERÍA

RESÚMENES

DOCUMENTOS





PROGRAMA

Viernes 16 de Diciembre de 2022

Primer Día del Congreso

Auditorio de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). Jirón Trujillo 460, Magdalena del Mar, Lima.

09:00 – 10:20 Simposio 1: Cuidados Clínicos Centrados en la Persona
Presidentes: Ihsan Salloum (USA, CIMCP), Álvaro Rodríguez (Colombia, RLMCP)
Relatores: Jasdaly Gonzales, Carlos Contreras

09:00 – 09:10 Ponencia 1: Cuidado Integral en Medicina Centrada en la Persona: José Luis Calderón (Perú)
09:10 – 09:20 Ponencia 2: Ética, derechos humanos y estigma a lo largo del curso vital: Oscar Cluzet (Uruguay)
09:20 – 09:30 Ponencia 3: Avances en Psiquiatría Centrada en la persona e implicaciones educacionales. Roger MK Ng (Hong Kong, China)
09:30 – 09:40 Ponencia 4: Atención primaria y salud en tiempos de pandemia: Christine Leyns (Bolivia/Bélgica)
09:40 – 09:55 Panel de Comentarios: Antonio De los Santos (Argentina), Elvia Velásquez (Colombia), Hellen Millar (UK)
09:55 – 10:10 Discusión General
10:10 – 10:20 Conclusiones

10:20 – 10:30 Pausa Activa Recital artístico “Decimas y Canciones”

10:30 – 11:50 Simposio 2: Educación en Salud Integral Centrada en la Persona
Presidentes: Horacio Toro (RLMCP), Manuel Izaguirre (Perú)
Relatores: Jasdaly Gonzales, Carlos Contreras

10:30 – 10:40 Ponencia 1: Perspectivas Peruanas y Latinoamericanas sobre Educación Médica Centrada en la Persona: Luis Podestá (Perú, UNMSM)
10:40 – 10:50 Ponencia 2: Educación y cuidado de la salud centrados en la persona: Desde el nacimiento hasta la adultez: Antonio de los Santos (Argentina)
10:50 – 11:00 Ponencia 3: Lenguaje y comunicación en el cuidado de la salud centrado en la persona: Álvaro Rodríguez (Colombia)
11:00 – 11:10 Ponencia 4: Educación y colaboración Inter-profesionales para el cuidado de la salud: Tesfa Ghebrehiwet (Alberta, Canadá)
11:10 – 11:25 Panel de Comentarios: Herman Vildózola (APMCP, Perú), Daniel Elio Calvo (Bolivia), Imelda Medina (USA)
11:25 – 11:40 Discusión General
11:40 – 11:50 Conclusiones

11:50 – 13:10 Pausa Larga (Tiempo libre para almorzar y Sesión Ejecutiva de Organizadores)

13:10 – 14:30 Simposio 3: Investigación Científica en Salud Centrada en la Persona
Presidentes: Antonio de los Santos (Argentina, RLMCP), Agustín Iza (ANM, Perú)
Relatores Rivaldo Chipana, Luisa Córdor

13:10 – 13:20 Ponencia 1: Avances en epidemiología centrada en las personas: Javier Saavedra (Perú)
13:20 – 13:30 Ponencia 2: La práctica de la investigación científica en medicina cendrada en la persona: César Cabezas (Perú)
13:30 – 13:40 Ponencia 3: Comorbilidad neuropsiquiátrica, complejidad clínica y diagnóstico centrado en la persona: Ihsan Salloum (USA)
13:40 – 13:50 Ponencia 4: Avances sobre desarrollo humano y comunicación para el cuidado de la salud total: Michel Botbol (Francia)
13:50 – 14:05 Panel de Comentarios: Werdie Van Staden (South África), Martha Marina (Perú), Juan Carlos Ocampo (Perú)
14:05 – 14:20 Discusión General
14:20 – 14:30 Conclusiones

14:30 – 14:40 Pausa Activa Liberándonos del estrés



14:40 – 16:00 Simposio 4: Salud Pública Centrada en las Personas
Presidentes: Carlos Arósquipa (OPS), Gustavo Franco (Perú)
Relatores: Rivaldo Chipana, Rubén Pérez

14:40 – 14:50 Ponencia 1: Desarrollo histórico de la atención primaria y el cuidado Integral de salud: Oscar Feo (Venezuela)
14:50 – 15:00 Ponencia 2: Estableciendo el cuidado mutuo como estrategia fundamental de la salud: Ricardo Fábrega (Chile)
15:00 – 15:10 Ponencia 3: Prevención del embarazo adolescente Silvina Pradier (Argentina)
15:10 – 15:20 Ponencia 4: Prevención centrada en las personas: Salman Rawaf (UK)
15:20 – 15:35 Panel de Comentarios: Giovanni Escalante (OPS, El Salvador), Fredy Canchihuaman (Perú), Dionne Cruz (Colombia)
15:35 – 15:50 Discusión General
15:50 – 16:00 Conclusiones
16:00 - 16:10 Pausa Activa Vivir sin tensión

16:10 – 17:10 Ponencias Internacionales Breves
Presidentes: José Brítez (Paraguay), José Pacheco (Perú)
Relatores: Rubén Pérez, Mirella Anduaga

16:10 – 16:20 Ponencia 1: Estado Situacional de la Depresión en el Perú: Sonia Zevallos (Perú)
16:20 – 16:30 Ponencia 2: Cultura de las realizaciones de las necesidades humanas y la medicina centrada en la persona: Elena Gayvoronskaya (Rusia)
16:30 – 16:40 Ponencia 3: Testimonios de escritores y pintores sobre salud y bienestar centrados en la persona: Inés Mónica Sarmiento-Archer (USA)
16:40 – 16:50 Ponencia 4: Avances en atención cardiológica centrada en la persona: Dante Manyari (Canada)
16:50 – 17:00 Ponencia 5: Explorando el desarrollo de un modelo de psicoterapia basado en la medicina centrada en la persona. Vlad Novakovic (USA)

17:15 – 18:45 Ceremonia de Apertura
Presidentes: Antonio de los Santos (Argentina), Oscar Cluzet (Uruguay)
Relatores: Rubén Pérez, Mirella Anduaga

17:15 – 17:45 Saludos de Autoridades: I. Salloum (CIMCP), A Rodríguez (RLMC, ALANAM), H Vildózola (APMCP), L Podestá (UNMSM, ASPEFAM), MC Calle (ORAS-CONHU) C Arósquipa (OPS/OMS), A Iza (ANMP), Ministra de Salud del Perú
17:45 – 18:15 Temática del Encuentro y Desarrollo de Innovativas Estrategias de Salud y Bienestar Centradas en las Personas: Juan Mezzich (USA/Perú)
18:15 – 18:45 Conferencia Inaugural: La Importancia de la Salud Mental en el Cuidado de los Seres Humanos. Álvaro Rodríguez (Colombia)
19:30 Cena de Trabajo



Sábado 17 de Diciembre de 2022

Segundo Día del Congreso

Auditorio de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). Jirón Trujillo 460, Magdalena del Mar, Lima.

- 9:00 – 11:00** **Foro 1: Foro Comunitario para la Salud Total Centrada en las Personas**
Bases conceptuales, experiencias promisoras y propuestas experimentales sobre empoderamiento comunitario hacia la salud total centrada en las personas
Presidentes: Oscar Cluzet (Uruguay), Martha Villar (Perú)
Relatores: Diana Neira, Kelly Broncano
- 09:00 – 09:15** **Ponencia 1:** Bases para la promoción comunitaria hacia la salud centrada en las personas Luis Torres-Hostos (Decano, Trabajo Social, U. Texas at Rio Grande Valley, USA)
- 09:15 – 09:30** **Ponencia 2:** Experiencias sobre empoderamiento de las comunidades rurales para el cuidado de la salud centrado en las personas: Eduardo Garrido (Apurímac, Perú)
- 09:30 – 09:45** **Ponencia 3:** Experiencias sobre cuidado integral de la salud en comunidades ancestrales multiculturales: Vivian Camacho (Ministerio de Salud, Bolivia)
- 09:45 – 10:00** **Ponencia 4:** Propuestas experimentales para el empoderamiento comunitario hacia la salud centrada en las personas: Fernando Carbone (Ex Ministro de Salud, Perú)
- 10:00 – 10:20** **Panel de Comentarios:** Gustavo Franco (Perú), Bertha Pineda (ORAS-CONHU, Colombia), Anita Lujan (Perú)
- 10:20 – 10:50** **Discusión General**
- 10:50 – 11:00** **Conclusiones**
- 11:00 - 11:10** **Pausa Activa Defensa del estrés con artes marciales**
- 11:10 – 13:10** **Foro 2: Foro Inter-Sectorial sobre Salud, Educación y Economía hacia el Bienestar de todas las personas**
Perspectivas desde la salud pública, la educación y la economía y propuestas experimentales para la articulación intersectorial hacia la salud y bienestar centradas en las personas.
Presidentes: Inés Bustamante (Decana, Salud Pública UPCH, Perú), Manuel Nunez (ASPEFAM, UNMSM)
Relatores: Gabriela Aspilcueta, Luisa Córdor
- 11:10 - 11:25** **Ponencia 1:** Perspectivas desde la Salud Pública: Lucy López (Perú)
- 11:25 - 11:40** **Ponencia 2:** Perspectivas desde la Educación: Juan Cadillo, Ex Ministro de Educación, Perú
- 11:40 - 11:55** **Ponencia 3:** Perspectivas desde la Economía: Julio Pedroza (OPS, Bolivia)
- 11:55 - 12:10** **Ponencia 4:** Propuestas experimentales sobre articulación de políticas intersectoriales hacia el bienestar de todas las personas: Oscar Ugarte (Ex Ministro de Salud, Perú)
- 12:10 – 12:30** **Panel de Comentarios:** 4 panelistas internacionales, Ricardo Yajamin (MSP Ecuador), Fernando Carbone (Perú), Leonardo José León (Colombia)
- 12:30 – 13:00** **Discusión General**
- 13:00 – 13:10** **Conclusiones**
- 13:10 – 14:30** **Pausa larga (Tiempo libre para almorzar y Sesión Ejecutiva de Organizadores sobre Declaración de Lima 2022)**
- 14:30 – 16:30** **Foro 3: Foro de Integración Latinoamericana y Cuidado de Salud Centrado en las Personas**
Celebrando 51 años del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
Bases históricas y antropológicas para la integración latinoamericana, experiencias positivas en integración latinoamericana y salud, y propuestas experimentales de integración latinoamericana para promover el cuidado de la salud y el bienestar de todas las personas.
Presidentes: María del Carmen Calle Dávila (ORAS-CONHU), Carlos Arósquipa (Programa Subregional para América del Sur, OPS/OMS)
Moderadora: Marisela Mallqui (ORAS-CONHU)
Relatores: Gabriela Aspilcueta, Arturo Ruiz



- 14:30 - 14:45 Ponencia 1:** Bases históricas y antropológicas para la integración latinoamericana en salud: Naomar Almeida Filho (Brasil)
- 14:45 - 15:00 Ponencia 2:** Logros en 51 años de integración regional andina en salud y actividades recientes sobre salud centrada en las personas: María del Carmen Calle (ORAS-CONHU)
- 15:00 - 15:15 Ponencia 3:** Experiencias regionales sobre promoción de la salud mental centrada en la persona y la comunidad: Gloria Lagos (ORAS-CONHU)
- 15:15 - 15:30 Ponencia 4:** Propuestas para proyectos de integración regional hacia la salud y bienestar de todas las personas: Bertha Luz Pineda (ORAS-CONHU Colombia)
- 15:30 - 15:50 Panel de Comentarios:** Javier Santacruz (México), Sebastián Tobar (OPS), Juan Carlos Ocampo Zegarra (Perú).
- 15:50 - 16:20 Discusión General**
- 16:20 - 16:30 Conclusiones**
- 16:30 - 16:40 Pausa Activa Lectura anti estrés**

16:40 - 17:40 Sesión de Clausura
Presidentes: Ihsan Salloum (USA), Jon Snaedal (Islandia)
Relatores: Daisy Paulino, Carlos Contreras

- 16:40 - 16:55 Conclusiones del evento:** Antonio de los Santos (Argentina) y Oscar Cluzet (Uruguay)
- 16:55 - 17:25 Declaración de Lima 2022:** Juan Mezzich (USA/Peru) y Álvaro Rodríguez (Colombia)
- 17:25 - 17:40 Próximos pasos de MCP a niveles nacional, latinoamericano y mundial:** H Vildózola (Peru), Álvaro Rodríguez, Juan Mezzich



PROGRAMA CULTURAL OPCIONAL

[Coordinada por Juan Calos Ocampo y ASPEFAM]

SÁBADO 17 DICIEMBRE

22:00 Cena y Actividad folclórica (Auto pagada por personas interesadas)

DOMINGO 18 DICIEMBRE

10:00 Visita a museos y a la ciudad



GALERÍA DE PARTICIPANTES PROGRAMÁTICOS



DR. ÁLVARO RODRÍGUEZ (COLOMBIA)

Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia
Secretario Ejecutivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM)

Presidente de la Red Latinoamericana de la Medicina Centrada en la Persona



DR. IHSAN M. SALLOUM (USA, CIMCP)

Board Director, International College of Person Centered Medicine
Chair, WPA Section on Classification and Diagnostic Assessment.

Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences,
University of Miami School of Medicine, Florida, USA



DR. JOSÉ LUIS CALDERÓN (PERÚ)

Especialista en Medicina Interna, Maestría y Doctorado en Medicina
Profesor Emérito de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia



DR. OSCAR CLUZET (URUGUAY)

Presidente, Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona
Magister en Bioética

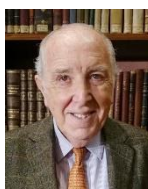
Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay



PROF. ROGER MK NG (HONG KONG, CHINA)

Secretario de Educación y Secretario General Interino de la Asociación Mundial de Psiquiatría.
Ex presidente del Colegio de Psiquiatras de Hong Kong.

Profesor Universidad China de Hong Kong, Universidad Médica Capital de Beijing y la Universidad Central del Sur en China.



DR. ANTONIO RAÚL DE LOS SANTOS (ARGENTINA)

Profesor Titular Consulto de Medicina Interna Universidad de Buenos Aires.

Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, 2020-2022.

Rector Emérito del Instituto Universitario del Centro de Educación Médica e Investigación Médica.



DRA. ELVIA VELÁSQUEZ (COLOMBIA)

Profesora Titular y Epidemióloga Universidad de Antioquia, Colombia.

Coordinadora Sección Diagnóstico y Clasificación APAL, Asociación Psiquiátrica de América Latina Ex-
Presidente, Asociación Latinoamericana de Adicciones ALAD



DR. ANTONIO HORACIO TORO OCAMPO (RLMCP)

Past Presidente Academia Boliviana de Medicina

Past Presidente de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, España y Portugal, ALANAM

Académico de Número de la Academia Nacional de Ciencias de Bolivia

Ex Representante de OMS/OPS de El Salvador y Brasil



DR. MANUEL HERNÁN IZAGUIRRE SOTOMAYOR (PERÚ)

Profesor Principal Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Académico Asociado de la Academia Nacional de Medicina

Miembro fundador de la Asociación Peruana de Medicina Centrada en la Persona, Miembro de la Sociedad Peruana de Pediatría.



DR. LUIS PODESTÁ GAVILANO (PERÚ)

Profesor Principal y Decano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM)
Presidente del Comité Nacional de Pregrado en Salud.



DR. TEFAMICAEL GHEBREHIWET (CANADÁ)

Director for Education (Alberta, Canada)
Former Officer, International Council of Nurses



DR. HERMAN VILDÓZOLA (PERÚ)

Presidente, Asociación Peruana de Medicina Centrada en la Persona
Ex Decano, Facultad de Medicina de San Fernando,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos



DR. DANIEL ELÍO-CALVO OROZCO (BOLIVIA)

Docente emérito y de postgrado de la Facultad de Medicina, UMSA
Miembro de número y ex-presidente de la Academia Boliviana de Medicina
Miembro de la Academia Boliviana de Historia de la Medicina



IMELDA MEDINA, MD MPH (USA)

Escuela de Medicina de Ponce, PR, USA - MD
University of Miami Miller School of Medicine - MPH
Presidente de Familias Unidas International



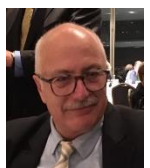
DR. AGUSTÍN IZA STOLL (PERÚ)

Presidente de la Academia Nacional de Medicina
Ex Decano, Facultad de Medicina San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Ex Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina



DR. JAVIER SAAVEDRA CASTILLO (PERÚ)

Director de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi"
Profesor Principal y coordinador de investigación de la Sección de Psiquiatría y Salud Mental de Universidad Peruana Cayetano Heredia



DR. BOTBOL MICHEL (FRANCIA)

Profesor Emérito de Psiquiatría Infantil y Adolescente en la Universidad de Bretaña Occidental
Secretario de Publicaciones Científicas de la WPA.
Miembro de la junta directiva del Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona.



DRA. MARTHA MARTINA CHÁVEZ (PERÚ)

Ex Directora del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Miembro del equipo del Programa de Mentoría centrada en la Persona y el Desarrollo Humano de la Facultad de Medicina UNMSM



DR. JUAN CARLOS OCAMPO (PERÚ)

Investigador colaborador del Instituto de Ética en Salud de la UNMSM. Miembro del Comité de Ética en Investigación.
Coordinador del Departamento de Psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
Jefe del curso de Ética Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.



DR. CARLOS ARÓSQUIPA (OPS)
Médico Salubrista, Universidad Nacional Mayor de San Marcos UNMSM
Maestría en Salud Pública (Universidad Peruana Cayetano Heredia) y Salud Internacional (OPS)
Organización Panamericana de la Salud en el Perú



DR. GUSTAVO FRANCO (PERÚ)
Profesor, Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública,
Facultad de Medicina de San Fernando,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú
Directivo, Asociación Peruana de Medicina Centrada en la Persona



DR. RICARDO FÁBREGA (CHILE)
Ex – Viceministro de Salud de Chile Asesor en
Sistemas y Servicios de Salud,
Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el
Perú



DRA. SILVINA PRADIER (ARGENTINA)
Docente Universidad de Buenos Aires, Docente Universidad Católica Argentina, Docente de postgrado de
Universidad Favaloro
Ex Presidenta de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción
Asesora externa y speaker de los Laboratorios Organon y Casasco



DR. GIOVANNI ESCALANTE (OPS, EL SALVADOR)
Médico y Magíster en Administración Social.
Ex-Asesor en Sistemas y Servicios de Salud en la Representación OPS en Bolivia Representante de la
Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS en el Uruguay



DR. FREDY CANCHIHUAMÁN (PERÚ)
Médico, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Magíster en Salud Pública y Doctor en Epidemiología, Universidad de Washington.
Consultor Internacional en Salud Pública. Profesor de pre y post grado, Universidad Peruana Cayetano Heredia.



DRA. DIONNE ALEXANDRA CRUZ ARENAS (COLOMBIA)
Politóloga con énfasis en Gestión Pública, Pontificia Universidad Javeriana Magíster en Administración de
Empresas – MBA
Especialista en Pensamiento Estratégico y Prospectiva de la Universidad Externado de Colombia.
Ex Presidenta e integrante de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Salud Pública.



DR. JOSE BRITTEZ CANTERO (PARAGUAY)
Profesor Titular Cátedra y Servicio de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional De
Asunción, Coordinador del Postgrado de Psiquiatría Clínica de La Facultad De Ciencias Médicas - Universidad
Nacional De Asunción, Coordinador del Programa de Especialización En Psicoterapia Cognitiva Conductual de
la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Villa Rica del Espíritu Santo (Unves)



DR. JOSÉ PACHECO (PERÚ)
Profesor Extraordinario Experto, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Miembro Honorario Academia Peruana de Cirugía, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.
Fellow, American College of Obstetrics and Gynecology
Directivo de la Asociación Peruana de Medicina Centrada en la Persona



ELENA GAYVORONSKAYA, MD, PHD (RUSSIA)
Associate Professor, Osh State University, International Medical Faculty. Osh (Kyrgyzstan),
Voronezh (Russia). Professional specialties: psychiatrist and psychotherapist.
Sphere of scientific interests: psychosomatic medicine, person-centered medicine, psychiatry,
psychotherapy.



