

Artículos Especiales

Servicio Nacional de Asistencia Pública

Modelo para fortalecer el primer nivel de atención en salud

*National Public Assistance Service
A model for strengthening the first health care level*

Fausto Garmendia-Lorena¹, Pedro Mendoza-Arana²

Resumen

El Servicio Nacional de Asistencia Pública se creó en el Perú en el año 1912 como Servicio Nacional de Primeros Auxilios con cuatro secciones. En 1945 se inauguró el Puesto Central como Servicio Médico Quirúrgico de Emergencias y Primeros Auxilios. En 1951, se incorpora a médicos especialistas y estudiantes del último año de Medicina, ambulancias para atención domiciliaria y apertura puestos periféricos en varios distritos de Lima, El Callao y algunas capitales de departamento. La atención se efectuaba mediante equipos en turnos continuos de 24 horas incluyendo los domingos y feriados. En 1980 se desinstala el Servicio Nacional de Salud Pública y se migra a un modelo centralizado en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. El artículo fundamenta la utilidad de recobrar el modelo del Sistema Nacional de Asistencia Pública, entendido como un componente funcional del Sistema de Salud, que fortalecerá el primer nivel de atención en salud.

Palabras clave (DeCS): Servicios médicos de urgencia; Medicina de Emergencias; Sistemas de Salud.

Abstract

The National Public Health Service was created in Perú in 1912 as National First Care Service with four sections. In the year 1945, its Central Care Post was opened as a Emergency Medical Surgical Service and First Aid. In 1951, specialized doctors and medical students were incorporated, as well as ambulances for home care. Peripheral posts were also open in many districts in Lima city, Callao and other states. The health care was provided by care teams in 24 hours shifts, including Sundays. In 1980 the National Public Health Service was uninstalled and it was migrated to a centralized model with the headquarter at the José Casimiro Ulloa Emergency Hospital. The article arguments for the utility of recovering the model of the National Public Assistance System, understood as a functional component of the National Health System, which will strengthen the first level of health care.

Keywords (MeSH): Emergency medicine, delivery of health care, health systems.

Introducción

El 25 de febrero de 1912 se crea en Lima, Perú, el Servicio de Asistencia Pública como Servicio Nacional de Primeros Auxilios, en la gestión del Dr. Lauro Ángel Curletti Valdés, en ese entonces Director de Salubridad Pública, durante el gobierno de Guillermo Billinghurst; contaba con seis puestos de socorro distribuidos en los seis cuarteles, en los que se

dividía a la capital. Su sede Central estaba en la calle León de Andrade (actualmente jirón Moquegua), disponía de un consultorio general, una sala de cirugía, una sala de niños y un servicio de camillas para acudir a las llamadas en casos de accidentes. Lauro A. Curletti, orientó a este establecimiento a fomentar la educación sanitaria, especialmente de las madres y la atención pediátrica, mediante conferencias y distribución de

¹Docente Extraordinario Experto, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ²Académico Honorario, Academia Nacional de Medicina, Lima, Perú. ORCID N° 0000-0002-6513-8743. ²Profesor Principal, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ³Académico Asociado, Academia Nacional de Medicina. Lima, Perú. ORCID N° 0000-0002-2750-1804

folletos. El primer director del Servicio fue el Dr. Enrique León García; inicialmente contaba con las secciones para profilaxis de enfermedades venéreas, tuberculosis, enfermedades de niños y lucha contra el alcoholismo⁽¹⁾.

Es probable que esta iniciativa para mejorar la atención en salud a las personas que requerían una prestación de salud de emergencia haya estado inspirada en la organización de las “Casas de Socorro”, que se instituyeron de España como organizaciones benéfico-asistenciales desde 1855 hasta muy avanzado el siglo XX⁽²⁾.

En el año 1945 se inauguró el Puesto Central en la esquina de la avenida Grau con el jirón Cangallo en calidad de Servicio Médico Quirúrgico de Emergencias y Primeros Auxilios. En 1951 se hace cargo de la dirección el Dr. Ricardo Palma Román quien incorpora médicos, cirujanos, traumatólogos, y ambulancias para atención nocturna domiciliaria, y se amplía la atención a puestos periféricos en Chorrillos, Rímac, avenida Bolivia, La Victoria, Magdalena y Barranco. En 1956 se incorpora la atención de neurocirugía, traumatología y cardiología y la apertura de puestos en el Callao y capitales de departamento. En la dirección del Dr. Luis M. Delgado Cornejo se formaron equipos mixtos de guardia para atención continua de 24 horas, compuestos de médicos, cirujanos, traumatólogos, especialistas neurocirujanos, endoscopista para extracción de cuerpos extraños de las vías respiratorias y tubo digestivo, laboratoristas, enfermeras, en los que participaban alumnos de Medicina de los últimos años en condición de internos, que recibían entrenamiento en emergencias durante varios meses y luego eran destacados a los puestos periféricos. Se incorporó cursos de emergencias médico-quirúrgicas en la Facultad de Medicina, así como eventos en los que se exponía los resultados de las atenciones brindadas.

En 1980, la Asistencia Pública de Lima, con todo su personal y demás servicios fue trasladado al local de la avenida República de Panamá, fusionándose con el puesto de Miraflores, para entrar en funcionamiento con el nombre de Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.

La organización actual de nuestro sistema de salud, se estructura sobre la lógica de niveles de complejidad, y se establecen tres niveles, con 10 categorías de establecimientos de salud, en los cuales se brinda atención integral⁽³⁾.

La atención a las emergencias y urgencias, se brinda en la actualidad en el nivel II y III, pues el nivel I no tiene la Unidad Productora de Servicios de Salud de Emergencia (UPSS)⁽⁴⁾. En

otras palabras, la atención formal de las emergencias se reserva para el nivel hospitalario, y no tiene representación en el primer nivel de atención, salvo espacios funcionales destinados a la identificación y referencia.

Desarrollo del Tema

La atención de emergencias médicas es uno de los servicios esenciales de todo sistema de salud. Es claro que para la población, los aspectos más valorados de la atención médica son aquellos que implican el riesgo para la vida, y las emergencias son uno de estos momentos. Así, los servicios médicos de emergencia han sido calificados como servicios esenciales, y como bienes públicos desde el punto de vista de la economía de la salud. De la misma manera, la 72da. Asamblea Mundial de Salud, ha urgido a los gobiernos a establecer la atención de emergencias como parte importante de la cobertura universal de salud⁽⁵⁾.

Diversos sistemas de salud han desarrollado formas variadas de respuesta a este desafío. En algunos, se han desarrollado sistemas específicos de atención prehospitalaria, mientras en otros, se busca más bien la integración.

El Sistema Nacional de Asistencia Pública, se concibe como un componente funcional del Sistema de Salud, conformado por establecimientos de salud que cuenten con UPSS de Emergencia, incluyendo establecimientos de salud específicos para la atención de emergencias, comunicados entre sí, y con la opción de movilizar pacientes entre los niveles del subsistema en redes integradas de salud⁽⁶⁾.

La asistencia en salud a las personas en el primer nivel de atención es esencial para conseguir el bienestar de la población, la cual debe ser rápida y oportuna, para lo cual se requiere de un sistema eficaz y descentralizado, lo cual significa contar con una red de atención coordinado que utilice procedimientos apropiadamente establecidos durante las 24 horas, que en el momento actual debe ser fortalecido⁽⁷⁾.

Desde antes del inicio de la pandemia del SARS-CoV-2, se observó una saturación de los servicios de emergencia de los hospitales inclusive del tercer nivel, debido una falta de atención de emergencia y urgencias en el primer nivel de atención, que además, atienden en un horario muy limitado que no comprende la atención nocturna⁽⁸⁾.

Con el inicio de la pandemia del SARS-CoV-2, quedaron en evidencia estas falencias en el Sector Salud, el cual, además de estar fragmentado con establecimientos de

salud dependientes del Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidades de la Policía y Fuerzas Armadas, municipalidades, cuyas atenciones de emergencias en horario nocturno se concentran en los hospitales, se encuentra totalmente saturado, no solo en recursos materiales sino de especialistas intensivistas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que requiere de una pronta formación de estos recursos^(9,10) al 31 de agosto de 2021 se ha registrado un número acumulado de 2'151,010 personas contagiadas con 198,320 fallecidas, que se considera un subregistro desde que el registro del Sistema Nacional de Defunciones (SINADEF) señala una cifra de 198,329 muertes para esa fecha⁽¹¹⁾.

Debido a la necesidad de priorizar la atención de las personas contagiadas por el SARS-CoV-2, se ha producido una saturación de todo el sistema con una grave desatención de las personas con una patología muy diversa no COVID 19⁽¹²⁾, en lo que empieza a reconocerse como el daño colateral o indirecto de la pandemia.

Por todo lo anterior, se considera oportuno reponer un Sistema de Atención Pública de las Emergencias, descentralizado, que funcione las 24 horas, componente de un Sector Salud unificado dependiente del Ministerio de Salud, tomando como modelo al antiguo Sistema Nacional de Asistencia Pública, cuyo organismo central podría radicar en el actual Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, ubicado en el distrito de Miraflores, pero que, a diferencia del modelo centralizado, contaría con una red de puestos periféricos situados en todos y cada uno de los distritos de Lima Metropolitana y El Callao, y que será ampliado progresivamente a todos los departamentos del país. Este Puesto Central, aparte de atender a personas con problemas de salud de mayor complejidad, será también el ente regulador de funciones y

procedimientos de todo el sistema en estrecha relación con las municipalidades y la Policía Nacional⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Cada puesto periférico distrital deberá contar con un local apropiado, equipos, e instrumental de acuerdo con la Norma Técnica de Salud N°113-MINSA/DGIEM-V.01⁽¹⁶⁾, personal médico, estudiantes de medicina del último año, de enfermeros y enfermeras, técnicos de laboratorio, limpieza, mantenimiento y seguridad, que se renueve en equipos que atiendan las 24 horas (2 veces por semana) y un domingo cada 3 domingos.

