LA SALUD PÚBLICA

centrada en las personas

Perspectivas desde la sociedad civil

Carlos F. Cáceres
Celeste Cambría
Hans Landolt (eds.)

LA SALUD PÚBLICA CENTRADA EN LAS PERSONAS

Perspectivas desde la sociedad civil

La salud pública centrada en las personas

Perspectivas desde la sociedad civil

Editores:

Carlos F. Cáceres
Celeste Cambría
Hans Landolt

Autores:

Alfredo Guzmán
Eugenio Villar
José Miguel Arca G. V.
Laura Altobelli
Lizardo Huamán
Gabriel Aguirre Martens
María Edith Baca
Rossina Guerrero
Elisa Juárez
Martha Desmaison
Ariela Luna
Celeste Cambría
Sandra Vallenas
Ariel Frisancho

FONDO EDITORIAL CAYETANO

CP WA 100 C14	Cáceres, Carlos F. La salud pública centrada en las personas: perspectivas desde la sociedad civil / Carlos F. Cáceres [y otros catorce]. – Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Fondo Editorial, 2025. 176 páginas: tablas, gráficos. Salud Pública / Sociedad Civil / Cáceres, Carlos F., editor / Cambría, Celeste, editor / Landolt, Hans, editor.

La salud pública centrada en las personas.
Perspectivas desde la sociedad civil
© Carlos F. Cáceres (ed.)
© Celeste Cambría (ed.)
© Hans Landolt (ed.)

De esta edición:
© Universidad Peruana Cayetano Heredia - Fondo Editorial Cayetano
Av. Honorio Delgado 430, San Martín de Porres,
Lima 150135, Perú
fondo.editorial@oficinas-upch.pe
https://fondoeditorial.cayetano.edu.pe

Primera edición: junio de 2025

Producción editorial: Fondo Editorial Cayetano

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio, total
o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2025-05890
ISBN: 978-612-5139-30-6

Se terminó de imprimir en junio de 2025 en:
Impresiones y soluciones TI S.A.C.
Calle Risso 572 - Lima - Lima - Lince

Tiraje: 300 ejemplares

Las ideas, afirmaciones y opiniones expresadas en la presente publicación pertenecen a los autores; por lo tanto, nuestra casa de estudios no asume ningún tipo de responsabilidad sobre estas.

Agradecimientos

El Encuentro «La salud pública centrada en las personas» y esta publicación no habrían sido posibles sin el compromiso y la participación de:

Susana Chávez

Jhony Juárez

George Hale

Alberto Tejada

Diego Venegas

Willie Vásquez

Jose López Richi

Vanessa Lainez

Les expresamos nuestro sincero agradecimiento.

Índice

Prólogo 9

SECCIÓN I
CONTEXTO POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL

Balance y desafíos del sistema de salud pospandemia 15

Financiamiento, gobernanza y gestión
para un sistema de salud con equidad y calidad 35
Alfredo Guzmán

Acción sobre los determinantes sociales de la salud par
reducir las inequidades con énfasis en el primer nivel de atención 43
Eugenio Villar

SECCIÓN II
EL PAPEL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Fortalecimiento y desarrollo del primer nivel de atención:
la gran oportunidad 53
José Miguel Arca G. V.

Salud comunitaria en el Perú:
¿Cómo se está involucrando a la comunidad? 63
Laura Altobelli

Recursos humanos para la atención primaria de salud 81
Lizardo Huamán

Análisis integral y hoja de ruta para la implementación del
sistema de información de salud en Perú 93
Gabriel Aguirre Martens

SECCIÓN III
ESPECIFICIDADES POBLACIONALES Y CURSO DE VIDA

Transformando la salud mental en el Perú 99
María Edith Baca

Métodos anticonceptivos modernos: recomendaciones 113
Rossina Guerrero
Elisa Juárez
Martha Desmaison

Los efectos de un entorno saludable en el
desarrollo infantil temprano 125
Ariela Luna
Celeste Cambría

Las personas mayores y los servicios de
salud del primer nivel de atención 133
Sandra Vallenas

SECCIÓN IV
AGENDA PARA LA ACCIÓN

Agenda para la Acción 149

ANEXO

Foro Regional Cusco «Reforma del sistema de
salud al servicio de las personas» 167
Ariel Frisancho

Sobre los autores 171

Prólogo

La presente publicación es el resultado de un esfuerzo colectivo desplegado a lo largo de varios meses por la Plataforma Ciudadana Salud y Derechos. Se trata de una comunidad independiente, plural y voluntaria, integrada por personas con diferentes experiencias y profesiones. Esta Plataforma surgió como una iniciativa de solidaridad y ejercicio ciudadano durante la pandemia del COVID-19. En ese crítico periodo, preparamos documentos de trabajo, organizamos decenas de webinarios, emitimos pronunciamientos y procuramos aportar a la formulación de políticas necesarias para encarar los desafíos de la salud pública, sin limitarlos a los vinculados a la pandemia.

Entre las actividades realizadas, destaca el encuentro «La salud pública centrada en las personas», cuyos resultados tenemos aquí la satisfacción de compartir. Este encuentro tuvo como objetivo general, a partir de la experiencia de la pandemia, discutir —enfocados en el primer nivel de atención— propuestas orientadas a mejorar la equidad y la calidad del sistema de salud. Dedicamos mucha atención al proceso previo, pues había que empezar por escuchar. El mérito fue apostar por el diálogo, es decir, por nuestra capacidad de entendimiento.

Optamos por plantear y problematizar aspectos clave en nuestra aproximación al primer nivel de atención en salud, lo que conlleva exponer ideas, plantear interrogantes, brindar explicaciones, desarrollar argumentos y ofrecer evidencias. Es decir, buscamos sostener, con los atributos de la ciencia de los que habla Steven Pinker (el escepticismo, la falibilidad, el debate abierto y el examen empírico), un intercambio alturado y constructivo, procurando que el espacio público se beneficie del interés por el bien común.