INÉS MÓNICA SARMIENTO-ARCHER, MFA. MA. PHD (USA)

Profesora de Español, Departamento de Lenguas, Literaturas y Culturas de la Universidad de Hofstra, Nueva York. Su principal investigación se centra en la salud de la persona en relación con la literatura, el arte y la ciencia. Directora del proyecto bi/Boa: Bicultural / Comunidad de las Américas, organización que promueve el intercambio de culturas a través de actividades académicas y culturales.



VLADAN NOVAKOVIC MD ABPN (USA)

William Alanson White Institute of Psychiatry Psychoanalysis and Psychotherapy NYC faculty
World Trade Center Mt Sinai Program NYC
AHCNYC Family and Clinical Services Psychiatrist



DR. JUAN ENRIQUE MEZZICH (USA/PERÚ)

Profesor Principal de Psiquiatría, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York
Profesor Hipólito Unanue de Medicina Centrada en la Persona, UNMSM, Lima
Profesor de Epidemiología 1986-1995, Grad Sch of Public Health, University of Pittsburgh
Presidente 2005-2008, World Psychiatric Association, Geneva
Presidente Fundador y Sec Gral, International College of Person Centered Medicine



DR. EDUARDO GARRIDO DIOSES (PERÚ)

Director Ejecutivo 1990- 1996 del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), Ministerio de Salud del Perú. Profesor 2003 – 2012, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Los Andes (UTEA), Director, Centro de Medicina Básica de la UTEA, Abancay, Apurímac, Peru.



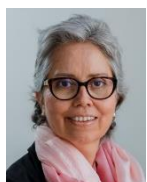
DR. FERNANDO CARBONE (PERÚ)

Ex Ministro de Salud del Perú
Magister en Gestión de Redes y Centros de Salud. Universidad de Barcelona, España. Diplomado en Salud Internacional, Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, España. Delegado del Perú, Medicus Mundi Navarra Aragón Madrid



LIC. ANITA LUJÁN GONZALES (PERÚ)

Enfermera. Ex Directora de Responsabilidad Social de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Miembro del equipo coordinador del Programa de Mentoría Centrada en la Persona y el Desarrollo Humano de la Facultad de Medicina UNMSM



DRA. INÉS BUSTAMANTE CHÁVEZ (PERÚ)

Vice decana y docente principal de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Magister en salud pública (Universidad Peruana Cayetano Heredia), Psicóloga (Pontificia Universidad Católica del Perú).



DR. MANUEL NÚÑEZ VERGARA (PERÚ)

Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Director Ejecutivo de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina – FEPAFEM. Secretario Ejecutivo de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) y Miembro del Consejo Ejecutivo de la Red Andina de Asociaciones de Facultades de Medicina.



DRA. LUCY LÓPEZ REYES (PERÚ)

Directora del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina UNMSM. Académica de Número de la Academia Nacional de Medicina.
Doctor en Administración Estratégica de Empresas por CENTRUM, Pontificia Universidad Católica del Perú.
Entrenamiento de Posgrado en Ginecología y Obstetricia y Oncología Ginecológica en Gran Bretaña.



DR. JUAN RAÚL CADILLO LEÓN (PERÚ)

Ex Ministro de Educación
Ex - Presidente del Consejo de Administración del FONDEP (Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación Peruana). Miembro de Consejo Nacional de Educación del Perú.



ERNESTO BÁSCOLO, PHD (OPS, USA)

Jefe Interino de la Unidad de Servicios y Acceso a la Salud del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Como Asesor Regional de Política y Gobernanza en Salud, Liderazgo y Planificación en la Oficina Panamericana de Salud



DR. OSCAR UGARTE UBILLUZ (PERÚ)

Ex Ministro de Salud del Perú

Médico-Cirujano: Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Docente, Maestría de Gobierno y Gestión Pública de la Universidad San Martín de Porres, Lima – Perú Magister en Gestión de Políticas Públicas: Universidad de Barcelona, España



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA (MÉXICO)

Especialista en Medicina Familiar (IMSS-UNAM), maestro en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública. Jefe del Departamento de Estudios de Pregrado y jefe de la Residencia de Medicina Familiar en el IMSS. Secretario general de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM).



MGS. RICARDO YAJAMÍN VILLAMARÍN (ECUADOR)

Economista por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Magister en economía de la salud por la Universidad de Sheffield en Reino Unido. Director nacional de evaluación de tecnologías sanitarias en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.



DRA. MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA (ORAS-CONHU)

Médica pediatra y salubrista, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Magíster en Gobierno y Gerencia en Salud, con doctorado en Salud Pública, tiene experiencia en cargos operativos, tácticos y directivos a nivel nacional e internacional, con estudios de post grado en la UPCH, en el Centro de Altos Estudios Nacionales de Perú, en la Universidad de Harvard, EE. UU.; en la Pontificia Universidad Católica de Chile.



GLORIA MARISELA MALLQUI OSORIO (ORAS-CONHU)

Médica salubrista egresada de la UNMSM, con especialidad de Administración de Salud por la UPCH y Dermatóloga por la UNMSM. ha realizado la Maestría de Salud Pública con mención en Epidemiología y el Doctorado en Salud Pública. Secretaria Adjunta del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU



DRA. GLORIA LAGOS EYZAGUIRRE (ORAS-CONHU)

Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. ORAS – CONHU.



BERTHA LUZ PINEDA RESTREPO (ORAS-CONHU, COLOMBIA)

Coordinadora de Cambio Climático y su Impacto en Salud del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. ORAS – CONHU.



DR. OSCAR FEO ISTÚRIZ (VENEZUELA)

Profesor titular de la Universidad de Carabobo, Venezuela.

Consultor de OPS-OMS en Washington DC. Director ejecutivo del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), Consultor del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS-UNASUR).



DR. NAOMAR DE ALMEIDA-FILHO (BRASIL)

Chair-Professor of the Alfredo Bosi Chair at the Institute of Advanced Studies - University of São Paulo
Professor of Epidemiology (retired) at the Institute of Collective Health - University of Bahia, Brazil



DRA. CHRISTINE LEYNS (BOLIVIA / BÉLGICA)

Médico familiar de la universidad de Gante, Belgica; Investigadora asociada a la facultad de ciencias sociales de la Universidad Mayor de San Simón en Cochabamba, Bolivia; Investigadora y estudiante de doctorado del departamento de salud pública y atención primaria de la universidad de Gante, Belgica



DRA. HELLEN MILLAR (UK REINO UNIDO)

**Consultant Psychiatrist, UK. INPCM Board Director
Honorary Clinical Senior Lecturer, Imperial College, UK
Co-chair, Biological Section WPA**



RESÚMENES

SIMPOSIO 1: CUIDADOS CLÍNICOS CENTRADOS EN LA PERSONA

CUIDADO INTEGRAL EN MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA

José Luis Calderón (Perú)

El **Enfoque Clínico Integral** consiste en reconocer a la persona/paciente como un ser bio-psico-espiritual, en un entorno socio-ambiental. Por lo cual se necesita considerar una Causalidad Integral, una Clínica Integral, un Diagnóstico Integral y un Tratamiento Integral. Con relación a la Causalidad Integral se reconoce que es multifactorial y que el proceso salud/enfermedad puede iniciarse por cualquiera de sus variables (biofísicas, bioquímicas, psicológicas y socio-estructurales). Con relación a la Clínica Integral se considera que debe dar cuenta de los síntomas y signos tanto de la enfermedad como de la dolencia. En lo referente al Diagnóstico Integral, se debe considerar el diagnóstico del proceso salud/enfermedad, de la dolencia que produce y además evaluar cuidadosamente las características, condiciones y circunstancias de la persona/paciente, lo que nos permite realizar el verdadero diagnóstico personalizado, en el cual identificamos las enfermedades, los factores de riesgo, los factores de protección, el estado de bienestar, el estado de la funcionalidad, la conciencia de enfermedad y el deseo de curarse. En lo referente al Tratamiento Integral es pertinente siempre considerar: Que el tratamiento no farmacológico es tan importante o más que el tratamiento farmacológico y, que siempre se debe tener presente los cuatro niveles de prevención: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria que sean necesarios en cada caso en particular.

Prevención Primaria: Medidas adoptadas para evitar o eliminar la causa de un problema de salud, en un individuo o población, antes de que se presente. (Promoción de la salud y protección específica: inmunizaciones y quimioprophylaxis)

Prevención Secundaria: Medidas adoptadas para detectar una enfermedad en una etapa temprana en un individuo o en una población, facilitando el tratamiento o acortando su duración o sus efectos a largo plazo (Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y adecuado).

Prevención Terciaria: Medidas adoptadas para reducir los efectos crónicos de un problema de salud, en un individuo o población, reduciendo el deterioro funcional (limitar el daño y evitar complicaciones y secuelas); Incluye la rehabilitación física / emocional / mental / espiritual y social.

Prevención Cuaternaria: Medidas adoptadas que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones diagnósticas o terapéuticas, innecesarias o excesivas, del Sistema Sanitario. Son las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretreatmento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables (1).

El Enfoque Clínico no sería Integral si no consideramos el Diagnóstico y Tratamiento de los problemas de Salud Mental. Con relación a este tema, el problema es serio porque para la mayor parte de los médicos, la salud mental es un tema que no les corresponde. Lo cual lleva a que no solamente tengan un débil marco de valor sobre ella sino también un insuficiente conocimiento para el diagnóstico y la derivación oportuna de estos pacientes a los profesionales de la salud mental. Además, debemos considerar también que las variables psicológicas de la salud juegan un rol

determinante como factores sensibilizantes y desencadenantes de enfermedad orgánica. Por esta razón en muchas escuelas de medicina actualmente enfatizan en el pregrado la importancia de adquirir conocimientos sobre salud mental. Para avanzar en este problema debemos rescatar una conceptualización muy antigua y simple: que dentro de las especialidades no hay solo cuatro sino cinco grandes clínicas: Medicina, Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Salud Mental.

The Integral Clinical Approach consists of recognizing the person / patient as a bio-psycho-spiritual being, in a socio-environmental setting. Therefore, it is necessary to consider a Comprehensive Causality, a Comprehensive Clinic, a Comprehensive Diagnosis and a Comprehensive Treatment. Regarding Integral Causality, it is recognized that it is multifactorial and that the health / disease process can be initiated by any of its variables (biophysical, biochemical, psychological and socio-structural). In relation to the Comprehensive Clinic, it is considered that it must account for the symptoms and signs of both the disease and the ailment. Regarding the Comprehensive Diagnosis, the diagnosis of the health / disease process, of the ailment that it produces must be considered and also carefully evaluate the characteristics, conditions and circumstances of the person / patient, which allows us to make a true personalized diagnosis, in which we identify the diseases, the risk factors, the protective factors, the state of well-being, the state of the functionality, the conscience of illness and the desire to be cured. Regarding Comprehensive Treatment, it is always pertinent to consider: That non-pharmacological treatment is as important or more than pharmacological treatment and that the four levels of prevention must always be taken into account: primary, secondary, tertiary and quaternary that are necessary in each case in particular.

Primary Prevention: Measures taken to avoid or eliminate the cause of a health problem, in an individual or population, before it occurs. (Health promotion and specific protection: immunizations and chemoprophylaxis)

Secondary Prevention: Measures taken to detect a disease at an early stage in an individual or in a population, facilitating treatment or shortening its duration or long-term effects (early diagnosis and timely and adequate treatment).

Tertiary Prevention: Measures taken to reduce the chronic effects of a health problem in an individual or population, reducing functional impairment (limiting damage and avoiding complications and sequelae); Includes physical / emotional / mental / spiritual and social rehabilitation.

Quaternary Prevention: Measures adopted that mitigate or avoid the consequences of unnecessary or excessive diagnostic or therapeutic interventions of the Health System. They are the actions taken to identify patients at risk of overtreatment, to protect them from new medical interventions and to suggest ethically acceptable alternatives (1).

The Clinical Approach would not be Comprehensive if we do not consider the Diagnosis and Treatment of Mental Health problems. In relation to this issue, the problem is serious because for most doctors,

mental health is an issue that does not correspond to them. This leads to not only having a weak framework of value over it but also insufficient knowledge for the diagnosis and timely referral of these patients to mental health professionals. In addition, we must also consider that the psychological variables of health play a determining role as sensitizing and triggering factors of organic disease. For this reason, many medical schools currently emphasize in undergraduate the importance of acquiring knowledge about mental health. To advance in this problem we must rescue a very old and simple conceptualization: that within the specialties there are not only four but five large clinics: Medicine, Pediatrics, Surgery, Gynecology and Obstetrics and Mental Health.

REFERENCIAS

Jamouille M. Quaternary prevention: first, do not harm. *Rev Bras Med Fam Comunitade*. 2015;10(35):1-3. Available at: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1064](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1064)

Jamouille, M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization - *Int J Health Policy Manag*. 2015 Feb; 4(2): 61–64. Published online 2015 Feb 4. doi: 10.15171/ijhpm.2015.24 (consultado 31-03-2021) disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322627/>

Lazo-Manrique, J. (2001) La crisis espiritual de la medicina / The spiritual crisis of the medicine - *Rev. Soc. Perú. Med. Interna*; 14(4): 220-226, 2001. Disponible en <https://es.scribd.com/document/97277694/La-Crisis-Espiritual-de-La-Medicina>

Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata 1978. (Consultado 31/03/2021) Disponible en

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

CUIDAR AL PROFESIONAL ADICTO, EVITANDO EL ESTIGMA

Martín Everett y Oscar Cluzet (Uruguay)

Desde los fundamentos éticos, la MCP se estructura aplicando la Ética del Cuidado¹, donde la otra persona ocupa un lugar relevante. A su vez, cuidar al Cuidador, cuando este es un profesional de la salud, desde una perspectiva MCP significa atender también a la calidad y seguridad asistencial de sus propios pacientes.

En el cuidado del médico adicto se debe preservar la debida confidencialidad, evitando el estigma.

El Colegio Médico del Uruguay (CMU) se ha planteado tal perspectiva desde el Programa de Bienestar Profesional (BienPro), siguiendo las directivas del Colegio Médico Español, contenidas en el Manual PAIME², diseñado una estrategia de asesoramiento y apoyo, orientado a la recuperación de médicos que padecen trastornos mentales y conductas adictivas, las que puedan interferir en su práctica profesional.

Si bien el BienPro abarca los problemas de salud mental del profesional médico en fase aguda, los cuales pueden constituir también un evidente motivo de estigma, hemos excluido a los mismos del presente análisis, por los problemas de derivación oportuna y ausencia de integralidad.

Existen pocos estudios epidemiológicos sobre la incidencia de adicciones en los médicos de América Latina.^{3, 4} Las cifras

comparadas nos hacen suponer un bajo índice de consulta al sistema del BienPro por parte de los médicos adictos.

Como conclusión, siendo tan importante la contención inicial del médico adicto bajo condiciones de estricta confidencialidad, la misma debe proseguir, mientras se desarrollan los necesarios trabajos en el campo epidemiológico y se determinan de manera más precisa los indicadores de recidiva y reintegro laboral.

REFERENCIAS

1. Miles A, Mezzich JE: The care of the patient and the soul of the clinic: Person centered medicine as an emergent model of modern clinical practice; *International Journal of Person Centered Medicine*. 2011;1:207-222.

2. Manual PAIME: https://www.e-coma.es/files/1470-4975-fichero/MANUAL_PAIME.pdf

3. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E: Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM*. 2005;48(5):191-197.

4. Edgar Antonio Ibáñez, Laura Rondón, Ana María Ramírez et al: Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas legales farmacológicas en médicos residentes de una Universidad de Bogotá. *Revista Salud Bosque Volumen 2, Número 1: Págs. 17-24*.

AVANCES EN PSIQUIATRÍA CENTRADA EN LA PERSONA E IMPLICACIONES EDUCACIONALES

Roger MK Ng (Hong Kong, China)

Title of Abstract: Global Psychiatric Education in the dissemination of Person-Centred Care

Abstract Body: Text of up to 250 words plus 3 references. Preferably, it should be structured with objectives, methods, findings, discussion, and conclusions, and reflect a literature review, data analysis, or consultation process. No tables or figures are accepted.

Objectives- Enhancing person-centred care throughout the world requires the acquisition of skills and knowledge by the health professionals through global mental health education.

Methods: World Psychiatric Association (WPA) is a global organization comprising of over 125 member national societies representing over 250,000 psychiatrists around the world. WPA serves as an ideal platform in dissemination of evidence-based knowledge and skills to health professionals in different parts of the world. WPA has developed various new initiatives in promoting psychiatric education through a new education portal, volunteering programme, and developing new position statements and guidelines with an aim to bring health professionals around the world with updated knowledge and skills in important areas of mental health.

Findings: It is important to identify potential areas of collaboration between the WPA and the experts in person centred medicine so that

more health professionals around the world can learn more about

person centred medicine and benefit more patients.

PRIMARY HEALTH CARE IN TIMES OF PANDEMIC

Christine Leyns (Bolivia/Bélgica)

Introduction: A successful pandemic response was not directly linked to the wealth of a country but related to a higher level of democracy and community belonging as well by a broad health system response backed up by a strong primary health care (PHC) (Lal et al., 2022).

Methods: A Participative COVID-19 oriented community research project in Sacaba, Bolivia, resulted in a community oriented primary care experience.

Results: At the start of the pandemic essential services and PHC at the local level were ignored and a top down prevent and control strategy was implemented. Amid a political conflict the lack of participation and information at the local level led to a 3.5 times higher mortality in July 2020. The project created a functional

primary health care structure in the workplace of informal market sellers. Beside co-constructing a health plan that takes the determinants affecting health into account, this structure facilitated a timely response for emerging needs.

Discussion: Since PHC is constructed in and with the community it is the place where needs can be measured and their causes identified. A rapid response can be organised with all stakeholders to reduce the impact of acute health problems like COVID-19 and a structural intersectoral response can be generated for chronic health problems or to address the adverse health situation of a vulnerable population.

Conclusions: PHC understood as a co-construct between health care providers and communities creates a hub to address both acute as chronic health care problems.

SIMPOSIO 2: EDUCACIÓN EN SALUD INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA

EDUCACIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD CENTRADOS EN LA PERSONA: DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA ADULTEZ

Antonio Raúl de los Santos (Argentina)

Resumen

La práctica de la medicina presenta hoy llamativas contradicciones. Junto a multitudes que carecen de atención médica, muchas personas que cuentan con ese recurso se sienten insatisfechas.

Los médicos, confundidos en cuanto a comprender las razones de las quejas de sus pacientes, no encuentran alegría en sus tareas habituales.

Una posible explicación reside en la incongruencia entre lo que los pacientes esperan y lo que los médicos han aprendido en sus años de facultad.

Los pacientes quieren ser tratados como personas integrales, con cuerpo, mente y espíritu, que concurre para solucionar un problema y los médicos han sido instruidos para abocarse a los motivos de consulta, con prescindencia del resto.

Este simple planteo puede explicar muchos desencuentros, cuya solución reside básicamente en la educación de los futuros profesionales. Los planes de estudio clásicos de las escuelas de medicina tienen una estructura analítica: primero la anatomía, luego la fisiología, la patología, la clínica, la farmacología y la terapéutica.

Sin duda, esta disposición curricular es efectiva, porque en ella se han formado legiones de médicos en todo el mundo. Los buenos médicos mediante una instrucción formal o en forma intuitiva, caminan la segunda milla bíblica y tratan a sus pacientes como personas, con todas ventajas de curar o intentar curar enfermedades en un contexto interhumano, en el que un ser recurre y otro ser asume la responsabilidad de ayudar.

En la presentación se analizan situaciones particulares en las distintas edades y se formulan propuestas para implementar durante la formación médica.

