



La atención primaria en servicios de salud urbanos

Primary care in urban health services

Giovanni Meneses¹

Resumen

Se reseña la definición de la Atención Primaria de Salud, entendida como la atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente bien soportadas y aceptables socialmente, accesible a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla, parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad, acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja y constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de salud. Se describen y deslindan algunas distorsiones del término, tales como la atención en el Primer Nivel, la Atención Primaria Selectiva y la Atención Primaria Primitiva/Salud Básica. Finalmente se postulan algunas propuestas para implementarla en establecimientos de salud en zonas urbanas, incluyendo un caso aplicativo.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Atención a la Salud, Servicios de Salud, Salud Urbana (DeCS).

Abstract

The definition of Primary Health Care is reviewed, as whole-of-society approach to health that aims at ensuring the highest possible level of health and well-being and their equitable distribution by focusing on people's needs and as early as possible along the continuum from health promotion and disease prevention to treatment, rehabilitation and palliative care, and as close as feasible to people's everyday environment. Some distortions of the term are described and explained, such as Primary care, Selective Primary health care and Basic Healthcare. Finally, some proposals are postulated to implement it in health facilities in urban areas, including an application case.

Keywords: Primary Health Care, Delivery of Health Care, Health Services, Urban Health (MeSH).

Mensajes clave. Nuestra motivación fue advertir que la atención primaria de salud generalmente se concibe en el ámbito rural, cuando también se practica en zonas urbanas. Se encontró que la pandemia del COVID-19 llevó a una contracción de la consulta ambulatoria, pero en contraparte muchos establecimientos del segundo nivel acabaron haciendo atención primaria por déficit de citas en el primer nivel de atención. Se plantea la necesidad de fortalecer la coordinación entre establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, que deben trabajar en una red integrada de servicios de salud para garantizar la atención continua del individuo, su familia y comunidad.

Introducción

Ya en 1945, el famoso sociólogo médico e historiador Henry E. Sigerist definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento de los enfermos y rehabilitación⁽¹⁾. Nótese que la mitad de dichas tareas no se dedican al ámbito recuperativo, sino que inciden en los componentes que buscan mantener la salud y evitar su deterioro. La promoción de la salud es definida

como “un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer

¹Médico Cirujano, Doctor en Medicina. Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Hospital San Juan de Lurigancho, Lima, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1677-3457>

frente a su entorno⁽²⁾. Implícita en tal definición es que existe una transferencia de conocimientos y desarrollo de competencias y capacidades para el autocuidado^(1,2).

Los magros resultados obtenidos hasta el momento en el combate contra la pandemia del COVID-19 nos obligan a repensar la importancia de comprometer a la población en el proceso de salud-enfermedad, desterrando el paradigma recuperativo, fragmentado y hospitalario por su escasa capacidad de incidir oportunamente en los desenlaces sanitarios de la colectividad⁽³⁻⁶⁾. Urge intervenir tempranamente en el entorno familiar y comunitario, revalorizando la Atención Primaria de Salud, que en este escenario ha demostrado, una vez más, ser más necesaria que nunca⁽⁷⁻¹¹⁾.

Atención Primaria de Salud

Es en tal sentido en que la Conferencia de Alma Ata, en 1978, propone en su famosa Declaración el concepto de Atención Primaria de Salud (APS) como la “Atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente bien soportadas y aceptables socialmente, accesible a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla...forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad... acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja y constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de salud⁽¹¹⁾. Este texto contiene algunos elementos

que es necesario resaltar. Primero, que la APS es una atención esencial, importante, y universal, NO una atención rudimentaria, básica, focalizada, incompleta ni de bajo nivel, a la que Mario Testa denominaba “primitiva” para diferenciarla de la verdadera APS^(12,13). Segundo, que debe usar procedimientos y técnicas basados en la investigación y hallazgos de la ciencia, pero al mismo tiempo no debe ser innecesariamente compleja, cara ni difícil de ser aplicada o tolerada por la comunidad, que debe participar activamente en su implementación⁽⁴⁾. Tercero, que no se puede concebir un sistema de salud nacional, ni menos aún el crecimiento de su economía y sociedad, sin el concurso de la APS. Y cuarto, que la APS permite llevar la salud al ciudadano, su familia y comunidad allí donde se encuentre, contribuyendo a erradicar las brechas de necesidades insatisfechas y generando un círculo virtuoso de mejora de la calidad, con lo que se incrementa la satisfacción del usuario^(3,4).