Por eso, en la preparación de este encuentro, organizamos procesos paralelos de información, intercambio, coordinación y difusión de ideas, implementados por varios

equipos de trabajo, así como una decena de webinarios preparatorios, que aportaron experiencias y conocimientos desde diferentes trayectorias, regiones y países. También, fue una ocasión para llevar a cabo el Foro Regional Cusco, con medio centenar de participantes de Cusco y Puno, convocados a debatir en ese evento preparatorio sobre la reforma del sistema de salud al servicio de las personas[1].

Por los múltiples actores involucrados en la salud pública e interesados en la priorización del primer nivel de atención en salud, procuramos establecer colaboraciones y alianzas que posibilitaran la representación de esa diversidad y la construcción de puentes de entendimiento.

Cabe mencionar a Promsex, entidad con la que tenemos una alianza estratégica; a la Comunidad de Profesionales para la Rendición de Cuentas y la Acción Social en Salud (COPASAH, por sus siglas en inglés), y a Copera Infancia y la Asociación Arariwa, especialmente comprometidas en el Foro Regional Cusco. Al Centro de Cuidado Integral de Salud (Cecis) y al Foro Latinoamericano y del Caribe para el Aseguramiento de Insumos de Salud Reproductiva (ForoLAC), comprometidos en webinarios y grupos de trabajo. A Gobierna Consultores, con quienes compartimos diversos espacios. A la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, en algunos de cuyos grupos de trabajo participamos. Al Municipio de San Borja, que patrocinó el evento y nos acogió en su auditorio. Y, por supuesto, a la Universidad Peruana Cayetano Heredia, cuyos estudiantes colaboraron en el evento, y con la que hoy publicamos este libro.

Como se ha mencionado, el diálogo puede refinar nuestra facultad de razonar, debatir y aprender; permite contraponer el razonamiento a la mera intuición y lograr un conocimiento confiable. La diversidad de iniciativas y la apertura al cambio no significan falta de cohesión y de consistencia. La amalgama la proporcionan los conceptos que compartimos sobre salud pública, el valor que asignamos a los determinantes sociales de la salud, la prioridad que otorgamos al primer nivel de atención y nuestra identificación con el necesario involucramiento de la comunidad y con la calidad y articulación que deben ofrecer los sistemas de salud.

También nos une nuestro compromiso común con el respeto a la autonomía de las personas y las instituciones, y con los enfoques de derechos humanos, de género y de interculturalidad.

---

[1] Los aportes del encuentro se presentan en el Anexo, al final de este libro.

Es interés de esta Plataforma Ciudadana Salud y Derechos ser parte del necesario diálogo de la sociedad civil alrededor de propuestas que sumen, que tengan carácter proyectivo y busquen soluciones. Confiamos en que este libro, que se publica con el apoyo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, sirva como vehículo que traslade —a las personas, a las autoridades y a los decisores de política— estas iniciativas enfocadas en mejoras necesarias y posibles.

En tal sentido, en la cuarta sección de este libro, los planteamientos realizados en el encuentro son sintetizados en lo que hemos denominado «Agenda para la acción». Confiamos en que esta Agenda sea un instrumento para reafirmar la importancia del diálogo, propiciar vínculos y enriquecer el espacio público con propuestas de medidas y políticas que contrarresten la fragmentación y el conflicto.

Una versión más breve de esta Agenda se entregó a las autoridades del Ministerio de Salud (Minsa) en el marco del proceso de consulta que se dio con motivo de la publicación preliminar de su documento titulado *Libro blanco de fortalecimiento del primer nivel de cuidado de la salud 2025/2027*, lo que dio lugar a un positivo intercambio con integrantes del equipo responsable del Minsa.

Que la ciudadanía haga escuchar su voz y que sea atendida es parte del entramado de la institucionalidad democrática por la que abogamos. Esperamos que este libro, que promueve una salud pública centrada en las personas, no solo sirva como canal para el diálogo, sino que también ilustre la necesidad de dicho intercambio participativo. Al ofrecer el foro como espacio para una virtuosa articulación de perspectivas, buscamos generar mejoras efectivas en beneficio de todos.

Los editores

Sección I
Contexto político, económico y social

Balance y desafíos del sistema de salud pospandemia*

El encuentro «La salud pública centrada en las personas» inició con el panel titulado «Balance y desafíos del sistema de salud pospandemia», en el cual cuatro exministros de Estado compartieron sus reflexiones sobre el tema. La moderación propuso que, en vez de enfocarse en situaciones ideales ajenas a la realidad actual, sería más útil considerar el contexto y enfocarse en los cambios posibles en el corto, mediano y largo plazo.

Como elementos clave del contexto, en primer lugar, se señaló el hecho de que la actual situación política del país, en tanto pueda llevar a desenlaces muy diversos, introduce un componente crítico de incertidumbre. En segundo lugar, se mencionó el papel de los determinantes sociales de la salud, desatendidos por el Estado multisectorial, de modo que, si actuamos solo a nivel del sector salud, nuestro impacto será limitado. En tercer lugar, se enfatizó en las grandes debilidades históricas del sector salud, que incluyen su anquilosis, su falta de integración, sus grandes inequidades y su carencia de una verdadera conexión con la comunidad a la que afirma servir. Y, en cuarto lugar, se detalló lo ocurrido no solo en el Perú, sino a nivel casi global durante un periodo crítico desde 2020, en el sistema de salud. Durante muchos meses, a partir de marzo de ese año, se enfocó exclusivamente en el COVID-19, lo que, en la práctica, llevó a la suspensión del diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades graves, especialmente en el primer nivel de atención. Esta situación aún no se ha resuelto por completo.