LENGUAJE Y COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO DE LA SALUD CENTRADO EN LA PERSONA

Álvaro Rodríguez (Colombia)

El lenguaje científico ha venido creciendo de una manera descomunal en las últimas décadas como fruto de la inmensa cantidad de investigaciones y descubrimientos que ocurren de manera cotidiana en todas las áreas de la ciencia, así como por el incremento del número de profesionales, especialistas, maestros y doctores, y también por el extraordinario progreso de la tecnología. Todo lo cual ha generado la necesidad de bautizar tantos conocimientos novedosos, lo que muchas veces se hace de forma caprichosa y desorganizada.

En medicina, existe igualmente, un maremágnum de datos y nombres recientes, que ha provocado la aparición de una verdadera "Torre de Babel", en la cual los especialistas no se

entienden entre sí, ni tampoco los pacientes y sus familiares comprenden las comunicaciones que emanan de los sistemas de salud. (1)

Se requiere incrementar la enseñanza del lenguaje de la medicina, incluyendo el inevitable campo de los epónimos,(2) y de la comunicación terapéutica (3), para que el personal de salud se comunique mejor entre sí y además para que se pueda lograr una relación más eficaz con los enfermos y sus familias..

Bibliografía

1. Sarmiento González, R., & Vilches Vivancos, F. (2016). El lenguaje de la Medicina. El lenguaje de la Medicina, 1-148.

2. Alcaraz Ariza, María Ángeles. Los epónimos en medicina. 2002.

3. López-Ortiz, G. (2020). Lenguaje, ciencia y medicina. Atención Familiar, 27(1), 3-4.

SIMPOSIO 3: INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN SALUD CENTRADA EN LA PERSONA

AVANCES EN EPIDEMIOLOGÍA CENTRADA EN LA PERSONA: FACTORES ASOCIADOS A LA FELICIDAD EN LA SIERRA PERUANA

Javier Saavedra (Perú)

A pesar de que el concepto de salud pública se ha definido como "La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad", la salud pública ha colocado la mayoría de sus esfuerzos en torno a prevenir y mitigar la enfermedad y menos a fomentar la salud en su expresión más abarcadora que involucra el bienestar y la totalidad de la persona o salud positiva. Asimismo, la reciente propuesta de la OPS en relación a las "Nuevas funciones esenciales de la salud pública" que, entre sus 11 funciones, coloca en primer lugar al "Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud", y aunque se dirige a los riesgos de perder la salud, da oportunidad de colocar a la salud positiva como centro de atención, no de factores de riesgo y protección, sino de factores promotores e inhibidores del bienestar. Promover la salud no debiera interpretarse solo como evitar enfermar, sino como fomentar el bienestar, la calidad y satisfacción con la vida. Esto obliga a la epidemiología, como herramienta de la salud pública, a dirigir esfuerzos en identificar determinantes sociales de la salud positiva o del bienestar, y dar sustento a eventuales políticas

sociales. Se ha propuesto como una de las formas de medir el bienestar y el progreso social a la felicidad. Un estudio reciente reportó factores sociodemográficos y estilos de crianza asociados con la felicidad en la ciudad de Lima y el Callao. Esta presentación expone los resultados preliminares de una replicación de este estudio en poblaciones de la sierra del Perú, las cuales presentan un contexto sociocultural distinto a los de la costa. A diferencia del estudio en la ciudad de Lima, se encontraron diferencias significativas entre felicidad y la edad, a mayor edad menos felicidad. Similar a Lima, se encontraron asociaciones significativas entre felicidad y sexo estado civil, nivel de instrucción, nivel de pobreza, lengua materna y estado laboral. Sin embargo, los niveles de felicidad bajos son más marcados en las mujeres, las personas alguna vez unidas, en los pobres extremos, en aquellos con bajo nivel de instrucción en comparación con los hallazgos de Lima. Por otro lado, se confirma la eventual importancia de los estilos de crianza y eventos adversos tempranos, así como las relaciones familiares positivas para la felicidad. Finalmente, debemos remarcar la asociación entre pobreza según NBI y el sentimiento de felicidad, asociación que no se encuentra entre trastornos mentales y pobreza, lo que evidencia una posible mayor sensibilidad para identificar inequidades a través de indicadores de salud positiva.

PONENCIAS INTERNACIONALES BREVES

EXPLORANDO EL DESARROLLO DE UN MODELO DE PSICOTERAPIA BASADO EN LA MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA

Vladan Novakovic (USA)

Abstract: Meaningful and successful therapeutic management of patients largely depends on the patient's and healthcare professionals' ability to form a therapeutic relationship.

Mutuality in their encounter, day-to-day interactions along with understanding of psychopathology and learning how to recognize what patient offers as a cue to the therapeutic experiences, their mutual communication styles, coordination of care, companionship, etc. are all vital elements to the success of the therapeutic encounter.

Person-centered medicine psychotherapy is a organic outgrowth of theory and practice of person centered medicine care along with specific psychotherapeutic management techniques, skills building and in-depth, comprehensive immersion in the patient's care.

Any healthcare professional applying the above model serves the function of "participant observer"(1) along with the patient in the therapeutic account.

Our techniques, basic strategies and skills do not require advanced psychotherapy training and can be used with ongoing supervision by person centered medicine senior practitioners.

Person centered medicine psychotherapy is humanistic, inclusive and less focused on patient psychopathology but coming from the perspective of health, optimism, positivity and hope.

References:

Harry Stack Sullivan: Conceptions of Modern Psychiatry.

CEREMONIA DE APERTURA

TEMÁTICA DEL ENCUENTRO Y DESARROLLO DE INNOVATIVAS ESTRATEGIAS DE SALUD Y

BIENESTAR CENTRADAS EN LAS PERSONAS

Juan Mezzich (USA/Perú)

Desde 2008 un movimiento programático global hacia una Medicina Centrada en la Persona (MCP) bajo los auspicios del Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona (CIMCP) y en colaboración con la Asociación Médica Mundial y la Organización Mundial de la Salud ha ido madurando conceptos y procedimientos a través de Conferencias de Ginebra y Congresos Internacionales celebrados anualmente en continentes diversos. Uno de sus componentes regionales más activos es la Red Latinoamericana de MCP, la que a través de Jornadas anuales desde 2015 ha ido progresivamente construyendo conceptualizaciones innovativas sobre estrategias de salud.

El rol paradigmático de la medicina y la salud centradas en la persona ha sido delineado de las siguientes maneras: 1. La persona contextualizada representa el centro conceptual de la salud y el objetivo y protagonista de las acciones de salud [1]; 2. La medicina centrada en la persona involucra una medicina de la persona (de la totalidad de su salud), para la persona (dirigida a promover su bienestar y florecimiento); por la persona (con personas como actores de las acciones de salud) y con la persona (colaborando respetuosa y empoderativamente con las personas que buscan cuidados de salud) [2]; y 3. La MCP es informada por la evidencia científica y por la experiencia y los valores de las personas involucradas y está dirigida a la restauración y promoción de la salud y bienestar plenos de todas las personas [1].

La Declaración de Alma-Ata de 1978 articuló la atención primaria como estrategia fundamental de salud basada en el cuidado integral por todos para todos [3]. Sus aspiraciones fueron ratificadas en la Declaración de Astana (2018) para lograr la cobertura y acceso universal a la salud. En línea con ello, los Objetivos de Desarrollo Sostenible proclamados por las Naciones Unidas en 2015 formularon su tercer Objetivo en términos de salud positiva y enfatizaron la interdependencia entre todos ellos en pos de bienestar general y justicia social.

Una de las estrategias de salud más recientemente introducidas ha sido el concepto de intercuidado propuesto por Fábrega et al [4]. Combina los aspectos de responsabilidad de las personas individuales con su propia salud (autocuidado) con las acciones de apoyo y cuidado mutuos que se despliegan entre las personas como forma de convivencia.

Otra recientemente emergente noción fundamental a ser explorada en este Décimo Congreso Internacional y Octava Jornada Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona es la de Salud Total. Involucra en primer lugar una comprensión profunda del concepto de salud, tanto de los problemas de salud (enfermedades, discapacidades, disforia, sufrimiento) como de la

salud positiva (resiliencia, recursos, bienestar); así como la multidimensionalidad de la salud, extendiendo el marco convencional bio-psico-social hacia uno más amplio bio-psico-espiritual y ecológico-social. Salud Total involucra también

acciones de salud efectivas en las cuales la persona entera y contextualizada sea tanto objetivo central como protagonista de las acciones de salud.

El programa del presente evento este diciembre del 2022 en Lima incluye principalmente en primer lugar, cuatro simposios sobre avances en cuidado de la salud, educación médica, investigación científica en salud y salud pública centradas en las personas, y en segundo lugar, tres sendos foros sobre empoderamiento comunitario, coordinación intersectorial e integración latinoamericana, todos ellos enderezados a promover el cuidado mutuo e integral de la salud total centrada en las personas.

Esta innovativa temática esta tempestivamente ambientada en encuentros muy recientemente organizados por las Naciones Unidas y su Consejo Económico para las Poblaciones de América Latina hacia nuevos conceptos de desarrollo basados en una sociedad de los cuidados, en la que se cuidan a las personas, a los que cuidan y a nuestro planeta [5, 6].

Referencias

1. Mezzich JE, Appleyard WJ, Glare P, Snaedal J, Wilson CR: Introduction to Person Centered Medicine. In: Mezzich JE, Appleyard WJ, Glare P, Snaedal J, Wilson CR: Person Centered Medicine. Springer Nature Switzerland, in press.
2. Mezzich Snaedal J, Van Wheel, Heath I: Towards person centered medicine: Fro disease to patient to person. Mount Sinai J of Medicine. 77:304-306, 2010
3. Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 30:283-287, 2013.
4. Fabrega R: Conceptualización de los cuidados mutos de salud. Paper presented at the 7a. Jornada Latinoamericana de Medicina Centrada . Lima, Diciembre 2021.
5. Organización de Naciones Unidas: Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe. CEPAL, ONU-Mujeres, 2022.
6. Salazar JM: Presentación del Secretario Ejecutivo de la CEPAL: Panorama Social de América Latina y el Caribe 2022. Santiago de Chile, 24 de noviembre de 2022.

CONFERENCIA INAUGURAL

LENGUAJE Y COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO DE LA SALUD CENTRADO EN LA PERSONA

Álvaro Rodríguez (Colombia)

El lenguaje científico ha venido creciendo de una manera descomunal en las últimas décadas como fruto de la inmensa cantidad de investigaciones y descubrimientos que ocurren de manera cotidiana en todas las áreas de la ciencia, así como por

el incremento del número de profesionales, especialistas, maestros y doctores, y también por el extraordinario progreso de la tecnología. Todo lo cual ha generado la necesidad de bautizar tantos conocimientos novedosos, lo que muchas veces se hace de forma caprichosa y desorganizada.

En medicina, existe igualmente, un maremágnum de datos y nombres recientes, que ha provocado la aparición de una verdadera "Torre de Babel", en la cual los especialistas no se entienden entre sí, ni tampoco los pacientes y sus familiares comprenden las comunicaciones que emanan de los sistemas de salud. (1)

Se requiere incrementar la enseñanza del lenguaje de la medicina, incluyendo el inevitable campo de los epónimos,(2) y de la comunicación terapéutica (3), para que el personal de salud se comunique mejor entre sí y además para que se pueda lograr

una relación más eficaz con los enfermos y sus familias..

Bibliografía

1. Sarmiento González, R., & Vilches Vivancos, F. (2016). El lenguaje de la Medicina. El lenguaje de la Medicina, 1-148.
2. Alcaraz Ariza, María Ángeles. Los epónimos en medicina. 2002.
3. López-Ortiz, G. (2020). Lenguaje, ciencia y medicina. Atención Familiar, 27(1), 3-4..

FORO 1: FORO COMUNITARIO PARA LA SALUD TOTAL CENTRADA EN LAS PERSONAS

EXPERIENCIAS SOBRE EMPODERAMIENTO DE LAS COMUNIDADES RURALES PARA EL CUIDADO DE
LA SALUD CENTRADA EN LA PERSONA

RASGOS HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN COMUNIDADES CAMPESINAS EN EL PERÚ.

Eduardo Garrido (Apurímac, Perú)

Hasta años tan avanzados como 1970, la atención de la salud rural en el Perú no era una prioridad. Alrededor de 1950 se habían construido las llamadas postas médicas en cada capital provincial, y en cuanto a personal, había un médico por provincia denominado médico titular de la provincia. La presencia del médico era irregular, sea porque permanecía en la capital departamental o porque abandonaba su plaza, y el técnico sanitario asumía la responsabilidad del servicio en forma permanente; en muy pocos establecimientos se contaba con enfermera u obstetriz.

La figura de médico titular de la provincia, de acuerdo al Dr. Carlos Bustíos Romani (Cuarocientos años de la Salud Pública en el Perú 1533 – 1933), venía desde 1855 con el gobierno de Ramón Castilla. En aquella época, el tema de la salud se circunscribía a combatir epidemias como la malaria, la viruela y la fiebre de la Oroya, bajo la dirección de juntas de vecinos y autoridades.

En 1973, aún se conservaba la denominación de médico titular de la provincia con el mismo encargo de atender a toda la población provincial. El médico titular de Espinar (departamento de Cusco), tenía a su cargo esa provincia y eventualmente atendía la provincia vecina de Chumbivilcas, que no contaba con médico, además del distrito de Haqira, perteneciente al departamento de Apurímac; tenía asignados camioneta y chofer y las comunidades campesinas proveían acémilas. Aún en un área rural tan grande, la atención de la salud se desarrollaba sin mayores sobresaltos. En parte, la población se sentía protegida con la presencia del médico titular; y además porque en la comunidad muchas de las necesidades de salud eran asumidas por los médicos tradicionales: los ccoyiris, que resolvían problemas relativos a las dolencias corporales, y los yatiris, de nivel superior, quienes se encargaban de los problemas de salud derivados de los desequilibrios generados entre las personas y la divinidad. En 1974, una epidemia de sarampión terminó con la vida de muchos niños en Haqira, poniendo al descubierto la fragilidad de la situación de la salud pública en las jurisdicciones rurales. Otras atenciones de la época incluían algunos partos distócicos, como la presentación de mano, donde se aplicaba la versión interna como tabla de salvación para el niño y la madre.

Una característica importante en la atención de la salud de entonces, fue la existencia de los promotores de salud; ellos eran

jóvenes campesinos elegidos por la comunidad para establecer una relación entre el centro de salud y la comunidad. Estos jóvenes recibían una preparación inicial en medidas preventivas de riesgos y en acciones de promoción, incluyendo la aplicación de vacunas mediante campañas organizadas por el Ministerio de Salud, dotándoseles de un botiquín e implementos mínimos. Realizaban este trabajo en forma ad honorem, por lo que recibían apoyo de sus comunidades en cuanto a dispensas de trabajos comunitarios y el cultivo de sus parcelas. Otro grupo importante fue el de las parteras tradicionales, que tenían a cargo la atención de los partos en la comunidad. Cuando el MINSA inicia con impulso el control pre natal y la atención institucional del parto, las madres gestantes y sus esposos, por la idiosincrasia campesina y las concepciones manejadas en el ámbito comunitario, preferían la atención de las parteras tradicionales. Fue un largo y difícil camino que se tuvo que recorrer para armonizar la acción del Ministerio de Salud con la práctica de la medicina tradicional sobre salud materna, en una suerte de desarrollo de contradicciones y acuerdos técnicos y culturales, hasta lograr buenos indicadores de control pre natal con atención del parto institucional, y la incorporación de saberes ancestrales provenientes de la comunidad, como la atención del parto vertical. Es así como se fue bajando sostenidamente la muy elevada tasa de muerte materna en el Perú.

En el Perú, la Atención Primaria de Salud era una promesa para el combate al atraso de la atención de la salud, particularmente en las áreas rurales campesinas y nativas y las densas poblaciones periféricas empobrecidas de Lima y las grandes ciudades. En el año 1980 irrumpe en el escenario nacional, Sendero Luminoso y su acción terrorista, lo que lleva a una fuerte represión militar, afectando durante dos décadas a todo el país y con mayor impacto a las comunidades campesinas. Muchos de los establecimientos de los niveles I y II, los más elementales que atienden a las comunidades campesinas y nativas se cerraron con el repliegue de los profesionales y técnicos de la salud a las ciudades. Fueron dos décadas de terror, y cuando en el año 2000 se entra progresivamente a condiciones de normalidad, el país, en el campo de la economía y el desarrollo se encuentra sometido al fuerte impulso del modelo neoliberal, con la postergación de las prioridades sociales, como la salud y la educación. La Atención Primaria de Salud nunca fue implementada y el Perú perdió la oportunidad de establecer una estrategia de vital importancia para la atención de la salud a nivel nacional, lo que afectó a gran parte de la población

peruana, y con mayor incidencia a las comunidades campesinas de la sierra, las poblaciones rurales de la costa, las comunidades nativas de la selva y los densos asentamientos urbano marginales de la capital de la república y las grandes ciudades.

Las comunidades campesinas del Perú, son depositarias de una cultura moldeada a través de los siglos, con inicios que van hasta los diez mil años, y con evidencias de vida social organizada y desarrollada desde hace cinco mil años. El cenit de este proceso cultural se encuentra en el imperio incaico, donde el conocimiento de las cosas y los saberes acumulados, se encontraban en una etapa superior de desarrollo, con el manejo de tecnología que se aproximaba rápidamente a los niveles alcanzados en las culturas más avanzadas en el mundo. La invasión española corta trágicamente este proceso (Historia de la conquista del Perú, William Prescott); sin embargo, la cultura asentada en la concepción del mundo, la organización de la vida social, económica política y cultural y los comportamientos y costumbres asumidos a través de los tiempos, quedaron como marcas indelebles en el inconsciente colectivo de la población originaria, que se expresa actualmente en manifestaciones humanas de valores elevados como el ayni (solidaridad), el yachay (saber), el munay (amor) y el llank'ay (trabajo); y en las reglas que norman el comportamiento personal: ama llulla (no seas mentiroso), ama sua (no seas ladrón) y ama qella (no seas ocioso).

La historia y el legado cultural de las comunidades campesinas frente a la amenaza del coronavirus, se pusieron a prueba para desarrollar acciones propias que aseguraron la contención de la pandemia. Muchas familias campesinas que en décadas pasadas se transportaron en oleadas a Lima y otras ciudades en busca del progreso y las mejores condiciones que vislumbraba la

vida moderna, iniciaron un tedioso peregrinaje para volver a sus lugares de origen, sea por temor a la pandemia y buscar la seguridad que prodiga la Pachamama (en la simbología ancestral es la deidad encarnada en la tierra, regalando generosamente el alimento y todos los bienes a la humanidad); o por el deterioro de las condiciones económicas, donde el emprendimiento cotidiano que había sido hasta ese momento el motor de su supervivencia, ya no era posible. Las comunidades campesinas tomaron en cuenta las directivas del estado en tanto percibían su certeza en la realidad. Cuando se implementa el Programa Tayta, surge el sentimiento internalizado en el campesinado pobre, para hacer suya la convocatoria. A la llegada de sus paisanos, las comunidades campesinas, con los recursos tenidos a mano, organizaron lugares de reposo, cerca de sus ámbitos comunitarios o en sus cabañas de las alturas, en coordinación con los profesionales y técnicos sanitarios de los establecimientos de salud I y II que se encargaban de efectuar las pruebas para la detección del virus. Las comunidades campesinas, en base a su sentido común decantado de su saber milenario, lograron contener la pandemia, favorecidas a su vez por las condiciones benevolentes de la naturaleza en sus lugares de vida. Diferente ha sido el comportamiento de los ciudadanos de las poblaciones marginales de la capital, de las grandes ciudades y de las ciudades capitales provinciales y distritales, donde no se generó un comportamiento disciplinado ante las medidas de prevención y promoción establecidas frente a la pandemia, a lo que se suman condiciones ambientales insalubres por un desordenado crecimiento urbano, sin agua potable y saneamiento básico y la casi nula educación sanitaria. Esto marca la diferencia con las comunidades campesinas, donde a pesar de sus limitaciones mantuvieron a raya el riesgo de enfermar y morir por la pandemia.