Redimensionando la APS

Otro aspecto que se colige de la definición anterior es que se debe distinguir entre la Atención Primaria de Salud y el Primer Nivel de Atención^(8,9). Se conoce el modelo paretiano de los tres niveles de atención, en el que en el primer nivel de atención se encuentran los puestos y centros de salud, y que deberían resolver el 80% de la demanda; el segundo nivel, conformado por hospitales de apoyo y regionales, que se encargan del 15%, y el tercer nivel, constituido por los hospitales nacionales, macrorregionales e institutos, que debería asumir el 5% restante (Figura 1)⁽⁹⁾. Sin embargo, un

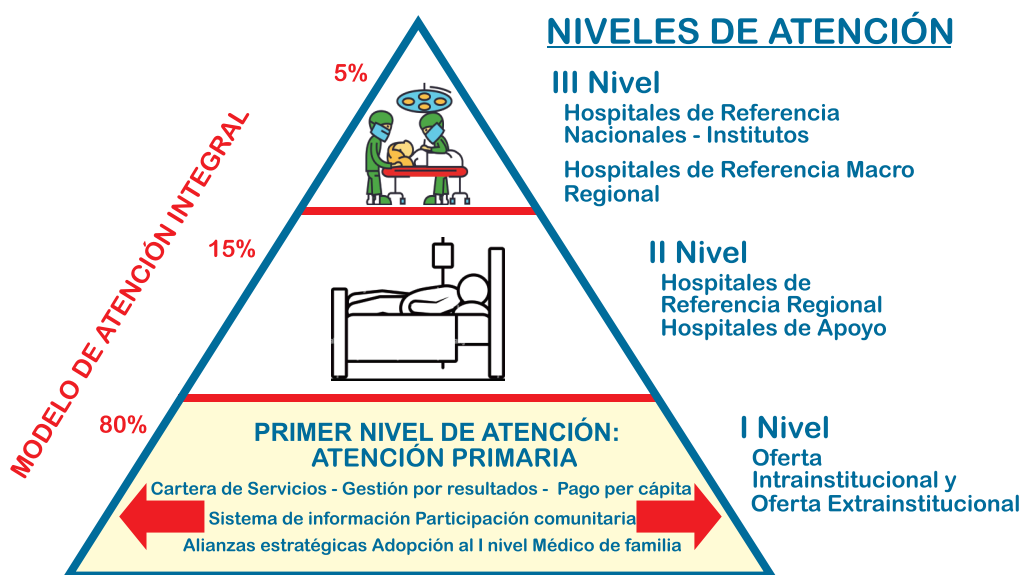


Figura 1. Niveles de atención en un modelo de atención integral. EsSalud, 2010.

error bastante común, y que se observa en la imagen, es considerar que la APS se limita al primer nivel de atención, cuando por su misma naturaleza se puede brindar en todos los niveles de atención, obviamente con diferentes características en cada Establecimiento de Salud (EES) debido a su distinta complejidad. La APS no debe entenderse tampoco como un conjunto de paquetes y programas específicos, tales como la estrategia GOBI-acrónimo de Growt (monitoreo del crecimiento) Oral, Rehydration (rehidratación oral), Breastfeeding-Lactancia materna, e Immunization (vacunaciones), o GOBI-FFF-añadiendo Female education (instrucción al género femenino), Family spacing (distanciamiento del intervalo intergenésico o tiempo entre los partos) y Food supplements (alimentación suplementaria a gestantes)- propugnados por la UNICEF⁽¹³⁻¹⁴⁾. Estas estrategias, llamadas en algunas publicaciones Atención Primaria Selectiva, son políticas públicas focalizadas que ayudan a mejorar indicadores sanitarios, pero no sustituyen la esencia de la APS, que es mucho más general y abarcadora⁽¹³⁾.