A continuación, se presentó a los participantes del panel. Primero, Midori de Habich, economista y exministra de Salud entre julio de 2012 y noviembre de 2014,

---

* Panel con los exministros de Estado: Midori de Habich, Ariela Luna, Oscar Ugarte y Víctor Zamora, moderado por Carlos Cáceres.

actualmente, es directora técnica del proyecto Local Health Systems Sustainability (LHSS), de ABT, con apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Segundo, Ariela Luna, médica salubrista y exministra de Desarrollo e Inclusión Social entre octubre de 2019 y julio de 2020, actualmente, es consultora y docente de posgrado de la Universidad San Martín de Porres y la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Tercero, Oscar Ugarte, médico y exministro de Salud entre octubre de 2008 y julio de 2011 y, luego, entre febrero y julio de 2021, actualmente, es docente de posgrado de varias universidades. Cuarto, Víctor Zamora, médico y exministro de Salud entre marzo y julio de 2020, actualmente, es gerente general de Gobierna Consultores y coordinador académico del Programa de Especialización en Gobierno y Políticas de Salud de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Se había coordinado previamente con los participantes para que, en función de su formación de base y su experiencia ministerial, Midori de Habich se enfocara más en temas de financiamiento; Ariela Luna, en protección social; y Oscar Ugarte y Víctor Zamora, en distintos aspectos del sistema de salud. Por ello, se propuso conversar con Oscar y Víctor, luego con Midori y al final con Ariela; de este modo, se tendrían tres rondas: una primera de ocho minutos por persona para plantear los temas generales, una segunda de cuatro minutos para reacciones a los aportes de los colegas en la ronda inicial y una tercera de tres minutos para concretar los mensajes finales.

Primera ronda: temas generales

En esta primera ronda, con mayor disposición de tiempo, los panelistas abordaron en mayor detalle los puntos que habían planteado priorizar, y que retomarían parcialmente en las rondas posteriores.

Oscar Ugarte

Este evento, en el marco de lo que ha sido señalado como «Balance y desafíos del sistema de salud pospandemia», nos plantea en realidad dos temas principales que son parte de los desafíos a encarar: el primero es el tema de la articulación del conjunto del sector, pero también la articulación intersectorial e intergubernamental; el segundo es el fortalecimiento del primer nivel como una gran prioridad en el campo de la salud pública.

Efectivamente, se mencionaba cómo en estos dos últimos años el tema de salud en el marco de la pandemia ha cobrado una gran importancia. Esa relevancia se ha reflejado en que, por ejemplo, el presupuesto del sector salud, que había subido aproximadamente de 8 % a 11 % en el 2019, durante la pandemia subió al punto más

alto que ha tenido: en el 2021, llegó a 13,5 % del presupuesto general de la república. Es lamentable que esta priorización del sector salud se esté perdiendo con una rapidez increíble, tanto así que el presupuesto que está previsto para salud del 2023 ha regresado a ser 11 %, como se tuvo en el 2019. Este es uno de los temas centrales: cómo garantizar que la salud siga siendo un tema pertinente, y no solo coyuntural, por necesidad de la población. Independientemente de quién esté en el gobierno, existe una responsabilidad, en términos de políticas de Estado, de hacer de la salud un tema prioritario y mantenerlo como tal.

Lo que hay que responder son dos preguntas que inquietan a la ciudadanía. La primera es cómo estar sanos; es decir, cómo vivir en una condición que favorezca el mayor desarrollo de las capacidades humanas. Eso significa vivir bien, tener posibilidades en todos los campos de la vida, lo que incluye trabajo, educación, recreación, creatividad, innovación, etcétera. Esto nos plantea políticas fundamentales: una de ellas, conocida y siempre mencionada, pero nunca priorizada lo suficiente, es la promoción de la salud. Se trata de generar cada vez mejores niveles de salud física y mental que fortalezcan nuestra capacidad creativa, como ya hemos señalado. Además, en este ámbito, los gobiernos locales se cuentan entre los actores fundamentales. Un ejemplo a seguir es la experiencia de San Borja, municipalidad que nos acoge en esta oportunidad y cuya iniciativa será presentada mañana. Hay muchas otras experiencias que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha recogido y sistematizado, lo que forma parte de un aporte valioso.

Esto tiene que ir vinculado con la función de rectoría, que es la de vigilancia sanitaria, una de las funciones esenciales de salud pública que plantea la OPS, porque esta vigilancia es responsabilidad fundamental del ente rector. Ello debe ser fortalecido con recursos humanos capacitados y sistemas de información, cuyo fraccionamiento se hizo evidente durante la pandemia. Por lo tanto, articular el sistema de información sanitaria desde lo preventivo es esencial para hacer seguimiento a la situación, de modo que se logre generar políticas y garantizar su efectividad. Esto supone también fortalecer los programas preventivos que existen y, seguramente, crear otros, así como garantizar la participación ciudadana. Este componente, relacionado con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, debe ser financiado como un bien social, es decir, accesible para todos. No es un servicio asegurable, sino una garantía ciudadana que debe ser reconocida y expresada.

El segundo gran tema de preocupación ciudadana es el acceso a una atención de calidad para la recuperación de la salud. Esto requiere, con mayor razón, la articulación de este sistema fragmentado, que asegure una progresión armonizada de los servicios. Además, esta es otra función rectora: garantizar la homogenización de la prestación

de servicios con oportunidad y calidad. Para ello, hay que fortalecer tres aspectos que implican cerrar brechas significativas. Desde ahora, es posible planificar estos cambios a corto, mediano y largo plazo, y plantearnos los siguientes desafíos: (1) reducir la brecha de recursos humanos, que requiere al menos un tercio más de profesionales en el país; (2) fortalecer la inversión en infraestructura de equipamiento, particularmente en el primer nivel de atención; y (3) resolver la escasez de insumos, reflejada cotidianamente en la ausencia de medicamentos. A todo esto, debe sumarse un plan de gestión de la calidad. Este es un reto que el país debe asumir para cerrar, también, una brecha en los estándares de calidad de los diferentes subsectores, y ahí necesitamos retomar las encuestas de Susalud sobre la calidad de la atención, pues la última se realizó en el 2016.