DOCUMENTOS

1. **BASES Y PERSPECTIVAS LATINOAMERICANAS SOBRE MEDICINA Y SALUD CENTRADAS EN LA PERSONA.**
2. **DECLARACION DE LIMA 2021**
3. **TIEMPOS DE CRISIS: OPORTUNIDADES PARA CONSTRUIR EL CAMBIO Y TRANSFORMACION DE LA SALUD, 20 de abril de 2021.**

Bases y perspectivas latinoamericanas sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona

Patrick Wagner¹, Alberto Perales², Rodolfo Armas³, Oscar Codas⁴, Raúl de los Santos⁵, Daniel Elio-Calvo⁶, Juan Mendoza-Vega⁷, Melitón Arce⁸, José Luis Calderón⁹, Lucía Llosa¹⁰, Javier Saavedra¹¹, Oscar Ugarte¹², Herman Vildózola¹³, Juan Enrique Mezzich¹⁴

1 Presidente, Academia Nacional de Medicina del Perú. 2 Profesor de Psiquiatría, Instituto de Ética en Salud, Univ. Nac Mayor de San Marcos; Academia Nacional de Medicina del Perú. 3 Presidente, Academia Nacional de Medicina de Chile. 4 Presidente, Academia Nacional de Medicina de Paraguay. 5 Secretario General, Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (Argentina). 6 Presidente, Academia Boliviana de Medicina. 7 Presidente, Academia Nacional de Medicina de Colombia. 8 Ex-Vice-Ministro de Salud del Perú; Academia Nacional de Medicina del Perú. 9 Profesor de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. 10 Decana, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. 11 Director de Investigaciones, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi; Profesor de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia; Academia Nacional de Medicina del Perú. 12 Ministerio de Salud del Perú. 13 Decano, Facultad de Medicina de San Fernando, Univ. Nac Mayor de San Marcos; Academia Nacional de Medicina del Perú. 14 Profesor de Psiquiatría, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York; Secretario General, International College of Person Centered Medicine.

Resumen

Antecedentes: Este artículo emerge como parte de un proceso liderado por la Academia Nacional de Medicina del Perú en estrecha colaboración con otras Academias de Medicina Latinoamericanas, e importantes instituciones universitarias y profesionales relacionadas con la salud. **Objetivo:** Describir y fundamentar la importancia de la Medicina Centrada en la Persona (MCP) en el contexto latinoamericano. **Metodología:** Revisión de artículos y experiencias latinoamericanas sobre el tema, realización de reuniones académicas para deliberar sobre contenidos afines, dos preliminares en Lima en diciembre 2013 y enero 2014, una tercera en Buenos Aires, a propósito del 2° Congreso Internacional de Medicina Centrada en la Persona, con la presencia de las Academias de Medicina de Argentina, Bolivia, Chile y Perú (noviembre 2014) y una cuarta en Lima, Reunión de las Academias de Medicina de Bolivia, Colombia, Chile, Paraguay y Perú (diciembre 2014). **Resultados:** Se puntualizan los precedentes históricos y contemporáneos, universales y locales, pertinentes a la gestión y desarrollo de una re-priorización de la medicina en torno a la persona y su contexto, articulando para el efecto ciencia y humanismo. Se discute el nivel filosófico del concepto Persona en medicina, incluyendo bases terminológicas, históricas, y derechos humanos. Sobre estas bases se examina la evolución de los conceptos centrales de la MCP, resaltando su pertinencia tanto en la medicina clínica como en la salud pública, la atención, educación e investigación y las políticas en salud. Con respecto a la práctica y educación clínicas, se plantea la noción de MCP como principio estratégico fundamental, sus aplicaciones educacionales programáticas, y su posible institucionalización a nivel de facultades de medicina. Se resalta la importancia de la formación en ética y comunicación clínica y del apropiado uso de la tecnología y la evidencia científica al servicio de la persona. Se incluyen posibilidades institucionales disponibles para la educación inter-disciplinaria de los profesionales de la salud, así como perspectivas educacionales latinoamericanas. Se destaca la importancia de la investigación científica sobre la MCP, abarcando estudios sobre conceptualización, medición y diagnóstico incluyendo la necesidad de elaborar instrumentos narrativos complementarios. Finalmente, se consideran perspectivas sobre políticas de salud centradas en la persona y la comunidad, así como aportes y recomendaciones derivados de la experiencia latinoamericana en este tema. **Conclusiones:** La Medicina Centrada en la Persona valora los avances biológicos, psicológicos y socio-culturales y los procesa dentro del marco de la totalidad de la persona, articulando la ciencia como instrumento esencial y el humanismo como la esencia de la medicina. Frente a formulaciones epistemológicas reduccionistas, la MCP propone una medicina informada por la evidencia y la experiencia y orientada a la persona en su totalidad.

Palabras clave: Medicina centrada en la persona, atención y políticas de salud, educación e investigación en salud.

INTRODUCCIÓN

Enfrentamos críticas limitaciones en la medicina moderna, la cual por un lado ha facilitado bienvenidos avances científicos para la investigación de las enfermedades y sus útiles aplicaciones para el diagnóstico y el tratamiento, y por otro ha presentado una excesiva focalización en enfermedades y órganos, fragmentación de servicios, cosificación del paciente, debilitación de la relación clínica, y comercialización de la salud (1). En respuesta a estas limitaciones está surgiendo un movimiento internacional en búsqueda de repriorizar a la persona como centro de la medicina y la salud en colaboración con la Asociación Médica Mundial, la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermeras, y la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes, entre muchas otras (2). Esta emergente respuesta es consistente con postulados peruanos como los de C. A. Segúin (3), proponiendo un cambio radical donde los médicos no sean "veterinarios de seres humanos" sino "hombres frente a hombres", y quien siempre reiteró en su docencia médica la importancia esencial del vínculo humano con el paciente (4); y los de Honorio Delgado proponiendo que "nuestra vocación y nuestra conducta cobran eficacia y realce en la medida que logramos dar a las personas lo mejor de nuestra persona" (5); así como las recientes actividades programáticas del Colegio Médico del Perú sobre los derechos, dignidad y seguridad del paciente, y la declaración "Personas que atendemos personas" en la fachada del Ministerio de Salud del Perú. Más aún, existen importantes desarrollos continentales latinoamericanos sobre determinantes de la salud bajo la égida de la Organización Panamericana de la Salud (6,7) y proyectos investigativos para enfrentar críticos retos a la salud a través de la promoción de proyectos de vida (8).

Construyendo sobre estas perspectivas internacionales y nacionales, se organizó el 19 de diciembre de 2013 un Simposio sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona: Diálogo Universitario y Diálogo Nacional, con la participación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia y otros reconocidos expertos de la salud pública en el Perú. Este evento fue seguido de una reunión de planeamiento el 3 de enero de 2014, convocada por la Academia Nacional de Medicina, la que asumió la responsabilidad

de coordinar en el Perú un programa de construcción de una Medicina Centrada en la Persona en colaboración con las universidades mencionadas, otras entidades participantes y el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona. Otro hito fue el Segundo Congreso Internacional de Medicina Centrada en la Persona del 7 al 9 de noviembre 2014, en el curso del cual se llevaron a cabo sendos Simposios de Academias Latinoamericanas de Medicina (Argentina, Bolivia, Chile, y Perú) y de Facultades Latinoamericanas de Medicina. De tal Congreso surgió una Declaración de Buenos Aires sobre Humanismo y Ciencia en Latinoamérica para una Medicina Centrada en la Persona. Más recientemente, del 11 al 13 de diciembre de 2014, tuvo lugar una Reunión en Lima con la participación de las Academias Nacionales de Medicina de Bolivia, Colombia, Chile, Paraguay y Perú, en la cual se realizó una extensa sesión sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona, y de la cual emergió un Acta de Lima. En esta se asumió la Declaración de Buenos Aires y se propuso la formación de una Red Latinoamericana para el cultivo de una Medicina Centrada en la Persona auspiciada por las Academias Latinoamericanas de Medicina presentes y en colaboración con otras entidades latinoamericanas de salud.

El presente artículo sigue la estructura programática de los eventos arriba mencionados. Sus secciones incluyen una discusión filosófica sobre la persona en medicina, analizando bases terminológicas, conceptos históricos y derechos humanos; reflexiones sobre práctica y educación médicas centradas en la persona; proyectos de investigación científica sobre salud centrada en la persona a ser organizados localmente en relación con estudios internacionales; y perspectivas sobre políticas de salud centradas en la persona y la comunidad.

BASES HISTÓRICAS Y FILOSÓFICAS

El término persona (del latín *personare*, vale decir, resonar), en griego *prosopón* (máscara de resonancia), alude a una máscara o careta que los actores y las actrices debían colocarse en los teatros greco-romanos para hacer resonar sus voces. Al emerger el actor o la actriz, con la máscara, el público exclamaba: "viene la persona". El término persona ha evolucionado para absorber nociones de complejidad, autonomía, dignidad y derecho (9).

Raíces históricas de una medicina centrada en la persona pueden encontrarse en las más antiguas civilizaciones. Un marco teórico holístico y una aproximación personalizada en la atención a los problemas de salud eran prevalentes en tales civilizaciones. Entre las más antiguas se encuentran la medicina china y la ayurvédica, las cuales siguen practicándose actualmente como medicinas tradicionales (10). Lo mismo, *mutatis mutandis*, puede decirse de las antiguas culturas del África (por ejemplo, del Ubuntu: "Yo soy porque tú eres, y tú eres porque nosotros somos") (11) y de las Américas (12). Con bases filosóficas, experienciales y experimentales, estas culturas se focalizan más en la salud total del paciente que solo en la enfermedad (13). Tienden a articular un marco comprensivo y armonioso de la salud y la vida y promover una aproximación altamente personalizada para el tratamiento de enfermedades específicas y la promoción de la calidad de vida (14).

En la valoración general del mundo andino, si bien la enfermedad se pensaba ligada a impureza, castigo o pecado, también se pusieron en evidencia el conocimiento de las enfermedades como experiencia total (psíquica y somática) y el uso acertado de plantas con principios terapéuticos (15).

Apunta Ugarte (16) que las culturas prehispánicas incorporaron como componente de su medio a su mundo interior: creencias, temores, sueños. Por lo tanto, la salud era una resultante de la relación entre la persona y su mundo, tanto exterior como interior.

Examinando la cultura griega antigua como cuna de las civilizaciones occidentales, uno encuentra que lo holístico en medicina había sido enfáticamente argumentado por filósofos y médicos helénicos. Sócrates y Platón disertaron que "si el todo no está bien, es imposible que una parte esté bien" (17). Esta postura fue enriquecida por Aristóteles, filósofo y naturalista por excelencia, quien analizó el método de la medicina y su relación con la ética y una atención centrada en la persona (18). Por su parte, Hipócrates articuló teoría, emoción e individualidad en la práctica de la medicina (19).

La filosofía cristiana patristica incide rotundamente en lo fundamental del ser humano como persona usando este término de manera explícita. Santo Tomás de Aquino en su *Summa Theologiae* puntualiza que lo que hace al ser humano persona, más allá de su esencia y existencia como ser natural, es el sentido de trascendencia (elevarse a un nivel superior permanente) (20).

Immanuel Kant, filósofo alemán cumbre, constituye referente fundamental sobre la persona. En su *Crítica de la Razón Práctica* (21) arguye que la persona es siempre fin en sí misma y nunca medio. En su *Metafísica de las Costumbres* (o *Moral*), Kant propone que la moralidad, cuyo cultivo es responsabilidad tanto personal como de la sociedad, es base de la dignidad de la persona. De ambos postulados se desprende el respeto absoluto debido a la persona como imperativo categórico (22).

Max Scheler, filósofo de Munich, es cultivador prominente de la axiología y de una antropología focalizada en la persona. Para él, la persona es la expresión resplandeciente, la cúspide del ser en cuanto representa sus valores. Solo el espíritu humano (la persona) es capaz de conocer y expresar valores: la persona es el ser axiológico por excelencia y antonomasia (23).

Martin Heidegger es considerado como el máximo exponente de la filosofía del ser. Heidegger presenta a la persona como "pastor y cabaña del ser". La persona dirige, gobierna, orienta y cuida al ser y es, a la vez, refugio de él. La persona es quien eleva lo óntico a la categoría de lo ontológico, es decir, a lo universal y trascendente. De aquí derivaría la verdadera importancia de la persona (24).

Francia representa otra crucial base europea para el entendimiento de la importancia de la persona. Se deben reconocer aquí los fundamentales aportes conceptuales, antropológicos y sociales hechas por la Revolución Francesa en términos de los Derechos Humanos. Estos están consagrados en la Constitución de las Naciones Unidas. Desde allí, representan las bases legales para que los pacientes

puedan exigir respeto por sus derechos humanos, independientemente de la severidad de su enfermedad o discapacidad, en consonancia con las proclamaciones éticas kantianas. También vale la pena mencionar las contribuciones del francés Emmanuel Mounier y su filosofía de la persona presentada en su obra cumbre *Personalisme*, desplegando un concepto solidario y comunitario de la persona. Define Mounier a la sociedad humana como "Persona compuesta por personas" desplegando el concepto aristotélico de comunidad "Hombre mayor que comprende seres humanos individuales" (25).

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA

Dentro del campo médico y de la salud, han surgido desde mediados del siglo XX iniciativas enderezadas a corregir las distorsiones en la medicina mencionadas en la Introducción. Un hito pionero es la obra del médico general ginebrino Paul Tournier, *Médecine de la Personne* (26), en busca de la humanización de la profesión. Se focaliza Tournier en la promoción de las aspiraciones éticas del médico, acentuando sus aspectos espirituales. Otro precedente importante es el aporte de Carl Rogers, en California, con una fundamental aproximación a la persona para optimizar la educación y el consejo psicológico (27). El desarrollo de la medicina de familia en Europa y Norte América resaltó el valor de una atención centrada en el paciente y su contexto, con énfasis en la continuidad de la atención clínica (28).

Una conceptualización más formal de la medicina centrada en la persona ha ido madurando a través de las Conferencias de Ginebra llevadas a cabo desde 2008 con la colaboración de las más importantes instituciones de la medicina y la salud ya mencionadas en la Introducción. De este proceso deriva la Red Internacional, ahora Colegio Internacional, de Medicina Centrada en la Persona (ICPCM en sus siglas en inglés) (2,29).

El ICPCM define capsularmente esta nueva perspectiva como una medicina que tiene como centro y meta la totalidad de la persona en su contexto. Ilustra esta contextualización el dictum de Ortega y Gasset, "Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo" (30), donde circunstancia incluye tanto al medio ambiente como al medio interno.

Un reciente estudio del ICPCM apoyado por la Organización Mundial de la Salud, dirigido a la conceptualización sistemática y medición de la atención centrada en la persona y la gente, ha identificado los siguientes como sus conceptos claves: compromiso ético, marco holístico, énfasis relacional, sensibilidad cultural, individualización de la atención, entendimiento diagnóstico y decisiones clínicas compartidas entre clínicos, paciente y familia, planeamiento de servicios de salud en colaboración con la comunidad y desarrollo de educación e investigación de salud centradas en la persona (31).

Como señalaba Shridhar Sharma, en comunicación personal, 2012: "Frente a la aproximación reduccionista prominente en la medicina moderna (emblemática por la así llamada medicina personalizada focalizada exclusivamente en lo biológico y genético), la medicina centrada en la persona valora los avances biológicos y genéticos, y los procesa dentro del marco de la totalidad de la persona y su contexto. En esta perspectiva, la ciencia es instrumento esencial y el humanismo es la esencia de la medicina.

Frente a la denominada Medicina Basada en Evidencias (EBM en inglés), focalizada en una estandarización del accionar clínico asentada exclusivamente en estudios con grupos de pacientes, la Medicina Centrada en la Persona (PCM en inglés) propone una medicina informada por la evidencia y la experiencia y orientada a la persona en su totalidad.

ATENCIÓN CLÍNICA CENTRADA EN LA PERSONA

Como ha puntualizado Calderón, la medicina centrada en la persona es tanto un principio como una estrategia clínica fundamental (32).

La atención clínica centrada en la persona formulada por el ICPCM (2) involucra una medicina de la persona (abarcando la totalidad de su salud, de la enfermedad a la salud positiva), para la persona (dirigida a promover el florecimiento del proyecto de vida de cada quien), por la persona (con los clínicos desplegándose como personas cabales, profesionalmente competentes y con altas aspiraciones éticas), y con la persona (en relación respetuosa de su dignidad y autonomía, empoderando a la persona que busca ayuda).

Y en opinión de Juan Mendoza-Vega, en una comunicación personal del 13 de enero de 2015: "Es fundamental conseguir que el profesional de la salud comprenda la importancia de la comunicación y adquiera las habilidades y destrezas que le permitan ejercerla con éxito en todas sus actividades. Esto debe incluir un dominio adecuado de su lengua materna, así como el conocimiento de lenguas ancestrales si ellas son usadas por personas a las cuales deba atender.

Una actividad clínica clave es el diagnóstico. Por tanto la implementación de la medicina centrada en la persona en un ambiente clínico requiere un modelo diagnóstico adecuado que el ICPCM ha diseñado como Diagnóstico Integral Centrado en la Persona (PID en inglés) (33), el cual está dirigido a obtener colaborativamente entre clínicos, paciente y familiares una formulación que describa el estado de salud (de la enfermedad al bienestar), factores contribuyentes y expectativas de salud, utilizando categorías, dimensiones y narrativas. Este modelo diagnóstico ha sido aplicado en la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada (GLADP-VR) publicada por la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (34) para el uso de los profesionales de la salud en Latinoamérica. La GLADP-VR utiliza para la descripción de las enfermedades las categorías y códigos de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (35), complementados por Anotaciones Latinoamericanas para facilitar un mejor entendimiento culturalmente informado de la presentación clínica. Los dominios informativos de la GLADP-VR incluyen los siguientes niveles: a) Estado de Salud (desde los trastornos y la discapacidad al bienestar, todos evaluados con categorías y dimensiones estándar, modulando las categorías y códigos de enfermedad con Anotaciones Latinoamericanas); b) Factores Contribuyentes a la Salud (factores de riesgo y factores de protección formulados con categorías y narrativa); y, c) Experiencia y

Expectativas de Salud (incluyendo los valores y deseos del paciente, con una formulación semi-estructurada y narrativa).

Respecto al abordaje terapéutico en la medicina centrada en la persona, conviene recordar el aforismo hipocrático indicando que el médico no siempre cura (muy del caso con las prevalentes enfermedades crónicas), frecuentemente mejora, y siempre puede consolar. Esto encaja muy bien con el papel del añorado médico de cabecera.

Debe notarse que ciertas actividades y tareas importantes para la aplicación idónea de una medicina centrada en la persona no han sido siempre consideradas adecuadamente en la clínica tradicional. Una de ellas es una efectiva comunicación clínica a todo nivel (36), particularmente entre médico, paciente y familia (37) y entre los miembros del equipo profesional (38). Otra involucra el establecimiento de una matriz común entre clínicos, paciente y familia que permita que el diagnóstico devenga en entendimiento compartido y que las decisiones clínicas se tomen compartidamente (39,40).

También pertinente es considerar que la atención clínica completa debe incluir, aparte de la intención curativa, una intención preventiva y acciones dirigidas a la promoción de la salud, particularmente a la clarificación y facilitación del proyecto de vida del paciente. Estas últimas tareas implican una articulación de las vertientes clínica y de salud pública de la medicina centrada en la persona.