Debido a las anteriores distorsiones, se hizo necesario sentar posición sobre la Renovación de la APS con el propósito de revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes; afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad, para lograr mejoras sostenibles de salud para toda la población⁽¹⁰⁾.

En el año 2008 se proponían reformas en pro de la cobertura universal que den prioridad al acceso universal y la protección social en salud; reformas de la prestación de servicios en función de las necesidades y expectativas de la población; reformas de las políticas públicas que mejoren la salud de las comunidades integrando las intervenciones de salud pública multisectoriales y la APS, y fortalezcan las intervenciones transnacionales; y reformas del liderazgo que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control y el inmovilismo estatal⁽⁷⁾.

El contexto actual brinda oportunidades para la implementación de políticas públicas en salud, ya que existe evidencia sobre las ventajas de la APS; a principios de la década pasada se dio la renovación de la APS en la región, que vino acompañada de procesos de aseguramiento universal en salud, descentralización y lineamientos de política sectorial. Sin embargo, estas iniciativas coexisten en el contexto de un empeoramiento global de las inequidades en salud., lo que demanda esfuerzos importantes en la renovación de la APS^(1-7, 11-13). Asimismo, la distribución de las amenazas reemergentes a la salud y de sus factores de riesgo, particularmente la pandemia del COVID-19, ha exacerbado las inequidades en salud al interior de los países y entre ellos. Por ello, se considera una serie de principios fundamentales que deben regir la APS, teniendo como núcleo el derecho a la salud y la conducta ética, la solidaridad y la equidad (Figura 2)⁽⁷⁻¹⁵⁾.

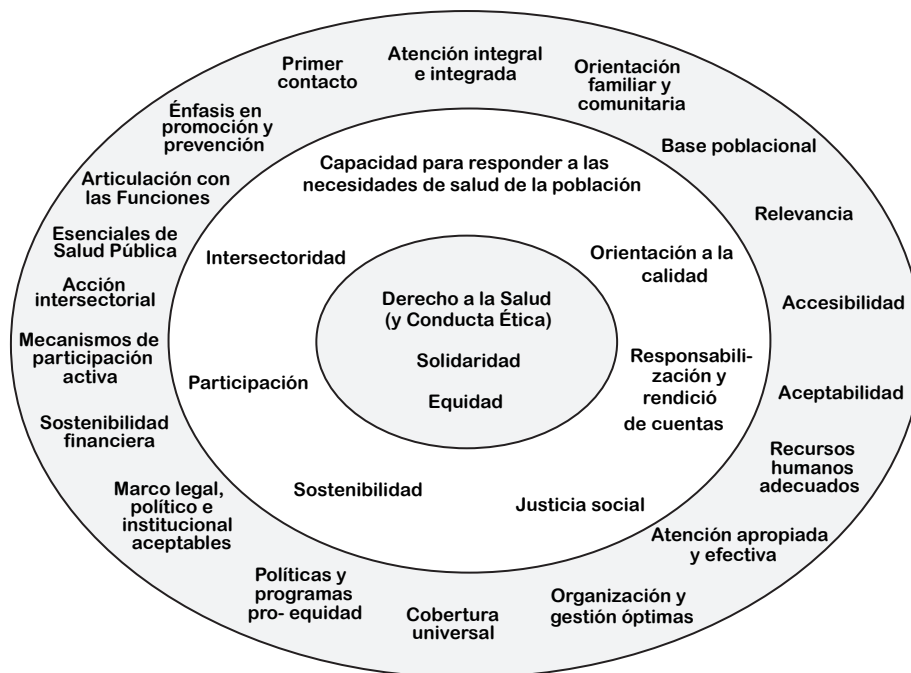


Figura 2. Valores y principios rectores de la APS. OMS, 2008.