Víctor Zamora

Estoy muy contento de estar con este especial grupo de profesionales, amigas y amigos de muchísimos años, de los cuales quiero resaltar algunos hechos. Aquí, en esta aula y a través de la virtualidad, nos podemos conectar con una comunidad que, durante los últimos treinta años, ha trabajado en diferentes frentes de la salud pública. Logramos contener el impacto del cólera. Nos movilizamos en todo el país en condiciones mucho más precarias de las que vivimos actualmente para ampliar las coberturas vacunales y reducir el impacto de las enfermedades que se pueden controlar con las vacunas. Aquí, en esta comunidad, se encuentran profesionales que han batallado exitosamente para diseñar, implementar y avanzar en reducir a una tercera parte la desnutrición crónica y en comenzar a disminuir la anemia. También, los profesionales y los trabajadores de la salud, junto con los promotores y la comunidad, se han articulado con la sociedad civil para ampliar el acceso a los servicios de salud mental en el primer nivel de atención.

Sin embargo, además de felicitar esta iniciativa, que es parte de un largo proceso por construir la salud pública en el país, saludo el permanente esfuerzo por mantener estos encuentros que nos permiten reflexionar, desarrollar algunas propuestas e invitar a la acción. Especialmente, en tiempos de gran confusión e incertidumbre, como los que vivimos hoy, a los que se suma la polarización y la poca o nula aceptación del otro, este esfuerzo por lo tanto cobra especial relevancia. Sobre todo, enfatiza en la importancia de un distrito que, además, demuestra el enorme potencial de la salud a nivel local. Ayer, el doctor Tedros Adhanom, director de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dijo que el mundo nunca ha estado tan cerca, como hoy, del fin de la pandemia, que su fin ya está a la vista. Sin embargo, se requiere que todos los países, la industria, las comunidades y los ciudadanos demos un paso al frente y aprovechemos esta oportunidad; de lo contrario, correremos el riesgo de más variantes, muertes, disrupción e incertidumbre. Este evento se posiciona, claramente, en esa ventana de oportunidades.

Hay que recordar que hasta ayer, oficialmente, se han reconocido 6,5 millones de fallecidos por COVID-19. No obstante, se estima que el total real supera los 17 millones, según el Instituto de Evaluación y Métricas en Salud, esa cantidad de habitantes en el mundo ha perdido la vida por una sola enfermedad. Este asombroso número de muertes es, a la vez, una profunda tragedia y un fracaso global masivo de múltiples niveles, y las lecciones para las sociedades y sus sistemas de salud en particular son enormes. Demasiados gobiernos no se han adherido a normas básicas de racionalidad institucional y transparencia. Demasiadas personas, a menudo influenciadas por información errónea, han dejado de tomar precauciones básicas de salud. Y las principales potencias del mundo han fracasado, también, en liderar y movilizar una colaboración efectiva para controlar la pandemia, lo que se denomina el fracaso moral de la sociedad.

La revista *The Lancet* acaba de publicar un informe, en el cual lista cuáles habrían sido los principales elementos que motivaron ese masivo fracaso global. El primero de ellos es la falta de notificación oportuna del brote; el segundo, los costosos retrasos en el reconocimiento de la vía crucial de exposición que era el aire; el tercero, la falta de coordinación entre los países y dentro de los países con respecto a las estrategias de supresión; el cuarto, el fracaso de múltiples gobiernos, incluido el nuestro, de examinar la evidencia y adoptar las mejores prácticas para controlar la pandemia y la gestión de efectos indirectos económicos y sociales; el quinto, el déficit del financiamiento global, lo que atañe particularmente al Perú; el sexto, la incapacidad de garantizar un adecuado volumen de suministros y distribución equitativa de productos básicos, que incluyen equipos de protección personal, diagnóstico, medicinas, médicos, dispositivos y vacunas, especialmente para países pobres; el séptimo, la falta de datos oportunos, precisos y sistemáticos sobre infecciones, muertes, variantes, respuesta del sistema y consecuencias indirectas; el octavo, la aplicación deficiente de niveles apropiados de normas de bioseguridad; el noveno, la falta de respuesta a la desinformación sistemática; y el décimo, la falta de información global y redes nacionales de seguridad.

En el caso del Perú, hace unos meses, realicé un ejercicio similar. Entrevisté a más de veinte personas de diferentes áreas de conocimiento y les pregunté lo mismo: ¿qué lecciones hemos aprendido después de casi tres años? Y llegamos, junto con un grupo de colegas, a las mismas conclusiones, pero las agrupamos de distinta manera. Diversas voces entrevistadas demandaron cuatro grandes áreas de intervención. Primero, se necesita un mayor y mejor Estado, no solo para revertir la precariedad financiera, sino también la institucional; el elevado número de personas infectadas en nuestro país se debió a las precarias condiciones de vida en las que vive la mayor parte de nuestra población. Segundo, se requiere más ética, la cual no solo queda en los confines del accionar sanitario, sino también en la academia, la prensa y el sector privado. Tercero,

se precisa más ciencia, aunque el Perú, tal y como lo señalaba Marcos Cueto en su libro Excelencia científica en la periferia (1989), se ha ubicado, se ubica y probablemente seguirá ubicándose en los márgenes de los grandes centros de producción del conocimiento. Sin embargo, nosotros somos consumidores del conocimiento, por lo tanto, se demandan mayores capacidades institucionales para digerir la información y ponerla a disposición de aquellos que deciden las políticas públicas. Y, cuarto, hace falta más justicia social. La pandemia, efectivamente, en todas las latitudes, afectó a los más vulnerables, pero no solo por su condición biológica, es decir, por su edad o por tener una enfermedad, sino básicamente por la pobreza, que impidió a millones alcanzar mejores condiciones para evitar el contagio, la enfermedad y, eventualmente, la muerte.

Midori de Habich

Quiero agradecer la invitación de la Plataforma y, también, muy especialmente, al doctor Tejada, quien nos acoge tan gentilmente esta mañana. A mí me han pedido tratar sobre el financiamiento, que es un tema siempre candente y, a veces, un poco tedioso, pero trataré de ser breve.