EDUCACIÓN MÉDICA CENTRADA EN LA PERSONA

Las áreas internacionales prominentes para desarrollar una educación médica centrada en la persona (41) incluyen las siguientes:

- a. Bases conceptuales: ética y persona, comunicación clínica (en lenguas pertinentes a la población involucrada), integración de salud general, mental y pública, ciencias sociales, y humanidades.
- b. Organización, cultura y salud institucionales.
- c. Selección y desarrollo profesional y personal de los estudiantes durante sus años formativos y a lo largo de sus vidas.
- d. Selección y desarrollo profesional, pedagógico y personal de los profesores y tutores.
- e. Interacciones entre estudiantes, profesionales, pacientes y familiares: equipos profesionales multidisciplinarios, pacientes y familiares como instructores, reuniones grupales.
- f. Diversificación de los ambientes clínicos y comunitarios para la educación médica.
- g. Desarrollos curriculares: principios guía centrados en la persona, experimentos curriculares, organización longitudinal y transversal de los programas.
- h. Temas especiales: Ilustrativamente se puede mencionar atención a personas particularmente vulnerables y que requieran cuidados especiales tales como aquellas de edad avanzada y a quienes entran en la etapa final de la vida (Juan Mendoza Vega, comunicación personal del 13 de enero, 2015).
- i. Métodos educacionales: Ejercicios comunicacionales, aprendizaje reflexivo, aprendizaje grupal con pacientes y otras personas, acompañando al instructor, video grabaciones retroalimentadoras, ejercicios en la comunidad, utilización de las narrativas y el arte, establecimiento de bases comunes de entendimiento y acción, entrevistas motivacionales, competencia y rendimiento.

Entre las iniciativas para una educación médica centrada en la persona en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (32,42) están las siguientes: aplicaciones programáticas con énfasis en ética, fundamentos humanos y sociales, comunicación clínica, apropiado uso de la tecnología y la evidencia científica, consideración del perfil del ingresante y del egresado, currículo por competencias, trabajo comunitario, electivos en humanidades, evaluación y co-evaluación de desempeño. Se busca también que el médico oriente su relación con el paciente de una manera horizontal y simétrica para facilitar que el clínico escuche, entienda, respete y se comprometa (43).

En la Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, con pertinencia a educación médica centrada en el estudiante como persona, Perales y colaboradores han desarrollado estudios sobre la conducta suicida y salud mental de los estudiantes de las Escuelas de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Nutrición y Tecnología Médica que integran dicha Facultad, con resultados preocupantes (44-47), por lo cual se están llevando programas de formación ética, programas de tutoría para estudiantes con el involucramiento de profesores seleccionados y convenientemente capacitados (48,49), a los que se suman estudios sobre el perfil de los estudiantes (50).

Asimismo, a través de su Instituto de Ética en Salud, se ha creado un Preventorio para el Desarrollo Humano que persigue formar al estudiante no solo en los aspectos técnico-científicos, sino en su maduración humana durante el curso de los siete años que dura la carrera universitaria (44). Por otro lado, aprovechando las múltiples escuelas de profesionales de salud bajo la égida de la Facultad de Medicina, se está contemplando programas de formación interdisciplinaria complementarios a los centrados en cada carrera (50).

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA SOBRE SALUD CENTRADA EN LA PERSONA

La Declaración de Ginebra 2013 sobre Investigación en Salud Centrada en la Persona (51) puntualiza la necesidad de profundizar investigaciones en medicina centrada en la persona (MCP) (entendida más ampliamente como salud centrada en la persona), así como promover que la investigación general en salud considere su dimensión centrada en la persona. Más específicamente, se ha identificado las siguientes líneas de investigación prioritarias: a) Clarificación conceptual, terminológica y ontológica y el refinamiento de MCP y de su relación con otras relevantes perspectivas y campos; b) Estudio de la complejidad de la salud, incluyendo la enfermedad, discapacidad y funcionamiento, capacidad de recuperación, recursos y bienestar, experiencias de salud y factores que contribuyen a la salud; c) Investigación en comunicación clínica; d) Exploración y validación de nuevos modelos, guías e instrumentos de evaluación diagnóstica; e) Investigación de principios y procedimientos de atención comprehensiva de salud centrada en la persona; f) Estudio de los principios y procedimientos de salud pública centrada en la persona y en la gente, incluyendo el diseño, evaluación, implementación, costos e impacto de los servicios y las políticas; g) Investigación sobre la educación y el entrenamiento centrados en la persona, incluyendo el desarrollo y

evaluación de currículos y de actividades centradas en el estudiante; h) Desarrollo de una plataforma y subestructuras informativas basada en internet para apoyar las actividades y la investigación sobre MCP a través de grupos de trabajo y colaboración interinstitucional y académica.

Las propuestas para la investigación científica centrada en la persona en la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (52), incluyen las siguientes:

- a. Conceptualización y medición de atención centrada en la persona en colaboración con el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona.
- b. Desarrollo de procedimientos para el diagnóstico centrado en la persona (PID en inglés) en ambientes de medicina general.
- c. Evaluación de la aplicabilidad, confiabilidad, y validez del modelo de diagnóstico centrado en la persona, siguiendo una línea de investigación ya establecida (53).
- d. Investigación de salud positiva a través de estudios epidemiológicos.

POLÍTICAS DE SALUD CENTRADAS EN LAS PERSONAS

El desarrollo de políticas de salud centradas en la persona y la comunidad a nivel global incluyen la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 2009 (54) -donde por primera vez se identificó a las personas como objetivo de la atención de salud-, el Programa de Trabajo 2014-2019 de la OMS (55) -cuyo pivote fundamental es acceso universal a una atención integrada y centrada en las personas-, y la Estrategia para Servicios Integrados y Centrados en las Personas (56) cuyo desarrollo está actualmente en curso. Otros documentos globales pertinentes son las Declaraciones de Ginebra sobre Atención Centrada en la Persona para las Enfermedades Crónicas (57) y sobre Atención Integrada y Centrada en las Personas (58,59).

En reuniones en el curso de 2014 auspiciadas por la Academia Nacional de Medicina del Perú se presentaron y discutieron un conjunto de propuestas sobre políticas de salud centradas en la persona. Una de ellas postula que la persona debe ser centro fundamental tanto de las políticas de salud como de las de gobierno en general, arguyendo que todas estas deben tener como fin prioritario promover el bienestar de las personas (16).

Se presentó también una propuesta para construir políticas de salud involucrando la promoción de proyectos de vida de las personas. Un ejemplo ilustrativo es el estudio colombiano del Consejo Nacional de Política Económica y Social de Colombia (2012) sobre la prevención del embarazo adolescente a través de proyectos de vida (8). La promoción del desarrollo humano y el proyecto de vida implica las siguientes líneas específicas: 1) Formación de agentes educadores de la sociedad; 2) Participación y empoderamiento efectivo de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; 3) Desarrollo de oportunidades para personas en estos grupos etarios y sus familias; 4) Protección, garantía y restitución de sus derechos; y, 5) Fortalecimiento o transformación de prácticas sociales.

Se destacaron, también, en las reuniones en Lima mencionadas anteriormente, los siguientes puntos (60):

1. Privilegiar el trabajo en equipo de profesionales con criterio de unidad e integralidad.
2. Priorizar las acciones de prevención, promoción y detección temprana de enfermedades mediante la participación universal del médico general y el fortalecimiento de los primeros niveles de atención.
3. Organizar a nivel nacional redes territoriales funcionales e integrales, con la participación de todos los prestadores tanto públicos como privados.
4. Mantener permanente la coordinación entre los gobiernos nacional, regional y local, y promover el uso racional de la tecnología apropiada.
5. Educar a la población, desde temprana edad y optimizar los sistemas de crianza para desarrollar hábitos de higiene y estilos de vida saludables.
6. Sin descuidar la investigación bio-médica, debe promoverse la de carácter social y epidemiológico que permita conocer mejor la realidad sanitaria del país y favorecer una acción más efectiva.
7. Establecer el suficiente grado de coordinación entre la Universidad y el Sistema de Salud, promoviendo la mayor excelencia profesional y ética del estudiante y privilegiando el desarrollo de médicos de familia y especialistas en las áreas que más se requieran.
8. Considerar los factores de riesgo, vulnerabilidad y resiliencia para la promoción de la salud.

PALABRAS FINALES

El presente artículo ha revisado concisamente consideraciones históricas, filosóficas, educacionales, de investigación y de salud pública hacia una medicina y salud centradas en la persona. En este empeño ha acentuado contribuciones históricas, culturales y científicas latinoamericanas.

En este contexto, se ha puntualizado que la medicina centrada en la persona (MCP) valora los avances biológicos y genéticos, así como los psicológicos y socio-culturales y los procesa dentro del marco de la totalidad de la persona, articulando la ciencia como instrumento esencial y el humanismo como la esencia de la medicina. Frente a formulaciones epistemológicas reduccionistas, la MCP propone una medicina informada por la evidencia y la experiencia y orientada a la persona en su totalidad.

Se arguye que la relevancia de la persona se extiende más allá de la medicina y la salud para alcanzar a otros sectores y actividades sociales, incluyendo las políticas de gobierno, cuyo objetivo fundamental debiera ser el bienestar de las personas.

El trabajo sostenido latinoamericano para desarrollar una medicina y salud centradas en la persona se afirmará a través de una red colaborativa actualmente en construcción, con el auspicio de Academias Latinoamericanas de Medicina y la activa participación de otros

organismos latinoamericanos (gubernamentales y no-gubernamentales, académicos y profesionales) relacionados con la salud. Tal organización latinoamericana engazará los esfuerzos en la región con otros similares a nivel global.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heath I. Promotion of disease and corrosion of medicine. *Canadian Family Physician*. 2005;51:1320-2.
2. Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Heath I. The International Network for Person-centered Medicine: background and first steps. *World Med J*. 2009;55:104-7.
3. Seguí CA. Tú y la Medicina. Lima: Editorial Poniente, 1993.
4. Seguí CA. La enfermedad, el enfermo y el médico. Madrid: Ediciones Pirámide S.A., 1982.
5. Delgado H. El Médico, la Medicina y el Alma. Lima: Ediciones Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1992.
6. Arroyo H et al. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. 1a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2010.
7. Castellanos L. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En: Martínez F, Castellanos P, Gili M, Marset P, Navarro V (eds). *Salud Pública*. Madrid: McGraw Hill Interamericana, 1998.
8. Consejo Nacional de Política Económica y Social de Colombia. Lineamientos para el Desarrollo de una Estrategia para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia y la Promoción de Proyectos de Vida para los Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes. Documento Conpes Social 147. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, República de Colombia, 2012.
9. Lalande A. Vocabulario Técnico y Crítico de la Filosofía. Trad por L. Alfonso y V. Quintero. Sociedad Francesa de Filosofía. Buenos Aires: Librería El Ateneo, 1953.
10. Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P, Bhatt N. Ayurveda and traditional Chinese medicine: A comparative overview. *Evidencebased complementary and alternative medicine*. 2005;2:465-73.
11. Ramose MB. The philosophy of the Ubuntu and Ubuntu as a philosophy. En: Coetzee PH, Roux APJ (eds). *The African Philosophy Reader (2nd ed.)*. New York/London: Routledge, 2003:230-8.
12. Montiel E. El humanismo americano. Filosofía de una comunidad de naciones. Asunción: Fondo de Cultura Económica, 2000.
13. Wolf E. Pueblos y Culturas de Mesoamérica. Mexico DF: Ediciones Era, 1967.
14. Anzures y Bolaños MC. Medicinas tradicionales y antropología. *Anales de Antropología I.I.A./ U.N.A.M. (México)*. 1978;15:151.
15. Mariátegui J. La concepción del hombre y de la enfermedad en el antiguo Perú. *Rev Neuropsiq*. 1992;55:156-66.
16. Ugarte O. Políticas de salud centradas en las personas. Presentado en la Reunión sobre Medicina Centrada en la Persona, Academia Nacional de Medicina, Lima, Perú, 3 de enero 2014.
17. Christodoulou GN (Editor). *Psychosomatic Medicine*. New York: Plenum Press. 1987.
18. Ierodiakonou CS). Medicine as a model for Aristotle's ethics and his person-centered approach. *Int J Person Centered Med*. 2014;4:31-4.
19. Jouanna J. Hippocrates. Translated by M.B. Debevoise. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999.
20. Santo Tomas de Aquino. *Suma Teológica*. Biblioteca Autores Cristianos. Editorial Católica, Lima, 1960.
21. Kant I. Critique of Practical Reason. Transl. Werner Pluhar. Indianapolis, Indiana: Hackett Publishing Company, 2002.
22. Guyer P. Kant's Groundwork for the Metaphysics of Morals. Ann Arbor: Continuum, U. Michigan, 2007.
23. Scheler M. El puesto del hombre en el cosmos. Buenos Aires: Lozada, 2003.
24. Heidegger M. Ser y Tiempo. Trad José Gaos. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1951.
25. Mounier E. El Personalismo. Buenos Aires: Eudeba, 1949.
26. Tournier P. Médecine de la Personne. Delachaux et Niestle, Neuchatel: 1940.
27. Rogers CR. On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
28. McWhinney IR. Family Medicine: A textbook. Oxford: Oxford University Press, 1989.
29. Mezzich JE. The construction of person-centered medicine and the launching of an International College. *Int J Person Centered Med*. 2011;2:6-10.
30. Ortega y Gasset J (1914). Meditaciones del Quijote. En: *Obras Completas de José Ortega y Gasset*. Vol 1. Madrid: Editorial Santillana, 2004:745-825.
31. Mezzich JE, Kirisci L, Salloum IM. ICPCM Project on the Systematic Conceptualization and Measurement of Person- and People-centered Care. Technical Report, New York: International College of Person Centered Medicine, 2014. *An Fac med*. 2015;76(1):63-70
32. Calderón JL. Medicina y educación médica centradas en la persona. Presentado en el Simposio sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona: Diálogo Universitario y Diálogo Nacional. Casa Honorio Delgado, UPCH, 19 diciembre 2013.
33. Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer L, Banzato CE, Wallcraft J, Botbol M. Person-centered integrative diagnosis: conceptual bases and structural model. *Canadian J Psych*. 2010;55:701-8.
34. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada (GLADP-VR). Lima: Sección de Diagnóstico y Clasificación, Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2013.
35. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
36. Van Dulmen S. Towards a guideline for person centered research in clinical communication; lessons learned from three countries. *Int J Person Centered Med*. 2012;2:58-63.
37. Amering M, Hofer H, Rath I. The First Vienna Trialogue - experiences with a new form of communication between users, relatives and mental health professionals. En: Lefley, HP, Johnson DL (eds): *Family interventions in mental illness: International perspectives*. Westport, CT: Praeger, 2012.
38. Ghebrehwet T. Effectiveness of team approach in health care: some research evidence. *Int J Person Centered Med*. 2013;3:137-9.
39. Adams N. Treatment planning as a strategy for promoting person-centered care. *Int J Person Centered Med*. 2011;1:440-5.

40. Care Services Improvement Partnership (CSIP) and the National Institute for Mental Health in England (NIMHE). Workbook to Support Implementation of the Mental Health Act 1983 as Amended by the Mental Health Act 2007. London: United Kingdom Department of Health, 2008.
41. Appleyard J, Mezzich JE, Ghebrehiwet T. Development and implications of the Zagreb Declaration on Person-centered Health Professional Education. *Int J Person Centered Med.* 2014;4:8-13.
42. Llosa MPL. Perspectivas de educación médica centrada en la persona en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Presentado en la Reunión de Academias Latinoamericanas de Medicina, Lima, 13 diciembre 2014.
43. Maguiña-Vargas C, Gonzalez-Mendoza J. Latin American educational perspectives for medicine focused on the person. *Int J Person Centered Med.* 2012;2:159-60.
44. Perales A, Alarcón J, Sánchez E, Arcaya M, Cortez E, Parhuana A, Caballero J, Carrera R, Torres H Conducta suicida en estudiantes de medicina de una universidad nacional peruana. En: *Violencia y Trauma en el Perú. Desafíos y Respuestas.* En: Bustamante I, Rivera M, Matos L (Eds). Programa Trauma y Salud Global. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia y McGill University. 2013:105-13.
45. Perales A, Sánchez E, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Nutrición de una universidad pública peruana. *Rev Neuro Psiqu.* 2013;76(4):231-5.
46. Perales A, Sánchez E, Arcaya M, Cortez E, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Tecnología Médica de una universidad pública peruana. *El Antoniano.* 2014;126:11-5.
47. Perales A, Sánchez E, Rosas M, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de la Escuela de Obstetricia de una universidad pública peruana. *Rev Peru Psiqu.* 2014;4(1):5-9.
48. Perales A. Perspectivas sobre investigación de salud centrada en la persona. Presentada al Seminario de Medicina Centrada en la Persona, Casa Honorio Delgado, Lima, diciembre 19, 2013.
49. Perales A. Educación médica en Latinoamérica centrada en la persona. Presentado en la Reunión de Academias Latinoamericanas de Medicina, Lima, 13 diciembre, 2014.
50. Vildozola H. Perspectivas de educación médica centrada en la persona en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Presentado en la Reunión de Academias Latinoamericanas de Medicina, Lima, 13 diciembre, 2014.
51. Salvador-Carulla L, Cloninger CR, Thornicroft A, Mezzich JE. 2013 Geneva Declaration Consultation Group: Background, Structure and Priorities of the 2013 Geneva Declaration on Person-centered Health Research. *Int J Person Centered Med.* 2013;3:109-13.
52. Saavedra JE. Perspectivas sobre investigación en salud centrada en la persona. Presentada al Seminario de Medicina Centrada en la Persona, Casa Honorio Delgado, Lima, diciembre 19, 2013.
53. Saavedra JE. The revision of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP) and an initial survey on its utility and prospects. *Int J Person Centered Med.* 2012;2:214-21.
54. World Health Organization. Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. En: *Sixty-Second World Health Assembly, Geneva, 18–22 May 2009. Resolutions and decisions.* Geneva, 2009 (WHA62/2009/REC/1), Page 16.
55. World Health Organization. Programa de Trabajo 2014-2019 de la OMS. Geneva: World Health Organization, 2013.
56. World Health Organization. Estrategia de la Organización Mundial de la Salud para el Desarrollo de Servicios Integrados y Centrados en las Personas. Geneva: World Health Organization, 2014.
57. International College of Person Centered Medicine. Geneva Declaration on Person Centered Care for Chronic Diseases. *Int J Person Centered Med.* 2012;2:153-4.
58. International College of Person Centered Medicine. 2014 Geneva Declaration on Person- and People-centered Integrated Health Care for All. *Int J Person Centered Med.* 2014;4:67-8.
59. Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer L, Schwartz M, Appleyard J, Goodwin N, Groves J, Hermans M, Mezzich JE, Van Staden CW, Rawaf S: A Time for Action on Health Inequities: Foundations of the 2014 Geneva Declaration on Person- and People-centered Integrated Health Care for All. *Int J Person Centered Med.* 2014;4:69-89.
60. Arce M. Servicios de salud centrados en la persona y la comunidad. Presentado en la Reunión de Academias Latinoamericanas de Medicina, Lima, 13 diciembre 2014.

Declaración de Lima 2021

Cuidado mutuo e integral de salud orientado al bienestar de todas las personas

Resultante del 7a Jornada Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona llevada a cabo como un evento virtual desde Lima, Perú, del 16 al 18 de diciembre de 2021. Organizada por la Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona (RLMCP), el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona (ICPCM), el Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU, con los auspicios de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, las Asociaciones Peruana y Uruguaya de Medicina Centrada en la Persona, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Considerando

- 1. Que la medicina moderna viene desvirtuándose en una aproximación comercial y reduccionista que centraliza su interés en órganos y enfermedades, con el riesgo de generar fragmentación, deshumanización e inequidad de la atención clínica y al descuidar a de las personas en sus roles de pacientes, familiares o profesionales de la salud, ha surgido en el 2005 Como respuesta a esta tendencia un movimiento global que busca afirmar a la persona dentro de su contexto como centro de la salud, concorde con la medicina precolombina con su enfoque del buen vivir basado en un equilibrio armónico entre los mundos interno, el social y ecológico. Esta sabiduría milenaria se articuló en la constitución de la OMS en 1946 estableciendo la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, así como responsabilidad y derecho humanos y no un artículo de consumo.**
- 2. Que la Declaración de Alma-Ata de 1978, ratificada en Astana (2018), aspira a la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia fundamental, inclusiva, efectiva y equitativa de salud. Que esto articula la estrategia de salud universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La medicina de la persona y la APS forman la base de la estrategia del Cuidado Integral de Salud Centrado en las Personas descrito en las políticas de salud de la OMS desde 2008.**
- 3. Que la medicina centrada en la persona (MCP) involucra una medicina de la persona (de la totalidad de su salud), para la persona (dirigida a promover el bienestar y florecimiento de todas las personas); por la persona (los profesionales de la salud) y con la persona (acompañando y empoderando respetuosamente a aquellos que buscan cuidados de salud). La MCP postula una medicina informada por la evidencia científica y los recursos, valores y experiencias de las personas involucradas. El Colegio Internacional y la Red Latinoamericana de MCP, están contribuyendo al fortalecimiento de las bases filosófica de la persona como eje y protagonista de su salud.**
- 4. Que es pertinente analizar las experiencias globales y latinoamericanas de la actual pandemia por Covid-19, exponiendo la fragilidad de los sistemas de salud, la frecuente toma de decisiones políticas sin fundamento científico, la deshumanización en el cuidado de salud, la falta de apoyo al equipo de salud y la desatención a las sabidurías ancestrales presentes en la comunidad.**

Recomendamos

- 1. Añadir una dimensión ecológica al concepto de salud por su impacto en el bienestar, cabal sentido de identidad, el cambio climático y las pandemias emergentes como la obesidad, el sedentarismo y las infecciones como la COVID-19.**
- 2. Optimizar el empoderamiento hacia el intercuidado (cuidado mutuo), el autocuidado, el cuidado ambiental y el liderazgo de las comunidades y organizaciones sociales sobre la salud.**
- 3. Promover la salud positiva, la salud mental, el capital social y la equidad como aspectos transversales y fundamentales en todas las acciones de salud.**

- 4. Invertir en recursos para la salud tales como mejorar la enseñanza virtual, apoyar al desarrollo personal y bienestar de estudiantes y personal de salud, generalizar contratos estables incluyendo derechos sociales para el personal de salud, y asegurar un acceso efectivo y equitativo a tecnología y recursos fundamentales tales como vacunas y medicamentos.**
- 5. Facilitar la colaboración entre profesionales de la salud y ciencias sociales, autoridades locales, sectores relevantes (educación, economía, planificación urbana, etc.) y personas como parte de las políticas y sistemas de la salud que incluye atención a los determinantes sociales de la salud para promover la equidad, la solidaridad y la calidad a todo nivel, prestando especial atención a las personas más vulnerables**
- 6. Endosar los esfuerzos decididos y persistentes para la promoción de la salud y el bienestar, la prevención, detección temprana, tratamiento y control de enfermedades transmisibles de alto riesgo, así como la reducción de las enfermedades no transmisibles crónicas, mediante la integración de la APS con la salud pública.**
- 7. Fortalecer y renovar el liderazgo internacional cooperativo que articule y catalice los esfuerzos por una respuesta global cohesionada. En tiempos actuales de migración y desplazamientos masivos la aseguración de la salud requiere que ésta sea atendida adecuadamente en todos los países del mundo.**
- 8. Comprometer a todas las instituciones organizadoras y auspiciantes de este evento, particularmente la Red Latinoamericana y el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona, el Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) a cooperar entusiastamente en el cumplimiento y evaluación de las recomendaciones enunciadas.**

TIEMPOS DE CRISIS: OPORTUNIDADES PARA CONSTRUIR EL CAMBIO Y TRANSFORMACION DE LA SALUD

Fernando Carbone

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que *“Garantizar una cobertura sanitaria universal sin empobrecimiento, forma la base para lograr los objetivos sanitarios expuestos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)”*, siendo la salud para todos, el epicentro de todos los esfuerzos en beneficio de las personas, sus familias y la comunidad donde se desenvuelven. Es de señalar que a nivel mundial, 1 de cada 17 ciudadanos no accede a servicios de salud, que debieran serles accesibles; en el caso de nuestro país, dada su multiculturalidad, resulta en una problemática más aguda, dado que los servicios no reúnen condiciones que los hagan completamente inclusivos, con enfoque de género, e interculturales, y si bien estos aspectos han mejorado a lo largo de los años, resulta importante virar hacia la Universalización de la salud, que garantice el bienestar y la felicidad de las personas, potenciando sus capacidades con calidad, equidad y justicia social.

La Universalización de la salud implica fortalecer la Atención Primaria de la Salud (APS). Al respecto resalta lo señalado en el documento de la Comisión de alto Nivel de la OPS (2018) recogido en la Declaración de Astaná (OMS, 2018), en donde se hizo hincapié que los esfuerzos de los países a nivel mundial tras 40 años de la Declaración de Alma Ata, no habían sido contundentes; tal es así que al menos la mitad de la población mundial sigue careciendo de acceso a servicios sanitarios básicos, donde se incluye la atención a las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud materno infantil, la salud mental y la salud sexual y reproductiva, entre otras. En el marco de dicha Declaración los diversos países se comprometieron a fortalecer sus sistemas de atención primaria como paso esencial para lograr la cobertura sanitaria universal (CUS), para lo cual era necesario el incremento de la inversión a fin de lograr que esta sea sostenible. Los cuatro compromisos que se gestaron fueron a) tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores; b) establecer una APS que sea sostenible; c) empoderar a las personas y las comunidades, y d) alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales.

Al integrar principios preventivos dentro del cuidado de la salud, el objetivo final de la misma se centra en mejorar la salud de una población definida y también reducir las desigualdades sanitarias de dicha población; este enfoque busca mejorar los resultados en salud, particularmente en los individuos que no tienen acceso al cuidado de la misma, o si lo tienen, lo reciben en el lugar y el tiempo inadecuados.

El contexto mundial en torno a la pandemia por COVID-19 ha hecho evidente la necesidad, hoy más que nunca, de lograr la universalidad de la salud a través del fortalecimiento de la APS y del cuidado integral de la salud a todo nivel, mediante el uso de estrategias innovadoras (donde el papel del apoyo tecnológico es sustancial), de políticas de salud equitativas e inclusivas (donde el compromiso de todos los actores sociales logre potenciar el trabajo territorial), con financiamiento adecuado y en el que el ciudadano desarrolle sus potencialidades y sea feliz. Salud no es igual a no enfermar; salud es bienestar, es felicidad, es el vivir bien (el Sumak Kausay de los pueblos andinos).

El Ministerio de Salud comparte respetuosamente con el país, aportes para el cambio y la transformación de la salud en un contexto de crisis; queremos colaborar en la construcción consensuada de la ruta hacia la universalización de la salud, en el marco de una Política Nacional Multisectorial al 2030, PERÚ PAÍS SALUDABLE (PNMS) y otros macrocesos, políticas, herramientas e instrumentos, que aseguren que, tanto en un contexto como el actual, como en el de la vida cotidiana, haya una respuesta oportuna y centrada del sistema de salud para las personas, familias y comunidades.

El punto de partida para esta nota conceptual lo encontramos desde la Conferencia de Alma Ata, hasta su reiterativo en la Conferencia de Astana; desde la Carta de Ottawa, a la Declaración de “Salud en Todas las Políticas” de Helsinki; y en la documentación técnica nacional e internacional generada en torno a la APS, el trabajo del Primer Nivel de Atención (PNA) y la Salud Individual, Familiar y Comunitaria (SIFyC), que tienen antecedentes significativos en nuestro país, desde el trabajo de Manuel Nuñez Butrón en el altiplano Boliviano – Peruano en la primera mitad del siglo XX, y otras experiencias pasadas y recientes, que han apostado por la transformación de la salud en el Perú.

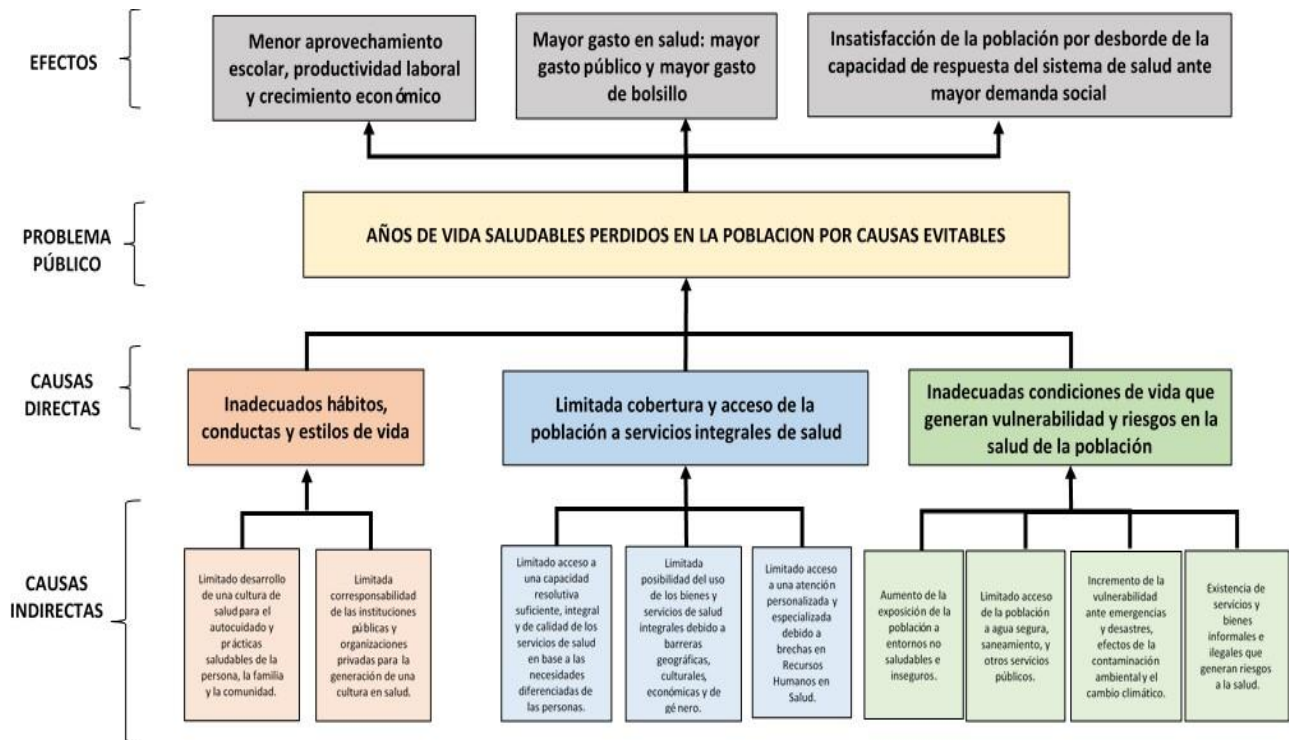
Agradecemos a todos los expertos de diferentes actores y espacios sanitarios, que han tenido a bien opinar, sugerir y mejorar lo aquí compartido.

I. PROBLEMÁTICA. APROXIMACION DIAGNOSTICA

Existe una gran cantidad de publicaciones diagnosticas sobre el sector; tomándolas en cuenta, queremos aproximarnos de forma más cualitativa, esquemática y global a la situación del mismo. Igualmente señalamos que, en materia de los principales indicadores sanitarios, en el primer trimestre del 2021. se podrá conocer la situación de los mismos al término del 2020.

- **EFFECTO FINAL.**
Incremento de las discapacidades y la mortandad en la población peruana por causas evitables y controlables en salud.
- **EFFECTOS INDIRECTOS.**
 - a) Menor aprovechamiento y desarrollo escolar, productividad laboral y crecimiento económico.
 - b) Mayor gasto en salud: público y de bolsillo.
 - c) Insatisfacción de la población y mayor demanda social.
- **PROBLEMA PÚBLICO CENTRAL**
Pérdida de vidas humanas y discapacidades en la población peruana, por causas evitables y controlables en salud.
- **CAUSAS DIRECTAS E INDIRECTAS**
 - Inadecuados hábitos, conductas y estilos de vida.
 - Limitado desarrollo de una cultura del autocuidado, cuidado integral y prácticas saludables de la persona, la familia y comunidad.
 - Limitado desarrollo de capacidades humanas y estilos de vida en salud de la persona, la familia y comunidad.
 - Limitada corresponsabilidad de los actores involucrados en la generación de cultura, prácticas y ambientes saludables.
 - Transición demográfica y epidemiológica.
 - Limitada cobertura y acceso a servicios de salud de la población. Sobredemanda de la atención.
 - Limitada cobertura e insuficiente, desintegrada y de mala calidad de los servicios de salud, no basada en las necesidades de salud de las personas.
 - Limitada posibilidad del uso de los bienes y servicios integrales de salud por barreras geográficas, sociales, culturales y económicas.
 - Limitado acceso a una atención personalizada, diferenciada, humana por brechas en recursos humanos, económicos, tecnológicos, físicos en salud.
 - Insuficiente capacidades y competencias en Gestión, Gobernanza y Prestación efectiva territorial.

ARBOL DE PROBLEMAS



- Inadecuadas condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud de la población. Inequidades en grupos vulnerables (determinantes sociales).
 - Aumento de la exposición de la población a entornos no saludables e inseguros.
 - Limitado acceso de la población a agua segura, saneamiento otros servicios públicos.
 - Incremento de la vulnerabilidad ante la contaminación ambiental, cambio climático, epidemias, pandemias, emergencias y desastres naturales.
 - Existencia de servicios y bienes informales e ilegales que generan riesgos en la salud.
 - Modelos económicos sociales en transición, vulnerables y fácilmente afectables por una crisis o catástrofes sanitarias.

II. UNA NUEVA CONCEPTUALIZACION DE LA SALUD

Un cambio y transformación de la salud, de las políticas, del sistema y del modelo sanitarios, de los instrumentos y herramientas que lo hagan posible, requiere un nuevo mapa mental, un nueva concepción, adecuadamente articulada y armonizada.



Elaboración Propia. MINSA 2019.

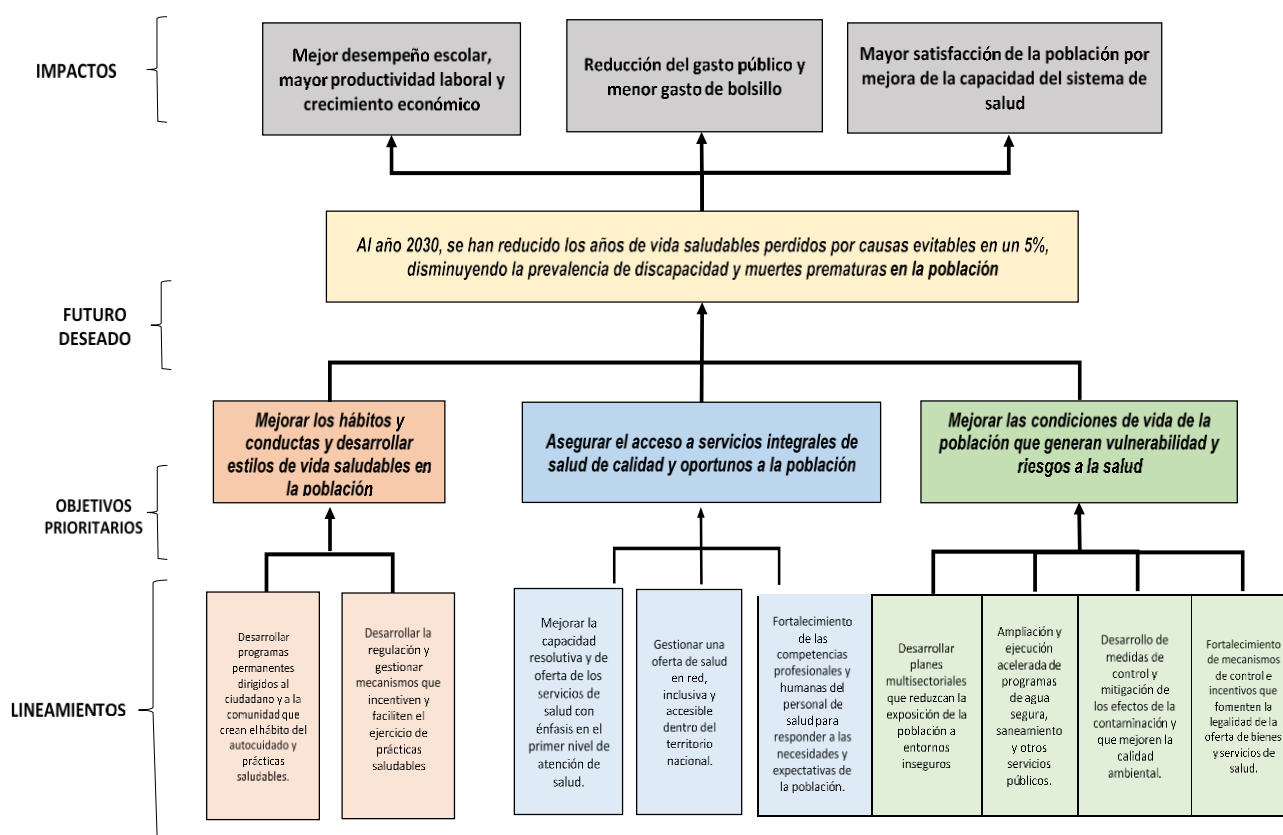
- **Principios Fundamentales**
 - El enfoque de derechos: derecho humano a la salud.
 - La seguridad social universal.
 - El acceso y cobertura universal de la salud, centrados en la persona, familia y comunidad.
 - El enfoque territorial, intercultural y de participación social, basados en la Atención Primaria de Salud (APS) y la Salud Individual, Familiar y Comunitaria (SIFyC).
 - La equidad eliminando las diferencias innecesarias y evitables.
 - La solidaridad como el camino para construir la justicia y la equidad.
 - La política como el arte de construir consensos, buscando el bien común (David Tejada de Rivero).
- **Atributos / Características**
 - La humanización de los cuidados de salud: calidad, calidez e integralidad de los cuidados de salud, de forma oportuna.
 - La equidad e igualdad de oportunidades: *"Personas que Cuidamos Personas"*.
 - El modelo prestacional relacionado al cuidado integral de la salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI).
 - La organización de los servicios de forma ecosistémica nodal, en Redes Integradas de Salud (RIS), con preeminencia del Primer Nivel de Atención (PNA).

- Un sistema público de salud integrado y unificado.
- El abordaje de los determinantes sociales y las necesidades básicas insatisfechas de la población, a través de la promoción de la salud y la prevención de riesgos.
- La rectoría, gobernanza y gestión, como roles y tareas irrenunciables del Estado.
- El financiamiento adecuado, suficiente, solidario y sostenible: la salud como base del desarrollo social y económico de la nación.

III. PROPUESTA

Al año 2030, se han reducido los años de vida saludables perdidos por causas evitables en un 5%, disminuyendo así la prevalencia de discapacidad y muertes prematuras (PNMS).

ARBOL DE SOLUCIONES



Árbol de soluciones. Política Nacional Multisectorial al 2030, PERU PAIS SALUDABLE. MINSA.2020.

i. OBJETIVO GENERAL

Lograr la Universalización de la Salud de una manera equitativa con enfoque de derechos, con una política de desarrollo del potencial humano de los prestadores del sector salud (personal asistencial y administrativo del MINSA, EsSalud, FF.AA. y FF.PP. y sector privado), con equidad de género e intercultural, con amplia participación y compromiso articulado entre los diversos niveles de gobierno, intersectorialidad, sector privado y sociedad civil, y orientada al bienestar, desarrollo pleno y felicidad de las personas, familias y comunidades.

ii. OBJETIVOS PRIORITARIOS (OP)

- OP1: Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población.
- OP 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población.