Propuesta de APS en EESS Urbanos

La APS tampoco puede ser considerada una “medicina de pobres” a realizarse exclusivamente en EESS localizados en comunidades rurales alejadas. La APS puede y debe implementarse en EESS urbanos, organizados en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para garantizar la continuidad de la atención, como ya se postulaba desde el Informe sobre la Salud en el mundo del 2008⁽⁷⁻⁹⁾.

Al acercarse los 40 años de la Conferencia de Alma Ata, se constituyó una Comisión de Alto Nivel para aportar con reflexiones y aprendizajes para orientar la acción en el siglo XXI. Recomendaron asegurar un modelo institucional del Estado que permita cumplir con garantizar el derecho a la salud; desarrollar modelos de atención basados en la APS, centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad; generar mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible, con perspectiva de diversidad (intercultural y funcional); generar mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado; eliminar las barreras de acceso a la salud universal; abordar los procesos de determinación social a través de intervenciones intersectoriales de salud; reposicionar la salud pública como un eje orientador de la respuesta del Estado para la transformación de los sistemas de salud; valorar los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS; promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos al servicio de las necesidades de salud de la población; y, finalmente, desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad⁽⁸⁾.

Obviamente, para implementar con éxito estas recomendaciones se requiere de iniciativas multisectoriales y niveles de decisión que exceden el ámbito sanitario. Sin embargo, algunas de tales medidas son factibles de ser implementadas en el espacio urbano local, tales como basar los modelos de atención en las personas y las comunidades, considerando la interculturalidad y fomentando la participación comunitaria en plataformas de abogacía e incidencia política en los determinantes sociales de salud, replanteando el rol de la salud pública en el manejo territorial y los recursos humanos en salud para el mejor uso de la tecnología⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. En el contexto de la pandemia, que dificulta el uso de documentación en físico y se ha debido redistribuir ambientes para la atención de los pacientes con COVID-19, es posible emplear el aplicativo REFCON para descongestionar las citas, así como aprovechar las diferentes posibilidades que nos da la telesalud:

telemedicina-teleconsulta, telemonitoreo, teleorientación y teleinterconsulta-telecapacitación, teleIEC y telegestión⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Los componentes asistenciales se cubren con la telemedicina, mientras que los preventivo-promocionales principalmente son llevados a cabo utilizando técnicas de Información, Educación y Comunicación por vía virtual⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Pasada la pandemia, o bien cuando ya se disponga de una importante proporción de la población vacunada, el fortalecimiento de la participación comunitaria empleando los niveles de la Escala de Rifkin-Beneficiario, Actividades, Seguimiento, Implementación y Planeamiento-será fundamental para garantizar la gobernanza territorial de la gestión sanitaria en el marco de la APS⁽²⁰⁾.

Los sistemas de referencia y contrarreferencia deben mejorar la interoperabilidad de las distintas plataformas empleadas, lo que implica el potenciamiento de la conectividad, el uso de aplicaciones descargables de salud móvil que sean amigables, la alfabetización digital de los recursos humanos y los usuarios, así como la inversión en infraestructura de sistemas de soporte informático y equipos de comunicación en tiempo real; asimismo, se requiere aumentar la capacidad de los servidores y masificar el almacenamiento en las nubes⁽²¹⁻²³⁾.

Contextualizando la propuesta: Hospital San Juan de Lurigancho

El distrito de San Juan de Lurigancho, fundado en 1967, se ubica en Lima Este; limita por el norte con Carabaylo, por el sur con El Agustino, por el este con la provincia de Huarochirí y por el oeste con los distritos del Rímac, Independencia y Comas. Se encuentra dividido en 18 sectores o comunas, que la Municipalidad ha subdividido en 8 zonas y 27 comunidades⁽¹⁹⁾.

El último Censo Nacional, realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática el año 2017, ha demostrado que es el distrito que tiene la población más grande del país y en constante crecimiento en los diferentes grupos etarios⁽¹⁹⁾.

Los EESS de la jurisdicción, según su categoría y tipo de administración son los siguientes:

Salud:

Hospitales: Hospital General de San Juan de Lurigancho (Ministerio de Salud - MINSA) NIVEL II, Hospital Marco Aurelio Díaz Ufano (Seguro Social de Salud - EsSalud NIVEL II-1, Hospital de la Solidaridad (Sistema Metropolitano de la Solidaridad - SISOL),

Clínicas: Clínica San Juan Bautista (Complejo Hospitalario San Pablo), Clínica Limatambo, Clínica San Juan Bautista, Clínica San Marcos, Clínica San Gabriel, Clínica Oftalmosalud (2015), Clínica San Martín,

Centros de Salud (Ministerio de Salud): Centro de Salud Caja de Agua, Centro de Salud Chacarilla de Otero, Centro de Salud de Zárate, Centro de Salud Mangamarca, Centro de Salud Campoy, Centro de Salud Santa Fe de Totorita, Centro de Salud San Fernando, Centro de Salud San Hilarión, Centro de Salud La Huayrona, Centro de Salud La Libertad, Centro de Salud Ganímedes, Centro de Medalla Milagrosa, Centro de Salud Jaime Zubieta, Centro de Salud Huáscar II, Centro de Salud Huáscar XV, Centro de Salud Bayóvar, Centro de Salud José Carlos Mariátegui, Centro de Salud 10 de Octubre, Centro de Salud Cruz de Motupe, Centro de Salud Enrique Montenegro, Centro de Salud Santa María, Centro de Salud Santa Rosa de Lima, Centro de Salud Su Santidad Juan Pablo II.

Puestos de Salud: Puesto de Salud Azcarrunz Alto, Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión, Puesto de Salud. 15 de enero, Puesto de Salud. Ayacucho, Puesto de Salud Túpac

Amaru II, Puesto de Salud Proyectos Especiales, Puesto de Salud Sagrada Familia, Puesto de Salud José Carlos Mariátegui V Etapa, Puesto de Salud. Mariscal Cáceres, Puesto de Salud. César Vallejo.

En cuanto a los recursos humanos en los EESS I-2 y I-3 eran los siguientes, según la última información disponible (Tabla 1).

Por su parte, el hospital San Juan de Lurigancho cuenta con 1283 trabajadores (73,2% asistenciales y 26,8% administrativos)⁽¹⁹⁾. El organigrama previo a la pandemia puede verse a continuación (Figura 3):

Durante el año 2020 se atendieron 44181 personas, que representaron 132 517 atenciones, la mayoría por teleconsulta, con apoyo de la Dirección General de Telesalud. Asimismo, se recibieron 43656 referencias, 23% del total de atendidos⁽¹⁹⁾.

La tabla 2 nos muestra que las diez primeras causas específicas de morbilidad por concentración en la población demandante de atención durante el año 2020 fueron patologías de bajo nivel de complejidad en las que es posible realizar coordinaciones horizontales con el primer nivel de atención

Tabla 1

**Recursos humanos de los EESS I-2 y I-3.
San Juan de Lurigancho. 2018**

Recursos Humanos	Nombrado		CAS		Total
	I-3	I-2	I-3	I-2	
Médicos	93	18	10	3	124
Enfermera (o)	81	25	14	1	121
Obstetra	55	15	11	1	82
Odontólogo	45	11	5	--	61
Psicólogo	21	2	6	--	29
Asistente Social	17	1	1	--	19
Nutricionista	14	1	4	--	19
Químico Farmacéutico	1	--	1	--	2
Biólogo	4	--	--	--	4
Químico	6	1	--	--	7
Técnico de Enfermería	217	58	13	3	291
Técnico de Farmacia	22	6	3	--	31
Técnico de Laboratorio	33	1	1	--	35
Tecnólogo Médico	9	--	1	--	10
Personal Administrativo	126	16	79	23	244
Otros	32	3	11	--	46
Total	776	158	160	31	1125