Como tendencia de largo plazo en el financiamiento de nuestra salud en el Perú, se ha visto un crecimiento del gasto. Me centraré fundamentalmente en el gasto público, que ha mostrado un crecimiento con una tendencia ligera al alza a lo largo del tiempo. Durante muchos años, el gasto per cápita en el país se mantuvo en 100 dólares, que era un nivel estático, pero ha aumentado progresivamente hasta alcanzar unos 330 dólares anuales por persona, según las estimaciones de cuentas nacionales más recientes, aunque esta cifra varía de acuerdo con la fuente de información.

Aquí, quiero hacer un paréntesis: así como Oscar reclamaba las encuestas a los usuarios, yo también quiero poner sobre la mesa la necesidad de tener cuentas nacionales en salud actualizadas, porque, si no, no sabemos muy bien cómo estamos.

Esa es una tarea del Minsa, sin duda, que tiene la capacidad de llevar adelante rutinariamente. Con este ligero incremento a lo largo del tiempo, el gasto de bolsillo de las personas también ha mostrado un decrecimiento ligero. Estamos, ahora, en que el 28 % de todo lo que se gasta en salud es financiado por las familias directamente, lo que denominamos gasto de bolsillo. El estándar aceptable es aproximadamente el 20 %, por lo que todavía estamos ocho puntos por encima. Esto se debe principalmente, aunque no exclusivamente, al gasto en medicamentos.

Entonces, el tema de medicamentos es un asunto al cual hay que ponerle atención por varias razones. En general, este lento ritmo de crecimiento de financiamiento para

la salud del país no es satisfactorio, y todos reclamamos que esto debe no solamente continuar, sino que acelerarse en temas de crecimiento. Los ciclos son muy largos; este punto del producto bruto interno (PBI) que hemos ganado para salud nos ha demorado más de diez años.

Entonces, hay necesidad de reforzar esta tendencia. Y eso es una agenda vieja, porque siempre hemos reclamado estos aumentos de presupuesto público. De hecho, en los países del mundo, la discusión global sobre el financiamiento ha llegado a un consenso bastante general de que la vía de financiamiento más adecuada de los sistemas de salud es el financiamiento colectivo. ¿Qué es el financiamiento colectivo? El financiamiento de impuestos, es decir, el financiamiento público. Entonces, esta agenda que siempre ha estado delante de nosotros cobra algunas características particulares en este momento después de estos años de COVID-19.

El primer punto es que nunca como ahora los Ministerios de Economía han estado tan sensibilizados para entender la relación entre salud y economía; nunca como ahora ha sido tan patente en el mundo que un sistema de salud deficiente puede tener no solamente efectos importantes sobre el bienestar y la salud de las personas, sino también efectos devastadores sobre nuestra capacidad económica; es decir, nuestra capacidad de incrementar los recursos para todos. ¿Cómo estamos aprovechando esta nueva circunstancia? Bien decía Oscar que en el Perú y también en otros países parece que el susto está pasando y que los Ministerios de Economía están pensando que salir de la pandemia es regresar al estado anterior. Y no lo es: salir de la pandemia tiene que ser, claramente, una oportunidad para transitar hacia una situación mejor, no regresar al estado en el que estábamos. Entonces, ese es un tema muy importante: ¿qué podemos hacer para mantener la sensación de urgencia? Es un asunto que nos compete a todos de alguna manera, a la sociedad civil, al periodismo; a todos. No podemos perder esta oportunidad.

El segundo punto es también el reconocimiento explícito, no es nuevo, pero el reconocimiento explícito de la necesidad de una mejor articulación entre salud pública, entendida como salud poblacional o colectiva, y nuestros esfuerzos por mejorar nuestro sistema de atención de salud individual. La OMS menciona que el piso cero, digamos, el fundamento de la cobertura universal o de la salud universal, es la salud pública. Y hubo esta suerte de desconexión en el discurso, como si fueran dos elementos separados, y el punto de encuentro es efectivamente la atención primaria y el primer nivel de atención. Entonces, no solamente se trata de regresar a la agenda del primer nivel de atención; también se debe incorporar muy cuidadosamente su articulación con las intervenciones de salud pública.

El tercer punto es la importancia de los determinantes sociales de la salud, sobre los cuales no voy a ampliar, porque entiendo que Ariela va a abordarlo con más detalle. ¿Qué se debe hacer? Acá, como bien decía Víctor, en la segunda ronda podemos detallarlo. Aquí quisiera solo señalar dos puntos que son importantísimos. Primero, debemos ser claros sobre cómo establecemos prioridades. Hemos visto en presupuestos recientes que se han reducido los recursos para VIH, para tuberculosis, para otras prioridades sanitarias nacionales y, en ese sentido, estamos yendo en reversa de lo que debemos hacer. Entonces, ¿cómo establecemos estas prioridades?, ¿cómo las ratificamos?, ¿cómo las vinculamos al presupuesto? Si son prioridades escritas en papel, pueden ser muy importantes en términos declarativos, pero no existen en la realidad si es que no les ponemos recursos; y me refiero a recursos financieros y de los otros tipos que ya se han mencionado. Segundo, el otro gran tema es ¿cómo mejoramos el gasto y el financiamiento que ya tenemos? Ahí hay una serie de aspectos muy importantes dentro y fuera de la gestión presupuestal, que espero poder discutir con más detalle en la siguiente ronda.

Ariela Luna

Como mencionaba Víctor, y me ha hecho acordar, en los últimos treinta años hemos sido un grupo de salubristas, economistas, psicólogos, técnicos, farmacéuticos, enfermeras, entre otros, que hemos estado construyendo a un sistema de salud pública. Una de las sensaciones que tenemos el día de hoy es «bueno, ¿qué pasó?». ¿Qué pasó con la forma en que íbamos avanzando? Efectivamente, el Perú ha tenido una serie de triunfos, como lo decía Víctor también. En cuanto a la desnutrición infantil, somos un ejemplo en el mundo. En el control del cólera también lo fuimos. Somos capaces de enfrentar enfermedades infectocontagiosas, como el dengue. No obstante, hubo un quiebre con el COVID-19, y creo que es porque ha desnudado nuestra precariedad social, nuestro pobre acceso a una serie de condiciones dignas. Para poner un ejemplo de Lima, para el COVID-19 hemos visto una letalidad mucho mayor en San Juan de Lurigancho que en San Isidro, bajo las mismas condiciones de virus. Nosotros también establecimos una red de seguimiento a adultos mayores en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), por ejemplo, y vimos que la letalidad era mucho mayor en aquellos que no tenían monitoreo, que no estaban acompañados. Es decir, muchos factores que influenciaron su letalidad no son factores médicos, sino más bien factores sociales, tales como el acceso al agua, la luz, el hacinamiento, entre otros.

