

## EDITORIAL

1. Médico Gineco-Obstetra, Master en Salud Pública, Past Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Maestro Latinoamericano de la Ginecología y Obstetricia, Consultor en Salud Pública y Salud Sexual y Reproductiva, Lima, Perú

**Conflicto de interés:** El autor declara no tener conflictos de interés

**Financiamiento:** No se necesitó financiamiento

**Recibido:** 25 diciembre 2022

**Aceptado:** 29 diciembre 2022

**Publicación en línea:** 14 de Enero 2023

**Correspondencia:**

Alfredo Guzman

✉ [alfredoguz@gmail.com](mailto:alfredoguz@gmail.com)

**Citar como:** Guzmán A. El potencial de las municipalidades en la atención primaria de salud y su impacto en la salud de la población peruana. *Rev peru ginecol obstet.* 2022;68(4)  
DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2470>

# El potencial de las municipalidades en la atención primaria de salud y su impacto en la salud de la población peruana

## The potential of municipalities in primary health care and its impact on the health of the Peruvian population

Alfredo Guzmán<sup>1</sup>, M.D. M.P.H. FACOG

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2470>

La reciente pandemia mostró crudamente la fragilidad de nuestro sistema sanitario peruano. No teníamos pruebas apropiadas para el diagnóstico de COVID 19, no había camas UCI suficientes (1,6 por cada 100,000 habitantes, mientras Argentina tenía 18,9) y solo contábamos con 270 respiradores a nivel nacional, cuando Chile tenía 1,600 y Argentina 8,500. No había suficiencia de médicos intensivistas y solo 2 hospitales tenían planta de oxígeno. El resultado lo conocemos, más de 216,000 fallecidos, siendo Perú el país con la mayor tasa de muertes a nivel global. Los hospitales se saturaron, se colocaron carpas, camillas y sillas de ruedas en los pasillos, espacios libres que fueron insuficientes, no había balones de oxígeno y las personas fallecían en los exteriores de los hospitales. Esta escena estará grabada en muchos de nosotros. Dentro de esta tragedia, hay que destacar la resiliencia del personal de salud que, pese a las graves deficiencias, trabajó arduamente pagando por ello muchas vidas. En el caso del personal médico, 500 galenos fallecieron a causa del virus.

A ello contribuyó indudablemente la fragmentación del sector, que no permitió una adecuada articulación, el manejo eficiente de la información y el uso poco eficiente de los recursos. Se evidenció además un disloque entre el nivel central y los gobiernos regionales, en especial con las direcciones regionales de salud (DIRESAS). Agreguemos a todo ello que el gasto público en salud en nuestro país corresponde al 3,5% del PBI y el gasto total de salud al 5,2%, cuando a nivel Latinoamericano es del 7%. El gasto per cápita en salud de US\$ 767 en Perú, está a la zaga de los países de la región<sup>(1)</sup>. Es decir, tenemos un sector con una desfinanciación crónica. La brecha de infraestructura en salud supera los s/. 58,000 millones<sup>(2)</sup>. Ha pasado ya casi un año en que, gracias a la campaña de vacunación, el número de casos graves y fallecidos ha caído a niveles cercanos a prepandemia. Sin embargo, las nuevas variantes y sublinajes del virus producen de cuándo en cuándo picos de contagios.

A la saturación de los hospitales contribuyó en gran medida la decisión de cerrar el primer nivel de atención. Los centros y puestos de salud a nivel nacional no contaban con el personal suficiente ni la infraestructura y los insumos necesarios. Pero no debió abandonarse ese recurso; podría haberse reorganizado bajo una estrategia comunitaria, capacitando al personal para un diagnóstico oportuno y aislamiento, creando centros de atención temporal (CAT) a escala local, antes de que se crearan los prefabricados o la Villa Panamericana.



Pero, estamos en el 2022 y preocupa que el primer nivel de atención no se ha recuperado y se mantiene en un 47% de su capacidad, en cuanto a atenciones. Tenemos 8,148 establecimientos de salud (EESS) en el primer nivel de atención, de los cuales 722 están en Lima<sup>(3)</sup>. No solo preocupa la poca productividad de este nivel, sino que es necesario mejorar su infraestructura, reformularlo y priorizarlo para dar un cuidado integral, familiar y comunitario que incluya en mayor proporción condiciones crónicas y no transmisibles a través de Redes Integradas de Salud (RIS). Debemos pasar de un sistema asistencial a uno preventivo. Según un reciente estudio, el 97% de los establecimientos de salud del primer nivel de atención tienen una capacidad instalada inadecuada<sup>(3)</sup>. Asimismo, habría que reducir su número y recategorizarlos, fortaleciendo los 748 establecimientos estratégicos que ya están identificados a nivel nacional y que serían los que funcionen 24 horas y ofrezcan atención ambulatoria y emergencias, que cuenten con laboratorio, centro de imágenes y un pequeño quirófano para procedimientos menores.