De todo lo anteriormente señalado, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

El sistema de salud peruano tuvo un largo período, de 1912 a 1945, previo a la conformación del propio Ministerio de Salud, en el cual el sistema funcionó por separado, para luego ser incorporado al mismo. Sin embargo, esta incorporación ha implicado una pérdida de prioridad, que la pone en situación rezagada para responder al desafío de las Causas Externas como causa de muerte y discapacidad.

El actual primer nivel de atención en salud, se encuentra en una situación precaria, y por su diseño, centrado en actividades preventivo promocionales, no responde para la atención de las urgencias y emergencias en forma adecuada, oportuna y con la mayor rapidez.

Por ello, una manera de fortalecer la atención en el primer nivel, es utilizar como modelo a la organización del antiguo Sistema Nacional de Asistencia Pública, que tendría las características de un sistema integrado y descentralizado, que funcione las 24 horas del día y que geográficamente esté más cercano a las personas.

Referencias bibliográficas

1. Ugarte C. Historia de los servicios de emergencia de Lima y Callao. *Acta Med Hered.* 2000;11(3):97-106.
2. Fernández-Guerrero IM, Fernández-Cano A. Una tesis pionera en la Medicina de Urgencias y Emergencias española: "Alcance de la cirugía [sic] de urgencias en las casas de socorro" (1907). *Emergencias* 2013;25:409-414.
3. Salaverry O, Cárdenas-Rojas D. Establecimientos asistenciales del sector salud, Perú 2009. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2009;26(2):264-267.
4. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
5. WHO. The Seventy-Second World Health Assembly, Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured. Geneva, 28 may 2019.
6. Cosavalente-Vidarte O, Zevallos L, Fasanando J, Cubas Fuentes S. Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2019;36(2):319-325. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4623>.
7. Fortalecimiento del primer nivel de atención, en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria en salud renovada. Documento Técnico, Ministerio de Salud, Lima, Perú, 2010.
8. Vásquez-Alva R, Amado-Tineo J, Ramírez-Calderón F, Velásquez-Velásquez R, Huari-Pastrana R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *An Fac med.* 2016;77(4):379-385. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i4.1265>
9. Morales R. Aspectos Legales de la Atención en Emergencia. *Diagnóstico* 1983;12:47-52.

10. **Morales R.** Organización de Emergencias y Formación de Emergencistas. *Diagnóstico* 1984;13:213-215.
11. **Sala Situacional Covid-19, Ministerio de Salud, Lima, Perú, 30 de abril de 2021.**
12. **Málaga G.** Causas de admisión en el Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID-19. *Peru Med Exp Salud Pública*. 2020;37(3):587-588. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.586>
13. **Lecky, et al.** Harnessing inter-disciplinary collaboration to improve emergency care in low- and middle-income countries (LMICs): results of research prioritisation setting exercise. *BMC Emergency Medicine*. 2020;20:68. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00362-7>.
14. **Aluisio AR, Waheed S, Cameron P, Hess J, Jacob ST, Kisoona N, et al.** Clinical emergency care research in low-income and middle-income countries: opportunities and challenges. *BMJ Global Health* 2019;4:e001289.
15. **Reynolds TA, Stewart B, Drewett I, Salerno S, Sawe HR, Toroyan T, Mock C.** The Impact of Trauma Care Systems in Low- and Middle-Income Countries. *Annual Review of Public Health* 2017;38(1):507-532. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021412. Epub 2017 Jan 11.
16. **Ministerio de Salud.** Norma Técnica de Salud N° 113-MINSA/DGIE-V.01, Lima: MINSA, 2015.

Contribución de autoría: FGL ha participado en concepción o diseño del manuscrito, la recolección de datos, redacción del artículo, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de la versión a publicar. Asume la responsabilidad frente a todos los aspectos del manuscrito. PMA ha participado en redacción del artículo, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de la versión a publicar.

Conflicto de interés: Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Citar como: Garmendia-Lorena F, Mendoza Arana P. Servicio Nacional de Asistencia Pública. Modelo para fortalecer el primer nivel de atención en salud. *Diagnóstico(Lima)*. 2021;60(3):127-130.

DOI: 10.33734/diagnostico.v60i3.299

Correspondencia: Dr. Fausto Garmendia-Lorena. Elías Aguirre N° 141-409, Miraflores, Lima 18. Teléfono: 981903903

Correo electrónico: garmendiafausto@gmail.com

DIAGNÓSTICO

Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue

Toda la información médica que ofrece la



FUNDACIÓN
INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

está en Internet

- Versión en línea de la revista
- Buscador Temático dentro de la revista
- Noticias Médicas
- Informaciones sobre la Fundación

- Premio Medalla de Oro Hipólito Unanue
- Premio Hipólito Unanue a los Mejores Trabajos de Investigación en las Ciencias de la Salud
- Premio Hipólito Unanue a la Mejor Edición Científica sobre Ciencias de la Salud
- Apoyo Económico a la Investigación Científica
- Becas de Honor
- Actividades Científicas en Provincias - Cursos Multidisciplinarios

www.fihu.org.pe