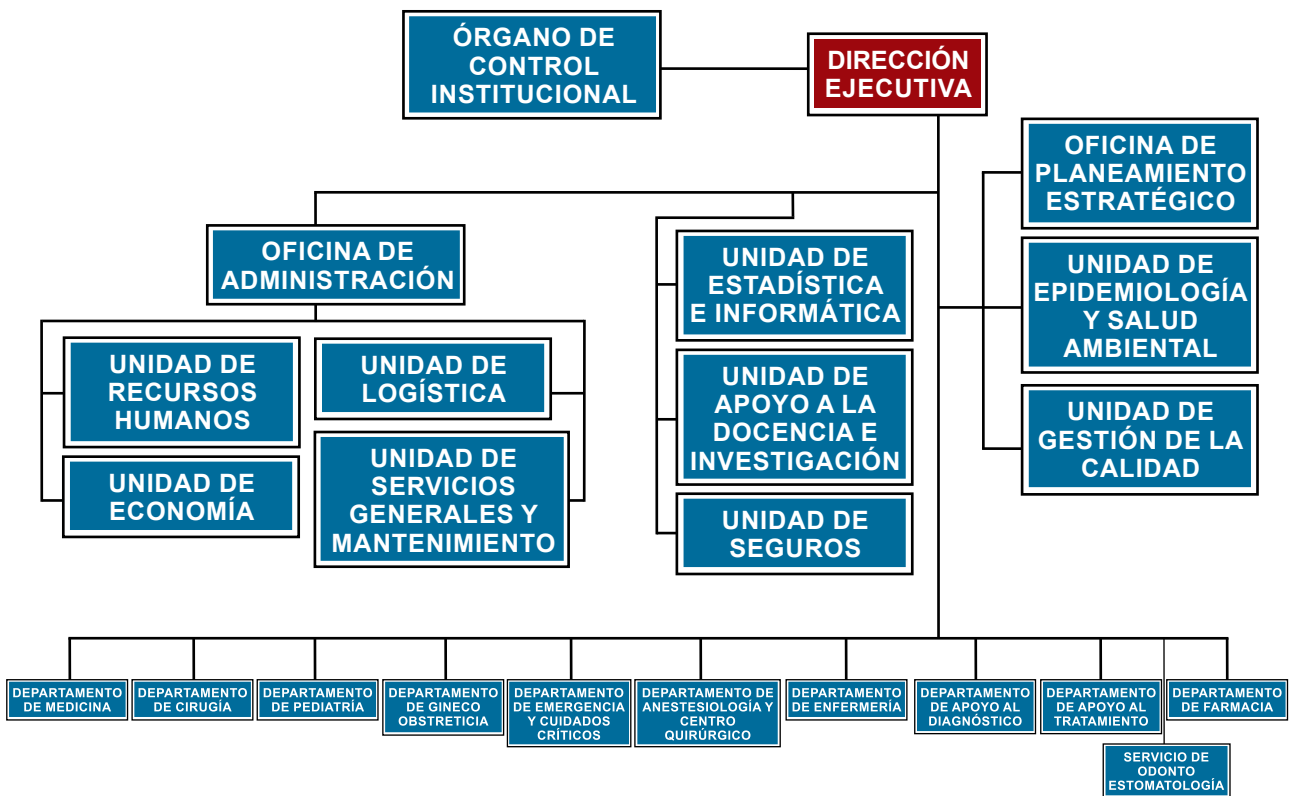


Figura 3. Organigrama del Hospital San Juan de Lurigancho. 2019. Fuente: ASISHO HSJL, 2019.

Tabla 2
Recursos humanos de los EESS I-2 y I-3.
San Juan de Lurigancho. 2018

ORD	MORBILIDAD POBLACION GENERAL	N°	%
1	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	2430	7,0
2	Gastritis y duodenitis	1448	4,0
3	Trastornos de la refracción y acomodación	1236	4,0
4	Síntomas y signos que involucran el estado emocional	1109	3,0
5	Dorsalgia	879	3,0
6	Síndromes del maltrato	816	2,00
7	Colecistitis	682	2,00
8	Gonartrosis	666	2,0
9	Hipertensión arterial	557	2,0
10	Dolor abdominal y pélvico	551	2,00
Total		10 372	100,0

para un manejo multidisciplinario e integral en el marco de la APS. Es importante recalcar, sin embargo, que el porcentaje acumulado de dichas causas solo ascendió al 30%, mientras que todas las otras causas, ninguna mayor del 2% por separado, constituyeron el 70% de la demanda. Hubo 7921 casos de COVID-19, de los que fallecieron 522, de los cuales 367 fueron

mueres confirmadas debidas a la infección, lo que equivale a una tasa de letalidad de 4,63%. De igual modo, hubo una contracción del volumen de atenciones del orden del 61% por la pandemia del COVID-19, lo que ocasionó un grado de uso de consulta externa de 1,8%⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, la pandemia ha contribuido a acortar las distancias físicas y disminuir los tiempos de espera debido a que ha impulsado un desarrollo rápido de la telesalud, lo que sin embargo enfrenta retos asociados a la transformación digital, tales como equipo obsoleto o inoperativo, así como sobrecarga de los servicios por déficit de citas en los EESS del primer nivel al haberse suspendido temporalmente la atención ambulatoria. Ello, siendo una amenaza desde el punto de vista del análisis estratégico, pudo convertirse en una oportunidad por el reordenamiento de servicios e infraestructura que hizo posible la APS como un proceso continuo de atención, lo que implica coordinación horizontal y al mismo tiempo integración vertical de los EESS de la red integrada de Servicios de Salud (RISS) eliminando la fragmentación. Es necesario aprovechar las lecciones aprendidas para asegurar la sostenibilidad de estas acciones a largo plazo, generando capacidad instalada para que pasado el COVID se mantengan estos procesos.

Conclusiones

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) es el estudio de la problemática de salud que está determinado por las condiciones de vida de las personas, familias y comunidades y es un requisito indispensable para garantizar la salud de la población, lo que en los tiempos actuales es sumamente complejo y un reto para la APS, ya que San Juan de Lurigancho posee la población más grande a nivel distrital del Perú, superando a varias provincias, convirtiéndolo en un distrito sui generis, debido a sus características sociales, psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución⁽¹⁹⁾.

Por lo anterior, es fundamental asumir un enfoque participativo comunitario donde se den cita representantes de los diferentes sectores del distrito, contribuyendo a garantizar la mejora de salud de la población, debido a que al recoger las necesidades en salud y demandas de la población a través de los

actores sociales clave se optimiza la medición de las desigualdades e inequidades en salud, desde un enfoque territorial que permita la gobernanza sanitaria⁽²⁰⁾.

Igualmente, el rol emergente de la telesalud ofrece un panorama promisorio para lograr la integración vertical y la coordinación horizontal de los EESS, de manera que se pueda garantizar continuidad de la atención del individuo en sus diversos ciclos de vida, familia y comunidad. No obstante, es evidente que se requiere alianzas estratégicas entre los diferentes actores involucrados con miras a cimentar iniciativas de largo aliento en pro de la población, verdadero objetivo de la APS.

Agradecimientos. A José Miguel Arca González del Valle, Gustavo Néstor Franco Paredes y Eduardo Esteban Zárate Cárdenas, por haberme inspirado a desarrollar una línea de actividad docente y reflexión académica en esta temática.

Referencias bibliográficas

- Bello B, Báez EG, Sánchez G, Fernández J, Fernández J, Delgado L.** La concepción integral de la salud: principio de la educación en ciencias de la salud. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Dic 04];33(6):807-816. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000600015&lng=es.
- Mínchan A, Vásquez BG, Vásquez CL, et al.** Promoción de la salud. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2017. 61 p. (1era reimpression mayo, 2018).
- OMS.** Temas de salud. Atención primaria de salud [Internet]. [Citado 2020 Oct. 12]. Disponible en: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- Somocurcio, JG.** La atención primaria de la salud. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2013 Abr [citado 2021 Dic 4]; 30(2):171-172. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200001&lng=es.
- OMS.** WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard Data last updated: 2021/12/04, 4:57pm CEST. [Internet]. [Citado 2021 Dic. 4]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>.
- Taype-Rondan A, Herrera-Añazco P, Málaga G.** Sobre la escasa transparencia en los documentos técnicos para el tratamiento de pacientes con COVID-19 en Perú. Acta Med Peru. 2020 Abr [citado 2020 Oct 12]; 37(2):215-222. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000200215&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.372.982>.
- OMS.** Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- Organización Panamericana de la Salud.** “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, D.C.: OPS; 2019.
- Meneses G (Comp.).** “II Jornadas de Salud Pública: Carlos Enrique Paz Soldán”. Lima, San Fernando, 17, 18 y 19 de marzo del 2010. Lima: OPS; 2010. 188 páginas.
- OPS/OMS.** La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington DC: OPS; 2007.
- OMS.** Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978.
- Testa M.** Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar editorial; 1993.
- Ase I, Burijovich J.** La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud colectiva, Buenos Aires. 2009. Enero - Abril; 5(1):27-47. [Internet]. [Citado 2021 Dic. 4]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2009.v5n1/27-47/es>
- UNICEF's GOBI - FFF Programs.** Rehydration Project. [Internet]. [Citado 2021 Dic. 4]. Disponible en: <http://www.rehydrate.org/facts/gobi-fff.htm>.
- Basile G.** SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. Ciência & Saúde Coletiva, 25(9):3557-3562, 2020[Internet]. [citado 2021 Dic 4]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n9/3557-3562/>. DOI: 10.1590/1413-81232020259.20952020

16. **Meneses G.** Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Salud intercultural. En: Portocarrero JL [Ed.]. Actas I Congreso Nacional sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del Perú. 2014. Lima: OBAAQ; Noviembre 2018;45-52.
17. **Pérez O.** Impacto de la telemedicina en la práctica clínica. Lima: III Congreso virtual internacional Telesalud en el contexto de la COVID-19, 3 de diciembre de 2021.
18. **Congreso de la República.** Ley N° 30421. Ley Marco de Telesalud. Diario Oficial El Peruano, sábado 2 de abril de 2016. Pp. 582202-3.
19. **Hospital San Juan de Lurigancho.** Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria 2021. Lima: Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental; 2021.
20. **Rifkin SB.** World Health Organization?. Community participation in maternal and child health/family planning programmes: an analysis based on case study materials. [citado 2020 Oct 12] Ginebra: World Health Organization; 1990. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37824>.
21. **Portella J.** Proceso para el Desarrollo de teleinterconsulta y aplicaciones prácticas. En: Escuela Nacional de Salud Pública. Curso de Telesalud-nivel básico 2021. Lima: ENSAP; 2021.
22. **Galarreta J.** Proceso para el Desarrollo de teleorientación y telemonitoreo con aplicaciones prácticas. En: Escuela Nacional de Salud Pública. Curso de Telesalud-nivel básico 2021. Lima: ENSAP; 2021.
23. **Romero M.** Proceso para el Desarrollo de teleapoyo al diagnóstico y aplicaciones prácticas. En: Escuela Nacional de Salud Pública. Curso de Telesalud-nivel básico 2021. Lima: ENSAP; 2021.

Contribución de autoría: Giovanni Meneses ha participado en la concepción del artículo, la recolección de datos, su redacción y aprobación de la versión final.

Conflicto de interés: El autor no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Citar como: Meneses G. La atención primaria en servicios de salud urbanos. Diagnóstico (Lima). 2022;61(3):197-204.

DOI: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.386>

Correspondencia: Giovanni Meneses Flores. Avenida Grau 770, Lima, Perú. Código Postal 15081.

Correo electrónico: gmenesesf@unmsm.edu.pe.

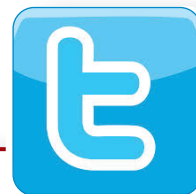
Teléfonos: 01-5446733 / Celular 958542297



Revista
DIAGNÓSTICO



Revista
DIAGNÓSTICO



Revista
DIAGNÓSTICO