Habiendo presentado este marco general sobre nuestro sistema sanitario y su respuesta a las necesidades urgentes de salud de la población, hay un actor que debería contribuir, y no lo hace, a mejorar los servicios, en especial del primer nivel de atención, y son los gobiernos locales. Pongamos el ejemplo de Lima. Uno de los pendientes de la Municipalidad de Lima desde sus competencias de gobierno regional es asumir la conducción y gestión del primer nivel de la salud en Lima, ese que está más cerca de los vecinos y que agrupa unos 400 centros de salud a cargo de 4 direcciones de redes integradas de salud (DIRIS) del Ministerio de Salud (MINSA) (los 722 señalados anteriormente implican también a Lima provincias). No se debe confundir con el Sistema Metropolitano de Solidaridad (SiSol), un sistema híbrido, público en lo institucional y privado en la entrega del servicio -todo se paga-, que pertenece al Municipio de Lima. Otro es, lo que tocamos en esta nota, el sistema público de salud, que constituye la base de una sociedad justa.

Si bien se ha mencionado hay brechas y problemas de larga data, el aspecto principal del primer nivel es su organización y gestión en el territorio. 400 centros de salud son un potencial que no se ha explotado y que puede generar sinergias que

no se ven desde la responsabilidad sectorial. En el Perú, el proceso de descentralización del Estado comenzó el año 2002 pero no culminó en todo el país. Sucesivos gobiernos municipales de Lima Metropolitana deliberadamente no asumieron la conducción de los sectores educación y salud en su ámbito territorial que, de acuerdo con el mandato a la Ley aprobada, debieron de asumir responsablemente. Para el desarrollo de la salud de los habitantes de Lima se necesita una Autoridad Metropolitana de Salud de Lima (AMS), que a la fecha no existe.

Ante la falta de esa autoridad, algunos Municipios Distritales se han organizado para mejorar los servicios de salud de sus distritos. Dentro de ellos destaca el Municipio de San Borja que, en el marco de la Ley Orgánica de Municipalidades Ley 30855, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, Perú País Saludable, se ideó el Smart City Health, se creó la Gerencia de Salud con la Unidad de Salud Pública y la Unidad de Servicios de Salud y atención al ciudadano. Y bajo la Ley RIS trabajaron dos ejes: proveer servicios integrados y el abordaje de los determinantes sociales.

Todo se inició a raíz de la pandemia cuando la información que recibían del Ministerio de Salud (MINSA) sobre contagiados, internados o fallecidos no era la correcta o estaba desactualizada. Aplicaron entonces la tecnología que ya estaba en uso en los cercos inteligentes y mapas de calor para las zonas de riesgo delincencial o los pórticos inteligentes para identificar placas de vehículos. Se logró obtener una información real y verdadera de su territorio de 110,000 habitantes. Realizaron un catastro en que se incluía los determinantes sociales de la salud, la densidad poblacional, natalidad, fecundidad, discapacidad, la población vulnerable, aquellos con enfermedades crónicas. Con respecto al COVID 19, los casos positivos, los internados, los fallecidos. Usaron georeferencia y mapeo de vulnerabilidad. Se estableció pagos capitados y por paquete para las atenciones de salud. Establecieron un intercambio prestacional entre el Municipio, EsSalud y el MINSA, reuniéndolos en un mismo ambiente al que denominaron la Clínica de la Familia. Implementaron un Centro de Salud Dental, el primer centro municipal de rehabilitación y una planta de oxígeno. Usaron telemedicina para las consultas, servicios de atención a domicilio, campañas de vacunación, detección



de anemia, una flota de ambulancias. Todo ello trabajando con un Comité Distrital de Salud. Los resultados fueron una cobertura médica de su población al 70% y una baja letalidad de 2,9%.

El ejemplo de San Borja debería replicarse en otros municipios. Así, además de lo detallado, imaginemos el impacto que tendría en nuestra especialidad y la salud de las mujeres. En las menores y adolescentes, saber si están protegidas contra el herpes del virus papiloma humano (VPH); las mujeres que están en edad reproductiva, si tienen un Papanicolaou, si se han realizado una mamografía. Conocer sus intenciones reproductivas, la anticoncepción. Determinar nuestra población de gestantes, si están vacunadas, si tienen anemia, si se están realizando sus controles, si han recibido consejería para los signos de alarma. Si están cerca del término del embarazo, dónde se van a atender. El control puerperal y del recién nacido. Es decir, una infinidad de atenciones que tendrían un impacto determinante en la salud sexual y reproductiva de nuestras mujeres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Mundial [Internet]. Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Perú después de la COVID-19. June 2021, Lima, Perú [Date of access: 24 December 2022]. Available at: <https://www.bancomundial.org/es/country/peru/publication/financiamiento-para-la-cobertura-universal-de-salud-en-el-per-despu-s-de-la-covid-19>
2. Ministerio de Economía y Finanzas del Perú [Internet]. Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad. [Date of access: 24 December 2022]. Available at: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv\\_privada/planes/PNIC\\_2019.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_privada/planes/PNIC_2019.pdf)
3. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, "Perú País Saludable" [Date of access: 24 December 2022]. Available at: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf>