

¿Diagnóstico de la situación de salud o simulación política? Una mirada desde el primer nivel de atención

Health Situation Diagnosis or Political Simulation? A Perspective from Primary Health Care

Juan Morales ^{1,a}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades, Centro de Investigación eHealth. Lima, Perú.

^a Médico, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Salud Digital, Magíster en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales, Doctor en Medicina.

Información del artículo

Citar como: Morales J. ¿Diagnóstico de la situación de salud o simulación política? Una mirada desde el primer nivel de atención. Health Care & Global Health.2026;10(3):175-177.

DOI: 10.22258/hgh.v10i3.504

Autor de Correspondencia:

Juan Morales
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos 15304. Lima, Perú.
Email: mdjuanmorales@gmail.com
Teléfono: +51 989521832

Historial del artículo

Recibido: 8 de septiembre de 2026
Primera decisión editorial: 9 de septiembre de 2026
Versión revisada recibida: 9 de septiembre de 2026
Aceptado: 10 de septiembre de 2026
Publicado en línea: 15 de septiembre de 2026

Proceso de revisión

Tipo de revisión: revisión editorial
Número de revisores externos: no aplica
Rondas de revisión: No aplica

El análisis de situación de salud (ASIS) es un proceso que permite describir y analizar la situación con respecto al estado de salud y sus determinantes sociales en una población de un espacio geográfico claramente definido, con el fin de identificar necesidades y establecer prioridades en salud, proponer las líneas de acción para su atención y control, considerando los puntos de vista de los diversos actores sociales que observan el problema. El ASIS es un documento de gestión que se elabora periódicamente desde el nivel nacional hasta el local, que evalúa los factores condicionantes, el proceso salud-enfermedad y la respuesta social ^[1]. La información respecto a la situación del sistema de salud peruano no es limitada ni se encuentra circunscrita al ASIS. Existe una amplia disponibilidad de información proveniente de los distintos órganos y entidades del Estado, los sistemas de información sanitaria, así como de organismos internacionales y de la producción científica. A ello se suma la información difundida a través de los medios de comunicación, las plataformas digitales y redes sociales, que contribuyen a visibilizar los hechos, demandas y percepciones de los usuarios y trabajadores de salud.

En este contexto, las recurrentes visitas de inspección inopinadas por parte de las autoridades sanitarias a los establecimientos de salud se han consolidado como un mecanismo de legitimación pública más que de gestión efectiva. Históricamente, estos despliegues in situ han servido para exponer escenarios críticos, deficiencias operativas o las faltas del personal asistencial. Esta escenografía genera un rédito político inmediato; pero desvirtúa el propósito de la evaluación sanitaria. El sistema sanitario no padece una escasez de diagnósticos; por el contrario, dispone de abundante evidencia generada por entidades estatales, organismos internacionales y la comunidad académica. El problema central del sistema es la sustitución de la evidencia técnica por la dramatización del hallazgo mediático.

El Ministerio de Salud (MINSA) tiene una estructura jerarquizada^[2]. En esta arquitectura, el primer nivel de atención ocupa una posición estratégica por constituir el contacto más cercano entre la población y el sistema sanitario, ejecutar múltiples estrategias de salud y generar información fundamental sobre las necesidades de la comunidad. Sin embargo, los trabajadores del primer nivel de atención, que mantienen contacto directo con la población y conocen sus necesidades sanitarias, no siempre participan de manera proporcional en las decisiones que determinan la disponibilidad y utilización de los recursos. Esta asimetría genera distorsiones en la distribución de equipos médicos, materiales e insumos. En establecimientos del primer nivel pueden coexistir carencias de elementos esenciales para la prestación de salud con existencias excesivas de productos de uso infrecuente o cuya disponibilidad no responde a las necesidades prioritarias de la población. Del mismo modo, pueden destinarse recursos a intervenciones de limitada relevancia sanitaria mientras persisten deficiencias básicas que permitan la respuesta sanitaria. El problema, por tanto, no se reduce



a cuánto se gasta, sino a qué se prioriza, dónde se asignan los recursos y qué resultados se espera obtener.

La capacidad de transformar recursos en resultados depende también de la gobernanza sanitaria. La gestión de organizaciones requiere competencias técnicas, experiencia pertinente, integridad, transparencia y rendición de cuentas. Cuando estos criterios pierden relevancia frente a consideraciones ajenas al mérito y a la capacidad profesional, se debilita la capacidad institucional para sostener políticas sanitarias más allá de los cambios de gobierno. En este contexto, la corrupción constituye una de las expresiones más graves de las debilidades de gobernanza. En el Perú, la corrupción no es reciente y un modo predominante de corrupción ha estado ligado al poder ejecutivo^[3]. En el sector salud abarca tanto las altas esferas, las medianas y las bajas; dentro de las tipologías se encuentra el fraudelent billing médico, los cobros y pagos indebidos, la corrupción en la cadena de suministros médicos, el farmasponsoring corrupto, el desvío de pacientes, sustracción y apropiación de medicamentos, sobredimensionamiento del costo de implementos o medicinas, absentismo y la falsedad en las prescripciones médicas^[4]. También se han descrito prácticas indebidas relacionadas con la inducción de demandas en los servicios de salud, como una forma encubierta de las prácticas de corrupción o soborno^[5].