- OP3: Mejorar las condiciones de vida de la población, que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud.

iii. **ESTRATEGIAS**

Generales/transversales

- Una Política Nacional Multisectorial de Salud, es un marco para el cambio y la transformación de la salud, aporta ideas para la unificación del sistema (propuesta en evaluación/construcción por el Acuerdo Nacional - AN) y respalda el crecimiento progresivo de la CUS a toda la población del país. Su implementación en forma conjunta por los diversos actores en tono a la salud, es la forma de consolidar la lucha contra la Covid, y de recuperar un sistema de salud con direccionalidad, integrador e incluyente, donde todos consideremos la salud como bienestar y no nos olvidemos de ella una vez controlada la pandemia. Somos el primer país en las Américas con una política como la señalada, elaborada por trece sectores, el Consejo Nacional y los Consejos Regionales de Salud y que con motivo de su planificación podrá ser mejorada con la flexibilidad que la diversidad de nuestro territorio y país precisa.
- La construcción de un sistema unificado de salud que:
 - Asegure el ejercicio pleno del derecho a la salud en el marco de la seguridad social, a través del acceso y la cobertura universal a los cuidados de la salud que el Estado garantiza y del cual es responsable.
 - Se centre en el bienestar y la salud de la persona, la familia y la comunidad (SIFyC) que está basado en la APS, con oportunidad, equidad, calidad y calidez, reduciendo rápida y sustantivamente el gasto de bolsillo; que brinde un cuidado continuado a través de todos los establecimientos del sistema.
 - Se construya progresivamente a través de la PNMS y se implemente a través del Modelo de Cuidados por Curso de vida (MCI), tomando en cuenta los determinantes sociales, con enfoque de derechos humanos, de género e interculturalidad, y territorialidad, con participación ciudadana en todos los espacios, y a cargo de equipos multidisciplinarios de salud completos, competentes, comprometidos y con condiciones laborales dignas; un modelo en que la prestación de servicios no está centrada en la cantidad de servicios prestados, sino en el valor (resultado global en salud relativo a la calidad de la asistencia y su costo integral) de los mismos.
 - Sea financieramente sostenible, funcione de manera descentralizada en todo el territorio nacional bajo la rectoría del Ministerio de Salud, con una gestión transparente, eficaz, eficiente, con articulación intersectorial e intergubernamental, e incluye de manera complementaria la oferta del sector privado.
 - Cuenten con una estructura ecosistémica nodal basada en Redes Integradas de Salud (RIS), articuladas a un sistema de referencias y contrarreferencias, con un Primer Nivel de Atención (PNA) fortalecido como puerta de acceso al sistema de salud.
- Consolidar políticas públicas, orientadas al desarrollo de un sistema de salud equitativo, justo y solidario, con enfoque de derechos, de género e interculturalidad.
 - Una nueva salud implica afirmar la APS en el sistema. La prevención de riesgos y la promoción de una cultura de la salud se deben privilegiar, sin dejar de atender la recuperación y la rehabilitación de la salud perdida. Queremos recuperar la humanización del sistema de salud.
 - Organizar y/o reorientar los servicios de salud, privilegiando la APS en todos sus niveles, y fortaleciendo en especial el PNA.
 - Desarrollar la gestión territorial, con participación y compromiso activo de todos los actores sociales, niveles de gobierno, sectores diversos, sector privado y sociedad civil, promoviendo la participación de la comunidad organizada en las decisiones de salud: organizaciones de base, ACS y Terapeutas Tradicionales (TT) participan en la planificación y desarrollo de actividades de salud de los establecimientos del PNA.
- Gestionar el financiamiento de los requerimientos para el desarrollo del sector salud, contando con un presupuesto acorde al logro de los objetivos nacionales y el contexto mundial.
 - Fortalecimiento del SIS, como seguro público. Mejorar los fondos para problemas de salud catastróficos y/o de alto costo.
 - Integrar progresivamente el financiamiento proveniente de diferentes fuentes públicas y garantizar su administración integrada, eficiente y transparente.
 - Incorporar mecanismos de gestión y/o financiamiento externo, tales como las asociaciones público-privadas (APP), obras por impuestos y otros, con la finalidad de lograr eficiencia operativa en el sistema sanitario público.
 - El financiamiento en salud debe incluir la promoción de la salud, la prevención de riesgos, el cuidado integral de la salud perdida (diagnóstico, recuperación, rehabilitación y paliación) en el marco de la inclusión progresiva del respaldo financiero de la seguridad social, con prestaciones médicas y de salud, económicas y sociales.
 - Garantizar el derecho a la portabilidad, a través del intercambio prestacional y otros mecanismos, a fin de asegurar

que todas las personas tengan acceso a la prestación de servicios, sin ningún tipo de distinción o restricción.

- Gestionar una política de desarrollo del potencial humano, en el contexto del desarrollo científico y tecnológico global en salud, con enfoque humanitario:
 - Planificar y seleccionar al personal de salud pertinente para la gestión de los objetivos y metas vinculados a la implementación de la APS en el MINSA. Fortalecer las Unidades de Gestión de RH del Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales.
 - Reducir las brechas de profesionales y trabajadores de salud existentes, de acuerdo con las necesidades territoriales, buscando la equidad de RH a nivel nacional.
 - En el marco de considerar a los servicios y a los trabajadores de salud como esenciales y un bien público, y para evitar la alta rotación y la pérdida de personal que afecten la continuidad de los procesos de operación y gestión en el sector:
 - institucionalizar la meritocracia y las líneas de carrera en los niveles estratégicos de dirección, misionales, asistenciales y de soporte del sistema sanitario;
 - desarrollar la escala remunerativa apropiada y la valorización del trabajo del personal para el reconocimiento de ascensos y reconocimientos; recompensar la generación del valor (la atención de salud centrada en las necesidades del paciente), a partir de servicios de calidad y eficientes;
 - impulsar el desarrollo de los procesos de bienestar y seguridad del trabajo, para el personal de salud en las instituciones del sistema nacional de salud.
 - Formar a los equipos básicos de salud con un enfoque multidisciplinario, con las competencias adecuadas para implementar el MCI y las RIS, a través de la Educación Permanente en Salud (EPS): formación en la acción, enfocada en la población.
 - Conducir la articulación docencia-servicio, gestionando las acciones necesarias para que la formación en salud (pregrado y segunda especialidad universitaria; técnica), implemente procesos eficientes de monitoreo y evaluación del desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud; evaluar formados y formadores.
- Crear una cultura sanitaria que empodere a la ciudadanía en el cuidado de su salud y que disponga de recursos, capacidades y competencias para tomar sus propias decisiones. Empoderar y fortalecer la participación social y de los usuarios de los servicios de salud, desarrollando su capacidad de veedores de la calidad, oportunidad e idoneidad de los servicios entregados por los financiadores/aseguradores y los prestadores; establecer alianzas comunitarias maduras para colaborar en soluciones compartidas.
- Hacer de un proceso de mejora continua de la calidad, un impulso permanente para el cambio y transformación de la salud.

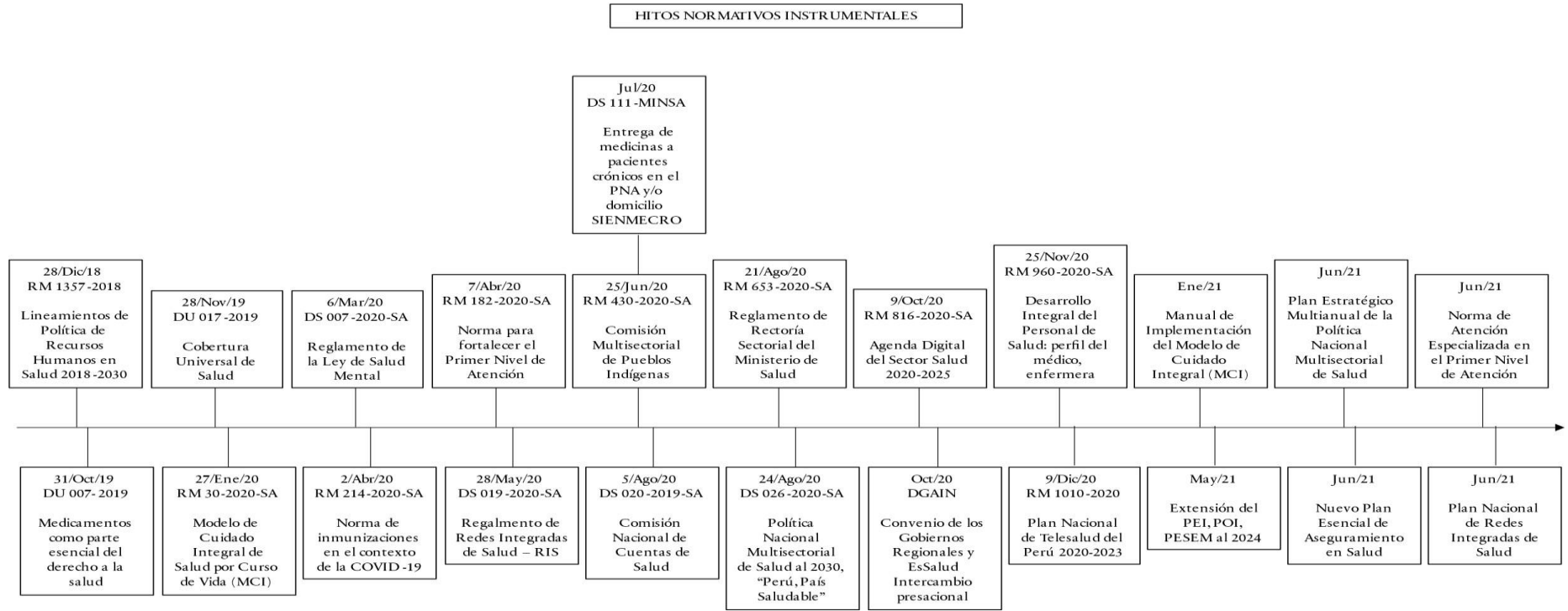
Específicas/ Temáticas

- Luchar contra la Pandemia y la afectación de la economía:
 - Mejorando el cumplimiento de las medidas preventivas en la población, a través de un espacio integrador que sume a las redes sociales, especialmente de los jóvenes, a quienes consideramos los guardianes de la salud.
 - Gestionando el conocimiento del personal de salud y aliados, capacitando a la Fuerza anti COVID - 19, los comités comunitarios formados, los promotores de salud (ACS) y los Terapeutas Tradicionales vinculados al primer nivel, en la detección precoz y la referencia para una atención oportuna.
 - Fortaleciendo competencias y capacidades del personal de salud en todos los niveles para un diagnóstico y tratamiento certeros, a través de la plataforma de Telesalud, la DIGEP y en la ENSAP, en coordinación con diversas áreas operativas.
- Poner a disposición de la población de un territorio, la relación de establecimientos del primer nivel, con información de su ubicación, horario, personal y capacidad resolutive, incluyendo otros establecimientos cercanos, que sean parte de una misma red.
- Mejorar y/o fortalecer la conectividad, la disponibilidad de los datos abiertos, la interoperatividad, estandarizando procesos, subprocesos, procedimientos, funciones y el equipamiento (incluyendo banda ancha) a nivel intergubernamental e intersectorial, así como de aseguradores públicos y privados y responsables de los procesos de soporte. Las tecnologías de la información son esenciales para el manejo y cuidado de la salud.
- Intensificar las actividades de inmunizaciones para que las coberturas anuales nunca estén por debajo del 90% y en lo

posible superen el 95%; fuera de la tasa de cobertura, la información debe estar en número de personas protegidas y tener como soporte el padrón nominado de personas vacunadas; proyectar este trabajo a la COVID – 19. Intensificar las intervenciones en lucha contra la anemia, la desnutrición crónica infantil, la muerte materno – perinatal, el cáncer y otras no trasmisibles, la prevención y recuperación de la TBC y las ETS, la planificación familiar integral, y otros problemas de salud que se vieron favorecidos por la Pandemia, para recuperar avances y alcanzar en el más breve plazo posible, las metas previstas antes de la misma.

- Mejorar las inversiones en infraestructura, equipamiento, mantenimiento preventivo de los anteriores y la dotación de insumos diversos de los diversos establecimientos de salud. Considerar la planificación en medios e insumos como una estrategia de largo plazo (inversiones multianuales), que supere la temporalidad de las gestiones de gobierno y/o sectoriales, y se incorpore en los planes de desarrollo a nivel regional y local.
- Implementar y fortalecer la transparencia, integridad y anticorrupción, tanto en los servicios públicos como privados, incluyendo las aseguradoras.
 - Intensificar el gobierno abierto en salud, con la apertura de toda la información pública disponible para los ciudadanos, impulsando la interacción de gobierno- ciudadanía en una relación bidireccional, que mejore la gestión pública sanitaria.
 - Implementar/fortalecer un sistema unificado de logística, que modernice la gestión de compras nacionales corporativas y cuente con un operador logístico de alcance nacional, fortaleciendo las ventajas en la negociación, oportunidad de precio y calidad en los productos adquiridos.
 - Desarrollar mecanismos que garanticen el acceso a la información pública en materia de productos farmacéuticos, insumos diversos y tecnologías sanitarias, considerando criterios de efectividad, seguridad, equidad y viabilidad de financiamiento, e incorporando su potencial uso en escenarios excepcionales (epidemias, pandemias, catástrofes de magnitud).
 - Implementar un sistema de monitoreo de la eficiencia del gasto en salud, mediante indicadores de resultados e incorporando la rendición de cuentas nacionales y regionales de salud enmarcadas en los principios de honestidad y legalidad, e ir más allá de la exposición pública sobre cómo se han gastado los recursos, incluyendo indicadores de logros y la documentación que sustente las inversiones.
- Fortalecer y/o intensificar la vigilancia epidemiológica y la capacidad de respuesta rápida y oportuna ante situaciones de riesgos y desastres, complementándolas con el apoyo a la investigación operativa nacional, el desarrollo permanente de nuevas tecnologías sanitarias y la intensificación de los intercambios de información y experticia con otros países y regiones. Tener amplio acceso a datos poblacionales.

iv. HITOS NORMATIVO – INSTRUMENTALES



v. LINEAS DE INTERVENCION. ACCIONES ESTRATEGICAS. HITOS Y METAS GENERALES¹.

LINEAS DE INTERVECION	ACCIONES ESTRATEGICAS	HITOS Y METAS GENERALES		
		CORTO PLAZO	MEDIANO PLAZO	LARGO PLAZO
1. Cambio a un sistema unificado en salud y culminación de la universalización de la salud. OP1, OP2, OP3	1.1 Desarrollar el Plan de Implementación (PEM) de la Política Nacional Multisectorial AL 2030 PERU PAIS SALUDABLE (PNMS).	<ul style="list-style-type: none"> Culminar el Plan (Instalar el Grupo de Trabajo Multisectorial GTM) gestionar la participación del CNS y los CRS; difundirlos e iniciar su desarrollo. Mejorar y difundir la PNMS. 	<ul style="list-style-type: none"> Avanzar en la Consolidación del Plan de implementación de la PNMS. Incorporar a los planes concertados regionales y provinciales de desarrollo, los contenidos del plan de la PNMS. 	Institucionalizar un cambio y transformación permanente del sistema de Salud.
	1.2 Culminar la Cobertura Universal en Salud (CUS), en el marco de la construcción progresiva de la seguridad social universal.	Cierre automático de brecha de aseguramiento con la obligatoriedad de que se incorpore a todos aquellos que no tienen seguro al SIS (cruce de bases de datos con otras IAFAS o al momento en que buscan atención).	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar progresivamente los cuidados de la CUS. Ampliar la CUS para todo residente en el país. Iniciar el avance a la seguridad social universal. 	Consolidar la seguridad social universal.
	1.3 Gestión de procesos y resultados orientados a salud.	Mejorar el POI, el PEI y el PESEM de los 13 sectores que participan de la PNMS.	Actualizar los POI, PEI y PESEM de los 13 sectores que participan de la PNMS y los Planes Concertados Cegionales y Locales, de acuerdo al cambio de la situación de salud.	
	1.4 Agenda Unificada Digital de Salud al 2025. Plataforma Informática y Gobierno Electrónico. Integrar la información y disponerla a los decisores regionales y nacional para decisiones rápidas y eficaces.	<ul style="list-style-type: none"> Construir la Historia Clínica Electrónica unificada (HCE). Emitir la norma para la receta electrónica unificada. Preservar la Data Multisectorial en salud, a través de un depósito temporal en el Data Center Nacional de la FAP. Inicio de los expedientes de los tres Data Center Nacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Instalar y expandir progresivamente en el país la HCE; identificar usuarios con el DNI, garantizando la portabilidad de la cobertura de aseguramiento. Culminar los tres Data center nacionales; migración de los mismos de los datos nacionales de salud. Informatización progresiva de todos los procesos de operatividad de las estrategias e intervenciones sanitarias con el uso de aplicativos. Desarrollar el registro unificado de los Datos en Salud que permitan estandarizar los procedimientos sanitarios, los productos farmacéuticos y otros; 	Culminar la expansión de la HCE en todo el país.
	1.5 Implementación de la calidad técnica en la gestión y prestación de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> Instalar la Dirección Ejecutiva de Calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Impulsar a partir de las acciones de mejora continua de la calidad, el cambio y transformación sectorial. Extender las acciones de mejora continua de la calidad a todo el país. 	

¹No se incluyen indicadores numéricos, porque se precisa conocer la línea de base de final del 2020 (influenciada por la Pandemia COVID 19), para proyectar las metas numéricas a alcanzar el 2021 y para los siguientes años. Estas cifras estarían disponibles el segundo trimestre del 2021.

	de salud, de la calidad humana en los resultados en salud y en la entrega de los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Recuperar las políticas, normas, e instrumentos de mejora continua de la calidad. Iniciar el Proyecto de Bienes Públicos Regionales (BID) sobre calidad. Formar expertos nacionales en calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Formar expertos regionales en calidad. Monitorear el desarrollo de la calidad en el país. 	
	1.6 Rectoría y Gobernanza.	<ul style="list-style-type: none"> Valorar la propuesta de un nuevo ROF. Establecer las infracciones y sanciones (reglamento) del reglamento de rectoría. Establecer listado de cambios normativos necesarios en torno a la salud. Iniciar depuración de normas. Reactivar el Consejo Nacional (CNS), los Consejos Regionales (CRS) y Provinciales de Salud (CPS), y la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS). 	<ul style="list-style-type: none"> Potenciar SUSALUD y su capacidad sancionadora. Evaluar la constitución de una autoridad sanitaria de Lima metropolitana. Culminar la depuración de la normativa sanitaria sectorial. Desarrollo de un observatorio de indicadores en materia de calidad, oportunidad, cobertura financiera y equidad, con acceso público a fuentes de datos. Potenciar el área de Salud Ocupacional. 	
	1.7 Reorientación de la gestión administrativa y operativa del sistema de salud.	Simplificación de trámites para el acceso a atenciones, DNI como instrumento.	Analizar y evaluar el desarrollo y resultados de las asociaciones público-privadas (APP) y otras modalidades mixtas de financiamiento de la salud.	
2. Fortalecimiento del primer, segundo y tercer nivel de atención en el contexto de las redes integradas de salud, y a través de la transversalización de la Atención Primaria de la Salud. OP1, OP2 (Lucha contra la Pandemia de COVID-19, sin descuidar los problemas NO COVID, con	2.1 Desarrollo del Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida, para la Persona, Familia y Comunidad (MCI).	<ul style="list-style-type: none"> Culminar el manual de Implementación del MCI. Completar los aspectos instrumentales del manual. Iniciar la implementación articulada del MCI con las RIS en el país. 	<ul style="list-style-type: none"> Extensión a todo el país del MCI. Gestionar la línea de financiamiento directo para la operación del MCI. 	MCI en todo el país, con línea de financiamiento propia.
	2.2 Redes Integrales de Salud (RIS): expansión e integración de servicios de salud en redes nodales ecosistémicas y por territorio.	<ul style="list-style-type: none"> Culminar el reconocimiento resolutivo firme de las RIS ya estructuradas. Plan de Implementación de las RIS. Plan de gestión de las RIS. Planes de salud de fronteras. Diseño de intercambios técnicos con otros países. Plan de salud de los pueblos indígenas. Iniciar implementación de RIS públicas MINSAL / GORES por el PCRIS (equipos e infraestructura para el PNA y el nivel hospitalario). Alta complejidad en lista priorizada. 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliación de las RIS estructuradas / reconocidas del MINSAL y GORES, hasta alcanzar el total nacional previsto. Incorporación a las RIS de otras IPRESS públicas o privadas. Culminar la implementación de RIS por el PCRIS, de equipos e infraestructura para el PNA y el nivel hospitalario. Incorporación a la RIS de IPRESS privadas. Implementación del PNA de las RIS por el Presupuesto Público. Intercambios técnicos con otros países. MINSAL y ESSALUD reciben a asegurados indistintamente, en el PNA. 	<p>Institutos y Hospitales de MINSAL, ESSALUD y otros atienden a sus asegurados indistintamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Intercambios técnicos con otros países.

enfasis en inmunizaciones, anemia y desnutrición crónica infantil, muerte materno –perinatal, cáncer y no transmisibles, TBC y ETS, planificación familiar integral, violencia familiar y salud mental entre otras).	2.3 Priorización de la promoción de la salud y participación social, con énfasis en la mejora de condiciones de vida y estilos de vida saludables.	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar a la Dirección de Promoción de la Salud, al rango de Dirección General. • Entrega masiva de mascarillas comunitarias y caretas protectoras. • Diseñar una estrategia para el manejo de conflictos sociales que tome en consideración las expectativas de la población referentes a los proyectos en salud y sus dimensiones. • Aumentar en 80% los comités instalados a nivel nacional para contener y prevenir la COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización del mecanismo de Incentivos Municipales para el impulso de acciones locales articuladas a las políticas nacionales de promoción de la salud. • Fortalecimiento de la salud comunitaria con el impulso de la participación ciudadana para definir y fortalecer las intervenciones locales de salud. • Perfeccionamiento y profundización de la política nacional de alimentación saludable (octógonos y otros) y de actividad física. 	
	2.4 Ampliación e integración vertical y horizontal de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar el camino de la Unificación del Sistema de Salud. • Ampliación del Intercambio Prestacional. MINSA / GORES / ESSALUD. • Dar continuidad al marco macroeconómico multianual de inversiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar la Unificación del Sistema de Salud. • Extensión a todo el país del Intercambio Prestacional MINSA / GORES / ESSALUD / SANIDADES / PRIVADOS. 	Avanzar hacia un Sistema Unico de Salud.
	2.5 Fortalecimiento de los Recursos Humanos en Salud, desde su formación inicial, gestión del desempeño y planes de carrera, para el logro de objetivos y metas vinculados a la implementación de la APS en el MINSA.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico Nacional de la situación de Recursos humanos y de las Unidades de Gestión de RRHH del MINSA. • Promulgar los nuevos perfiles para médicos y enfermeros que se incorporan al sector. • Empezar a desarrollar los perfiles de las otras profesiones no médicas y de las diversas técnicas. • Reiniciar la EPS para asistenciales y administrativos. • Entrega de EPP. • Internado y residencia en el Primer Nivel de Atención. • Empoderamiento de la ENSAP a nivel nacional: responsable del fortalecimiento de capacidades de prestación, gestión, APS; articulación con la Universidad Peruana. • Revisar y adecuar el marco normativo que impide la doble percepción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promulgar los nuevos perfiles para profesionales no médicos y técnicos diversos de salud, que se incorporan al sector. • Desarrollar la propuesta de la carrera publica en salud, para profesionales y técnicos; iniciar su implementación progresiva desde el PNA. • Proponer la modificación curricular de las entidades formadoras de RRHH, para concordar con los nuevos perfiles de profesionales y técnicos que el sector público necesita. • Modular la participación de la Universidad Peruana en el sistema de salud y con responsabilidad en el cumplimiento de metas y objetivos del Plan Multisectorial de Salud al 2030. • Desarrollar la escala del valor del cuidado prestado, resultados de salud obtenidos y los costos de inversión en los mismos. 	Formular e implementar política de estímulos integrales y no solo económicos, en el marco de la carrera pública que permita que los profesionales puedan trabajar en los distintos contextos.
	2.6 Eficiencia y efectividad clínica en la entrega de los Servicios de Salud, durante	<ul style="list-style-type: none"> • Primer Nivel abierto para toda la población con cartera universal en prevención, promoción, atención materno neonatal e infantil, entre otras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar forma permanente al accionar del PNA, las estrategias, herramientas y acciones implementadas durante la Pandemia. • Implementar las prestaciones complementarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar la transferencia de la consulta médica

	<p>la Pandemia y en su etapa posterior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nuevo PEAS. Homologación del PEAS a la atención integral de ESSALUD; incorporación del Plan de Prestaciones Complementarias. • Fortalecer las atenciones del Primer Nivel de Atención (PNA) a través de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Triajes diferenciados. ○ Telesalud. Hacer crecer en 30%, la oferta del cuidado virtual de las personas y familias. ○ Mantener el 100% de los equipos de respuesta rápida y seguimiento clínico (ERR/ESC). ○ Mantener los Centros de Atención Rápida Temporal en Salud (CRATS) y los Centros de Aislamiento Temporal (CAAT). ○ Aumentar las visitas familiares. ○ Oxímetros a través de los EESS y ACS. ○ Completar la dotación de concentradores de oxígeno al 50% de los establecimientos de salud rurales I- 1 y I-2 (Puestos de Salud) en la costa y la selva; y verificar que el 100% de los establecimientos de salud del nivel I-3 y I-4 (Centros de Salud) a nivel nacional, cumplan los estándares de balones de oxígeno. ○ Ampliar en 50% la entrega de medicamentos en domicilios y el PNA a pacientes crónicos, con discapacidades, adultos mayores y similares, que no se pueden atender en hospitales e institutos (SIENMECRO). ○ Fortalecer el cuidado integral de la salud mental a través de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) en 25% más, incrementando los hogares protegidos en 200% y las unidades de hospitalización en 17%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir fortaleciendo el PNA: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trasladar al mismo la consulta médica especializada no quirúrgica. ○ Seguir expandiendo SIENMECRO en todo el país. Aproximar y luego fusionar SIENMECRO con la consulta especializada en el primer nivel. ○ Ampliar y optimizar la cobertura de Telesalud tomando en cuenta todas las profesiones de la salud requeridas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud. ○ Seguir fortaleciendo el cuidado integral de la salud mental, a través de los CSMC, alcanzando el total país el 2026; incrementar los hogares protegidos para personas en abandono y/o violencia familiar, alcanzando el total país el 2026; las unidades de hospitalización deberían alcanzar 124 hospitales II y III en todo el país (actualización del Plan Nacional de Fortalecimiento de la Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021). • Consolidar el aumento y sostenibilidad de la capacidad de camas de hospitalización, UCIS y suministro de oxígeno medicinal a través de plantas fijas y móviles. • Continuar la implementación del Plan Nacional de Inmunizaciones, con planes regionales y locales de vacunación contra la COVID – 19, a partir de los acuerdos ya establecidos y los nuevos a establecer. • Consolidar el crecimiento de 61 a 76 laboratorios para el diagnóstico de la COVID-19, y de otras enfermedades transmisibles en 23 regiones del país, asegurando su sostenibilidad; implementar la metodología LAMP para 15 hospitales y regiones; y adquirir más pruebas moleculares para la COVID - 19. • Identificación de toda la oferta privada existente para la compra de servicios en condiciones que 	<p>especializada no quirúrgica al PNA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulso a la asociatividad de profesionales prioritariamente jóvenes, para la conformación de asociaciones o empresas que gestionen policlínicos o redes de atención que el sector público incorpore comprando y orientando servicios.
--	---	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la capacidad de camas de hospitalización, camas UCIS y suministro de oxígeno medicinal a través de plantas fijas y móviles. • Complementar el Plan Nacional de Inmunizaciones, con planes regionales y locales de vacunación contra la COVID - 19, a partir de los acuerdos suscritos con el laboratorio Pfizer para el suministro de 9.9 millones de dosis y con el mecanismo Covax Facility, para la adquisición de 13.2 millones de dosis (vacuna para adultos mayores de 18 años). Buscar nuevos acuerdos para garantizar la inmunización de 24.5 millones de peruanos. 	<p>el sector salud define en relación a demanda y territorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar programa de mantenimiento preventivo de infraestructura sanitaria y de renovación de equipos sanitarios. • Impulsar acciones multisectoriales de detección, tratamiento, y entrega de medios de subsistencia domiciliaria. 	
2.7 Impulsar la vigilancia epidemiológica en el país.	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de seroprevalencia epidemiológica que nos permitan definir zonas prioritarias para tomar medidas de salud pública localizadas. • Incorporar 20 nuevos epidemiólogos de campo e iniciar la formación de 50 más, para fortalecer las capacidades de respuesta en los Gobiernos Regionales. • Iniciar la ampliación de 1,600 establecimientos de salud más para el monitoreo permanente de riesgos de salud y de enfermedades; y la implementación una vigilancia permanente en 40 hospitales más a nivel nacional para el coronavirus y otras enfermedades transmisibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar 50 nuevos epidemiólogos de campo, para fortalecer las capacidades de respuesta en los Gobiernos Regionales. • Culminar la ampliación de 1,600 establecimientos de salud más para el monitoreo permanente de riesgos de salud y de enfermedades; y la implementación una vigilancia permanente en 40 hospitales más a nivel nacional para el coronavirus y otras enfermedades transmisibles. 		
2.8 Comunicación efectiva en los tres niveles del cuidado de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de un plan comunicacional en salud, que se actualice permanentemente. • Iniciar adiestramiento del nivel central en comunicación de riesgo. • Crear el espacio WEB integrador de la información social (no bajar la guardia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar el plan comunicacional, incluyendo gestión del cambio y promoción de los valores institucionales. • Extender la formación en comunicación de riesgo, a todo el país. • Sumar al espacio WEB dedicado a no bajar la guardia, las redes sociales de los jóvenes (guardianes de la salud). 		
2.9 Inversión en infraestructura, equipamiento y mantenimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías y su normativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de un sistema unificado de logística, que modernice la gestión de compras 	<p>Diseñar el marco macro económico multianual de</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> Inventario de la infraestructura de todos los subsistemas de Salud como paso previo al diseño de un plan de fortalecimiento de la infraestructura a nivel nacional, regional y local. 	nacionales corporativas y operador logístico único de alcance nacional, <ul style="list-style-type: none"> Confirmar el marco macroeconómico multianual de inversiones 2021 – 2024. 	inversiones 2024 – 2026.
	2.10 Inversión en insumos diversos (medicamentos y otros).	Optimizar los mecanismos de mejora, desarrollo y actualización del Petitorio Nacional Único de Medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> Implementación de un Sistema de vigilancia de la calidad de los insumos (buenas prácticas de manufactura, almacenamiento y dispensación). Fortalecer un sistema de compras corporativas conjuntas. 	
3. Acompañamiento gerencial en salud por macro regiones. (Lucha contra la Pandemia de COVID - 19, sin descuidar los problemas NO COVID), para mejorar la articulación intergubernamental	3.1 Acompañar a los GORES y autoridad regional de salud para la mejora de la gestión y prestación de los recursos para la COVID 19.	<ul style="list-style-type: none"> Asistir técnicamente en la gestión y prestación de los servicios de salud. Lograr que el 100% de Gobiernos Regionales cuenten con planes para enfrentar una segunda oleada y con planes de vacunación anti COVID debidamente articulados a nivel nacional Intervenir en las regiones, en situaciones extremas. 	<ul style="list-style-type: none"> Implementar la tabla de asignación de recursos humanos en cada región, vinculada a puntuaciones y necesidades territoriales. Acompañar cercana y permanentemente, de forma virtual y presencial, las acciones regionales de producirse una segunda oleada de la pandemia COVID – 19, y el desarrollo de las vacunaciones. 	Monitorear la actualización de los planes regionales ante emergencias y desastres.
	3.2 Fortalecer sub sistemas regionales y crear macrorregiones territoriales en salud.	<ul style="list-style-type: none"> Establecer los territorios macrorregionales. Propiciar la formación de las instancias macrorregionales de salud. 	Continuar la asistencia técnica regular y permanente a las regiones e iniciar la misma con las macrorregiones sanitarias.	
	3.3 Articular y acompañar en los procesos claves de tipo administrativo y prestacional, que faciliten la gestión efectiva regional y local.	<ul style="list-style-type: none"> Asistir técnicamente en la gestión y prestación de los servicios de salud. Intervenir regiones en situaciones extremas. Consultas regionales para recoger iniciativas y proponer normativa en salud macro regional, para los procesos de gestión administrativa y prestacional, a través de la CIGS, los GOREs y la ANGR. Consultas a redes municipales macrorregionales. 		
4. Financiamiento sostenible y solidario. OP1, OP2, OP3,	4.1 Crecimiento del Presupuesto Nacional Público en Salud. Privilegiar la inversión y financiamiento al PNA y la APS: cierre de brechas de recursos humanos, tecnología y equipamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Estabilizar el presupuesto de salud Post pandemia. Crecimiento del presupuesto 2021 para la Función Salud y EsSalud. Actualizar el marco financiero sanitario multianual. 	<ul style="list-style-type: none"> Alcanzar el 6.0% del PBI entre la Función Salud y EsSalud; 30% de este PBI público dedicado al Primer Nivel de Atención. Disminuir el gasto de bolsillo en salud, por debajo del 20%. 	<ul style="list-style-type: none"> Crecer al 8.5% del PBI entre la Función Salud y EsSalud (35% para el PNA). Disminuir el gasto de bolsillo por debajo del 10%.
	4.2 Crecimiento del Seguro Integral de Salud.	Crecimiento progresivo en cobertura y financiamiento de otras enfermedades: creación de un fondo solidario para la cobertura de enfermedades de alto costo (catastróficas, raras y huérfanas, y similares), mejorando el perfil del FISsAL.		Todo evento de salud cubierto, financieramente.

	4.3 Fondo de Salud Unificado	Definir, diseñar los mecanismos de pago entre IPRESS y la construcción del futuro Fondo de Salud (Intercambio prestacional, tarifarios, GDR, capitación, cámara de compensación, etc.) entre los diversos prestadores de servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none">• Iniciar la construcción del fondo unificado de salud y su implementación.• Implementación de un sistema de monitoreo de la eficiencia del gasto en salud.	Culminar la implementación del fondo unificado de Salud.
--	------------------------------	--	--	--

UN EJEMPLO DEL ESTADO FUTURO DE LA SALUD QUE PODRIA CONSTRUIRSE PROGRESIVAMENTE

Estado Futuro Ecosistémico Y Unificado De La Salud En El Perú

POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD "PERU PAIS SALUDABLE 20202030"



Elaboración propia. MINSA 2020.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Acuerdo Nacional. Política XIII. Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social. 2002.
2. Acuerdo Nacional. Los Objetivos de la Reforma de la Salud. 2015.
3. Acuerdo Nacional. Documento de Trabajo Preliminar. Propuesta para un PACTO PERÚ; para la Construcción del Sistema Unificado de Salud. 2020.
4. BID. Redes Integrales de Salud En Marcha. 2020.
5. Cuba, Herberth. Elaboración Del Modelo De Las Redes Integradas De Salud (RIS). 2018.
6. Dalia Suarez Salazar. Nota Conceptual. Reflexiones Sobre el Sistema de Salud Peruano a Propósito Del COVID 19. 2020.
7. ESSALUD- Hacia la Modernización de la Seguridad Social en el Perú. 2019.
8. Grupo de Expertos en Atención Primaria de la Salud, Primer Nivel de Atención y Salud Individual, Familiar y Comunitaria. Aportes a la Lucha Contra la COVID 19 y lo No COVID; aportes al cambio y transformación de la Salud. 2020.
9. Medicus Mundi Navarra Aragón Madrid. Cuidado Integral de la Salud Por Todos Y Para Todos en los Andes del Perú. 2018.
10. Ministerio de Salud. Agenda Digital del Sector Salud 2020 – 2025. 2020. Resolución Ministerial N° 816 2020.
11. Ministerio de Salud. Tratamiento de los Datos Personales Relacionados Con La Salud. 2020. Resolución Ministerial N° 688-2020-MINSA.
12. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Bases Conceptuales para el ejercicio de la Rectoría del Ministerio de Salud. 2020. Resolución Ministerial N° 653-2020-MINSA.
13. Ministerio de Salud. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 PERÚ PAÍS SALUDABLE. Decreto Supremo N° 026-2020-SA.
14. Ministerio de Salud. Criterios Técnicos para la Operatividad De La Entrega De Medicamentos, Otros Productos Farmacéuticos Y Dispositivos Médicos Para Pacientes Crónicos Procedentes De Los Institutos Especializados Y Hospitales Nacionales y Regionales que serán atendidos por el Primer Nivel de Atención: "Llegando a ti". Directiva Sanitaria N° 111-MINSA-2020-DGOS.

15. Ministerio de Salud. Grupo de Trabajo para la Atención y Cuidado Integral de la Salud. Resolución Ministerial N° 441-2020-MINSA.
16. Ministerio de Salud. Decreto Legislativo Que Aprueba Disposiciones Para Fortalecer Y Facilitar La Implementación Del Intercambio Prestacional En Salud En El Sistema Nacional De Salud, Que Permitan La Adecuada Y Plena Prestación De Los Servicios De Prevención Y Atención De Salud Para Las Personas Contagiadas Y Con Riesgo De Contagio Por COVID-19. 2020. Decreto Legislativo N° 1466, 2020. Resolución Ministerial N° 433-2020-MINSA.
17. Ministerio de Salud. Comisión y Plan Multisectorial para la Protección De Los Pueblos Indígenas Y Originarios. 2020. Resolución Ministerial N° 430-2020-MINSA.
18. Ministerio de Salud. Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS. Decreto Supremo N° 019-2020-SA.
19. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la operación específica en el Primer Nivel de Cuidado. 2020. NTS_160-2020-MINSA.
20. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N° 93-MINSA-2020-DGIESP, Directiva Sanitaria que Establece Disposiciones Y Medidas Para Operativizar Las Inmunizaciones en el Perú en el Contexto del COVID-19 2020. Resolución Ministerial N° 214-2020-MINSA.
21. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Personas Afectadas por COVID-19 en el Perú, 2020. Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA.
22. Ministerio de Salud. Lineamientos que refuerzan el Cuidado Integral De Salud En El Primer Nivel De Atención. Resolución Ministerial N° 182-2020-MINSA.
23. Ministerio de Salud. Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental 2020. Decreto Supremo N° 007- 2020-SA.
24. Ministerio de Salud. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). 2020. Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA.
25. Ministerio de Salud. Cobertura Universal de Salud 2019. Decreto de Urgencia N° 017-2019.
26. Ministerio de Salud. Ley de Medicamentos. 2019. Decreto de Urgencia N° 007-2019.
27. Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud. 2019. Decreto Supremo N° 020-2019-SA.
28. Ministerio de Salud. Aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2020-2022 del Pliego 011: Ministerio de Salud. 2019. Resolución Ministerial N° 384-2019/MINSA.
29. Ministerio de Salud. Nota Conceptual. Pacto Por La Salud. 2018.
30. Ministerio de Salud. Políticas y Acciones en Salud Hacia el Bicentenario. Documento de gestión. 2015.
31. OMS. Declaración de Astaná. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
32. OMS. Estrategia para el Acceso Universal A La Salud Y La Cobertura Universal De Salud. 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
33. OMS. Salud en Todas las Políticas. 2013.
34. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986.
35. OMS. Declaración de Alma Ata. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
36. ONU. Salud universal y política exterior. 2012. Disponible en: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=S
37. OPS. Funciones Esenciales para la Salud Pública en las Américas. Una Renovación para el Siglo XXI. 2020.
38. OPS. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 Años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. W.D.C. 2019.
39. OPS. Propuesta de Modelo Regional de Redes Integradas de Servicios de Salud con Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria en la Región Cajamarca y su Plan de implementación. 2017.
40. OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2010.
41. PNUD. Apoyo del PNUD para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2016. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/poverty-reduction/undp-support-to-the-implementation-of-the-2030-agenda.html>
42. PNUD. Objetivo 3: Salud y bienestar. Disponible en: <https://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
43. Ricse, Carlos. Hacia la Universalización del Cuidado Integral de la Salud. Hoja de Ruta. 2020.
44. Sagasti, Francisco; Hernández, Max y Colaboradores. Perú: Agenda y Estrategia para el Siglo XXI. "Agenda Perú". 2000.