Desde la perspectiva del primer nivel de atención, estas deficiencias de gestión tienen consecuencias sobre la actividad asistencial. La ejecución de múltiples estrategias sanitarias implica una considerable carga administrativa relacionada con registros, consolidación y remisión de información a diferentes niveles jerárquicos. Cuando estos procesos incorporan duplicidad o procedimientos innecesarios, se sustrae tiempo a la atención de la población. A ello se suma el problema recurrente del sistema de referencia y contrareferencia; la derivación de pacientes por falta de capacidad resolutive puede verse condicionada por la disponibilidad de camas, especialistas, procedimientos diagnósticos o de transporte. Las demoras en la aceptación de pacientes y las dificultades de articulación entre establecimientos de salud pueden comprometer la continuidad y oportunidad de la atención. Esta inoperatividad traslada directamente el costo de las ineficiencias del sistema a las familias, quienes deben asumir un mayor gasto de bolsillo para acceder a medicamentos, insumos y procedimientos de ayuda diagnóstica.

Estas dificultades adquieren particular relevancia porque el primer nivel constituye el espacio donde convergen las necesidades clínicas y los determinantes sociales de la salud. La posibilidad de mejorar el estado de salud de la población trasciende la capacidad del sector sanitario y requiere políticas intersectoriales. Los planteamientos de Lalonde, la Declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa resaltan la necesidad de actuar sobre los determinantes de la salud, fortalecer la atención primaria y promover políticas públicas saludables. En este sentido, es

fundamental el cumplimiento de los objetivos del nuevo modelo de cuidado integral de salud por etapas de vida^[6]. En el contexto actual, este desafío incorpora además la transformación digital y la alfabetización digital en salud. Sin embargo, la tecnología por sí sola no resuelve las debilidades institucionales; su potencial depende de procesos adecuados, interoperabilidad, capacitación y criterios de equidad.

El verdadero desafío de la gestión sanitaria consiste en cerrar la brecha entre la evidencia técnica, la decisión política y la ejecución presupuestaria. Convertir las fallas detectadas en las inspecciones inopinadas o las inconductas de ciertos funcionarios en la explicación principal de la crisis del sistema implica reducir un problema estructural a una suma de faltas individuales. Si bien la sanción a la mala praxis y a la corrupción individual es indispensable, el análisis crítico no debe desviar la atención de factores estructurales como el financiamiento, la gobernanza, la organización, la capacidad resolutive y la continuidad de la atención. La legitimidad de una política sanitaria no se mide por la cantidad de inspecciones mediáticas realizadas, sino por la capacidad para traducir la evidencia en decisiones sostenibles y resultados epidemiológicos verificables.

Por ello, fortalecer el primer nivel de atención exige una política sanitaria sostenida, basada en evidencia, con adecuada asignación de recursos, fortalecimiento de la capacidad resolutive, simplificación administrativa, articulación efectiva de las redes de servicios y sistemas de evaluación orientados a resultados. Asimismo, quienes aspiran a ejercer cargos públicos no solo cumplan con los requisitos legales mínimos, sino también por poseer una formación académica auténtica, una integridad moral sólida y un compromiso real con el bien común^[7]. La gestión sanitaria debería responder a objetivos de salud de mediano y largo plazo y no quedar limitada por la temporalidad de los ciclos políticos.

Información Complementaria

Contribución de los autores (Taxonomía CrediT):

JM: Es el único responsable de la conceptualización, redacción, revisión y aprobación del manuscrito final.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflictos de interés.

Financiamiento

Ninguno.

Disponibilidad de datos

No aplica.

Agradecimientos

Ninguno.

Declaración de uso de herramientas de inteligencia artificial (IA)

El autor declara haber utilizado herramientas de IA exclusivamente para mejorar la fluidez del estilo de redacción y la corrección lingüística del manuscrito. Todo el contenido fue revisado, verificado y validado por el autor, quien asume plena responsabilidad por la

exactitud, integridad y originalidad del manuscrito. No se introdujeron datos sensibles o confidenciales en las herramientas de IA.

En el proceso editorial, incluida la revisión, se desarrolló conforme a la política de la revista sobre el uso responsable de herramientas de IA.

Referencias

1. Ministerio de Salud-MINSA. Análisis de Situación de Salud. 2026. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/inteligencia-sanitaria/analisis-de-situacion-de-salud-asis/analisis-de-situacion-de-salud-asis/>
2. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. DS No 011-2017-SA. Diario Oficial El Peruano. Perú; 2017 Apr 24. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/189790-011-2017-sa>
3. Alfonso W. Quiroz. Historia de la corrupción en el Perú. Primera Edición. IEP Instituto de Estudios Peruanos; 2013. <https://fondoeditorial.iep.org.pe/producto/historia-de-la-corrupcion-en-el-peru/>
4. Ramírez Cosme AG. La corrupción en el sector salud: características, algunas de sus tipologías y efectos. Derecho & Sociedad. 2024;(62):1–17. DOI:10.18800/dys.202401.001.
5. Morales J. Demanda inducida en los servicios de salud: Entre la ética y el negocio deshonesto. Health Care & Global Health. 2025;9(1):4. DOI:10.22258/hgh.2025.91.185.
6. Ministerio de Salud-MINSA. Documento Técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida. Perú; 2020. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf?v=1580222578>
7. Morales J. Salud, moralidad y poder: una mirada crítica a la corrupción desde la ciencia. Health Care & Global Health. 2025;9(1):53. DOI:10.22258/hgh.2025.92.228.