Vivir una cuarentena en un espacio de cuarenta metros con seis integrantes en la familia fue lo que marcó también el aumento de contagios. Además, la baja inclusión financiera jugó su papel: en ese momento teníamos solo 30 % de inclusión financiera y, en los sectores más pobres, mucho menos. Por eso, fue muy complicado el primer

pago del bono que se hizo en bancos en ventanilla. Todavía se preguntarán por qué fue así, pues era debido a que no había otra forma de hacerlo. Encontramos medio millón de cuentas pertenecientes a personas que no recordaban su clave, no tenían la tarjeta, entre otros problemas.

Así pues, la epidemia ha desnudado todas nuestras desigualdades, sobre todo urbanas y en Lima. Esa situación nos ha afectado significativamente, porque, cuando la inequidad ocurre un poco lejos, nos importa menos, pero ha sido en Lima en donde se evidenció el incremento de la pobreza. Ahora volvió a disminuir a 21 %, pero no es una cifra baja. Asimismo, aunque la vulnerabilidad empezó a mencionarse desde el 2015, con la pandemia se hizo absolutamente evidente. Hoy, de cada diez peruanos, seis son vulnerables o pobres; es decir, requieren un sistema de protección social que depende de su tipo de necesidad.

Ahora bien, otro tema que quería resaltar es el de la diferencia entre pobreza monetaria y pobreza multidimensional. Durante los últimos diez años, se ha observado con satisfacción una tremenda reducción de la pobreza monetaria; en cuanto a la multidimensional, esta se ha reducido, pero no tanto. Entonces, sí tenemos que empezar a analizar este tema, sobre todo en salud. Un artículo que me enviaron terminaba diciendo: «La medicina es una rama de la salud pública». Y creo que así es como debemos ver las cosas. Es crucial contar con un Ministerio de Salud que trate de manera efectiva el tema de salud hospitalaria y la atención en el primer nivel. Sin embargo, esto es solo una parte de la salud pública en el Perú, donde la sectorización y la carencia de un mecanismo de gobernanza que articule los sectores entre sí representa un desafío.

Entonces, ¿salud integra todo lo que es inclusión social? No, el Ministerio de Salud tiene un rol y el Ministerio de Inclusión Social tiene otro; y el Estado tiene la función de la protección social. Entonces, ahí hay un tema muy importante que discutir: cómo lograr una gobernanza que potencie lo que llamamos, en salud pública, promoción de la salud —protección social, en general—, que fortalezca la dignidad humana y el bienestar a través del ciclo de vida, desde la infancia hasta la vejez, con el objetivo de mejorar la calidad de vida antes de que se llegue a la enfermedad. Está demostrado a nivel mundial que es necesario contar con ello. En el Perú se ha pensado que el Midis es el responsable de esto, lo que no es cierto. Es el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que plantea el tema, como en todos los países de América Latina, pero necesitamos que este sea visto multisectorialmente. La semana pasada estuvimos en Cusco, y uno de los problemas más serios es el incremento de casos de dengue. Hace tres años, uno veía el mapa y el rojo era muy pequeño; ahora la mitad de Cusco está en rojo. ¿El dengue es un problema de salud? Sí, pero antes de ello es un problema de

agua. Es una cuestión de agua continua y de buen manejo del agua. No es un problema de salud, es un problema de vivienda, de acceso a agua segura.

Entonces, hay que mirar cómo lo trabajamos. El mayor reto en salud pública es la ausencia de gobernanza y de articulación entre sectores, porque podemos conversar entre sectores, pero nadie es el jefe. Eso debe ser analizado. Cuando me preguntan cuál es el mayor problema en gestión en el contexto del gobierno, suelo referirme a la incapacidad que tenemos de articular para resolver un problema a una persona, a varias personas o a hogares específicos en un territorio. Creo que debemos abordarlo ya: salir de las personas y entrar en una salud centrada en las personas, pero dentro de un territorio. En ese sentido, tener el evento acá en el municipio es muy importante, porque el municipio es el espacio donde se desarrolla la vida de la gente, y por lo tanto es la unidad de gobierno más cercana a las personas. Desde ahí se deben desarrollar todas las políticas de prevención y promoción de la salud.

Segunda ronda: réplica a los planteamientos de los otros colegas

Tras una primera ronda en la que presentaron con mayor detalle los puntos que habían seleccionado, en esta segunda ronda profundizaron y enfatizaron algunos de los puntos previos, y en parte tendieron puentes entre sus ideas y las de los demás colegas.

Oscar Ugarte

En esta segunda ronda, quisiera incidir en lo que creo que es uno de los grandes retos que tenemos como país, que es el cierre de brechas para poder tener un mejor sistema de salud. Mencioné, en la primera ronda, que una de esas brechas es la de recursos humanos. Durante la pandemia, todos los recursos humanos existentes fueron captados. Hubo un incremento de personal en todos los grupos profesionales y, prácticamente, no había más, salvo los nuevos recursos humanos que salían cada año de las universidades. En el sector público, se contrataron cerca de 60 000 nuevos trabajadores, pero no había más, y esa es la situación actual. Ahora hay un conflicto acerca de si se mantienen o se cambian. Se implementó una ley para mantenerlos, pero no se está cumpliendo; hay un problema de corto plazo de ese tipo.

Sin embargo, más allá de ese problema de corto plazo que debería resolverse fácilmente con financiamiento, mantenimiento y reubicación del personal para las prioridades adecuadas, lo que se necesita es mirar el mediano y largo plazo. Se estima que en salud trabaja medio millón de personas, y que existe una brecha en el orden de 170 000 a 180 000 trabajadores, es decir, un poco más de un tercio, y esto compromete la formación de los profesionales. Por lo tanto, se necesita un plan de gobierno de

mediano y largo plazo con las instituciones formadoras, las universidades, porque eso significa plazas. Hay que ampliar las plazas, y eso es financiamiento tanto público como privado, dentro de un esquema de prioridades y perfiles que necesitamos definir; lo cual corresponde al ente rector. Ese reto debe asumirse; su planificación no debería ser un problema, aunque su ejecución sí lo será. Por eso, deberíamos plantearnos metas para dentro de los próximos ocho o diez años.

Una situación similar es la referida a inversión en infraestructura y equipamiento, que también prioriza el primer nivel. Al respecto, según el plan de largo plazo al año 2050 del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, en el país tenemos una brecha enorme en infraestructura, en particular en salud, la cual debemos cerrar si queremos acceder a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Ello requiere una inversión estimada en más de cincuenta mil millones de soles que, si bien no alcanza para el mediano y largo plazo, permitiría que esta se convierta en una política de Estado.

Además, el otro gran reto es la brecha en insumos estratégicos: medicamentos, vacunas, oxígeno, entre otros, lo cual tampoco puede dejarse librado a las demandas de mercado. Tiene que haber una planificación estratégica de mediano y largo plazo en función de las necesidades que el país va teniendo, con todo lo que implica la innovación tecnológica y los cambios, donde el tema de medicamentos sigue siendo central. Dicha planificación es fundamental y tiene que vincular temas de corto plazo. Por ejemplo, se ha demostrado que las compras articuladas del conjunto del sector permiten comprar oportunamente y a mejores precios; pero, además de requerirse una gestión eficiente, se debe tener una mirada más de largo plazo. Dejo, para el final, otro gran tema que planteaba como una necesidad, que es un plan nacional de gestión de la calidad, que creo que es fundamental.

Víctor Zamora

Todos sabemos que el sistema de salud peruano es una manta corta y delgada. Corta, porque o nos cubrimos la cabeza o nos cubrimos los pies, pero no podemos cubrir todo el territorio nacional. Y es delgada, porque no logra cubrir todas las necesidades que requerimos frente a este tiempo inclemente, especialmente, el tiempo de pandemia. Todos somos conscientes de que es necesario aumentar el financiamiento y mejorar la gestión financiera, unificar el sistema de salud, modernizar la gestión pública, revisar la descentralización, combatir la corrupción, fortalecer el primer nivel de atención, cerrar las brechas de infraestructura y, sobre todo, el número y la distribución de los trabajadores de la salud. Sin embargo, hay un elemento que se nos está escapando permanentemente de la agenda y es cómo hacer que nuestro sistema de salud, esa manta corta y delgada que tenemos, sea suficiente para hacer de nuestro sistema un

sistema resiliente. ¿Qué significa ser resiliente? Es una de las lecciones de la pandemia. Es esa capacidad para absorber las perturbaciones y las crisis, responder eficazmente y recuperarse, de modo que se brinde la prestación básica y oportuna de los servicios esenciales.

Se es resiliente cuando se es capaz de restablecer las funciones básicas en tiempos de crisis, como lo acabo de referir. Parte importante de esa capacidad de resiliencia deriva de fortalecer, de manera urgente, impostergable, la función de vigilar, prevenir y controlar los eventos de la salud pública. Es cierto que se necesita atender daños, pero los éxitos que hemos tenido y que he referido en la primera parte no se hubieran podido lograr sin un sistema de vigilancia, prevención y control efectivo. Parte de la agenda hacia adelante es, también, cambiar la forma en que hacemos las cosas. Lo que nos dio resultados en el pasado ya no nos está dando resultados hoy. No solo por la pandemia del COVID-19, sino porque estamos enfrentando otra pandemia más lenta: la malnutrición, que no es solo la desnutrición, sino que incluye la obesidad y el sobrepeso, que nos están desbordando. Nuestro sistema, así como está organizado, no es todavía suficientemente capaz de responder a ella.

Lo más preocupante es que hay eventos de salud pública más pequeños, de menor impacto en la vida de la gente; por ejemplo, la viruela del mono, frente a la cual el sistema empieza a mostrar, muy rápidamente, sus limitaciones. Entonces, si tenemos que hacer diferentes las cosas, además de mejorar los insumos para hacerlas, es necesario revisar algunas de las funciones. He propuesto revisar una de ellas en múltiples oportunidades, pero creo que es necesario ponerlo más alto en la agenda. Hoy en día, ¿cuál es el modelo imperante? Tener al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), separado del Instituto Nacional de Salud, separado del Viceministerio de Salud Pública que, a su vez, no tiene injerencia sobre la prestación de los servicios, que está fragmentada en miles de establecimientos de salud en cerca de 32 subsistemas. Esa forma de organizar la salud pública nos hace cada vez menos efectivos.

Por lo tanto, parte de las intervenciones urgentes que debemos realizar incluye revisar la organización de la función salud pública, de la organización de nuestro sistema, del Ministerio de Salud, del Viceministerio de Salud Pública, del CDC, del Instituto Nacional de Salud, de la Dirección Nacional de Riesgos y Desastres, entre otros. Esa revisión no necesariamente debe llevarnos a un mayor financiamiento, sino simplemente a organizar las funciones. Se tomó una medida durante la pandemia, cuando aprobé el Decreto Legislativo 1504 que integra el CDC al Instituto Nacional de Salud, aunque, por un penoso devenir de eventos, ese Decreto Legislativo aún

no puede cumplirse. Aspiramos a que se cumpla, por supuesto. Va a ser una medida necesaria, sin duda. Sin embargo, aunque es necesaria, no va a ser suficiente.

Necesitaremos realizar otros cambios complementarios que permitan fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud de vigilar, prevenir y controlar epidemias, que son cada vez más frecuentes. El periodo entre pandemias se está acortando, y eventos como el cambio climático y la movilización brutal de personas en el mundo juegan un papel relevante. Nosotros hemos recibido un millón de personas que huyen de su país. La guerra de Ucrania también ha movilizado a otros tantos millones. Estos fenómenos globales hacen necesario que nuestro sistema de salud reorganice la función de la salud pública.

Midori de Habich

Lo último que ha dicho Víctor es un punto que podríamos debatir en otro momento, porque creo que requiere una conversación. No obstante, quiero regresar al tema de las prioridades. ¿Por qué esta insistencia en repensar, reafirmar y socializar las prioridades sanitarias en el país? Por lo que hemos escuchado, es claro que en muchos países del mundo los ministerios se convirtieron en ministerios covid. Seguramente fue por muy buenas razones. Ha quedado claro que, en muchos casos, los ministerios y los sistemas de salud tuvieron mucha debilidad para continuar con la atención de intervenciones esenciales a la población, con lo cual tenemos una demanda reprimida muy fuerte.

Por lo tanto, ¿cómo enfrentamos esta necesidad de prepararnos para futuras emergencias? ¿Cómo recuperamos nuestros niveles de atención y los superamos?, porque ya eran deficientes, especialmente respecto de estas intervenciones y servicios esenciales. Eso tiene que ver con establecer las prioridades, porque, como bien se ha dicho, nunca los recursos son suficientes para todas las necesidades. No digo solo de salud, porque estamos hablando, también, de agua potable, de saneamiento, en fin, de un conjunto de necesidades que exceden los recursos que van a estar disponibles en el corto plazo. Además, la situación económica global es la que conocemos: no es necesariamente el mejor de los escenarios.

Entonces, ¿cómo establecemos prioridades?, ¿cómo hacemos que la sociedad civil, el ciudadano, las comunidades participen de un proceso donde clarificamos las prioridades que se necesitan en el país? Eso implica decidir que algunas cosas sean atendidas con mayor urgencia. Y esa es siempre una decisión muy difícil, particularmente, en el campo de la salud. Si no establecemos prioridades, los recursos se van a ir, probablemente, donde menos se necesitan. Entonces, eso tiene que ser una acción explícita con una voluntad explícita. ¿Cómo transformamos esas prioridades en

recursos? ¿Cómo aseguramos que haya los recursos que respalden esas prioridades? Y lo que yo quiero plantear, muy concretamente, es que necesitamos retomar —y está el marco legal—en serio la Programación Multianual de Presupuesto.

No podemos estar saltando de año en año a ver qué sorpresa nos trae, a qué le han quitado, a qué le han puesto; sin que sepamos por qué. Entonces, la Programación Multianual ya nos quedó tarde para el presupuesto del próximo año, pero recordemos que el presupuesto del 2024 debiera comenzar a discutirse hoy. Así, se debe establecer prioridades, convertir esas prioridades en metas claras comunicadas y asignar presupuesto gradualmente creciente, porque no somos capaces de absorber grandes influjos de recursos tampoco. Si nos dieran un punto del PBI hoy, realmente, no sabríamos qué hacer. Entonces, tiene que ser una Programación Multianual del más alto compromiso entre el Minsa, el MEF y, por supuesto, el Gobierno en su conjunto, los Poderes Ejecutivo y Legislativo. Esa es una acción concreta; el marco legal está establecido, es parte del sistema presupuestal del cual es rector el Ministerio de Economía. Si lográramos llegar al presupuesto 2024 basado en una Programación Multianual con prioridades reconocidas, habríamos dado un paso en el sentido correcto. Y me guardo para el segundo tema lo que significa eficiencia.

Ariela Luna

Recojo el último comentario de Midori y la recomendación del Presupuesto Multianual, el cual sería ideal que fuera de carácter multisectorial para empezar a priorizar dentro del campo de la salud, que es la parte de promoción y prevención. Como planteaba Víctor, yo creo que hay que reorganizar el sistema de salud. Una parte tiene que ir al hospital, mirar al hospital, pero otra parte tiene que mirar a la comunidad, que ser su puerta de entrada. Esa comunidad tiene que participar activamente en esa organización local acerca de cómo debe el servicio trabajar la calidad, trabajar sus propias prioridades. Nosotros somos un país diverso, contamos con 47 lenguas y tenemos una serie de escenarios.

Un tema fundamental es la Amazonía, la cual está desaparecida. Para que tengan una idea: hasta el 2015, las comunidades indígenas no estaban en ninguna lista de pueblos, es decir, no tenían ubigeo, no existían para el país; y no estamos hablando del siglo pasado, sino del 2015. Entonces, hay que tener una mirada más poblacional, más por ciclo de vida, más por el lado de promoción y empoderamiento ciudadano, más allá de lo hospitalario para trabajar el tema de salud.

Otro tema que quisiera plantear es la pérdida de aprendizaje que, para mí, además de las muertes, es una de las mayores tragedias que hemos tenido en esta pandemia. Según un reciente informe presentado en el CADE Educación, el mundo ha perdido

dos años, pero el Perú tal vez más. Ello se debe a que la mitad de los niños no tenía acceso a internet, por lo cual han perdido su aprendizaje y, además, han olvidado lo que habían aprendido hace dos años. No tenemos hoy ningún tema de refuerzo, y eso va a impactar en la salud de la gente, tanto si no invertimos en el desarrollo infantil temprano como en la edad de la escuela. Entonces, es un gran reto y que hay que trabajarlo.

Otro tema para abordar es la inseguridad alimentaria: la mitad de peruanos y peruanas enfrenta un problema de inseguridad alimentaria en ámbito urbano. En todas las políticas, la prioridad en el Perú ha sido bastante rural. Hoy se va consensuando una prioridad urbana y en Lima. Por ello, en la capital ya no son 10 000 elementos los que hay que trabajar, sino un millón —que están en los cerros, fuera de los censos, fuera de los padrones—. ¿Cómo hacemos para organizar el tema de las ollas comunes? Hay 2700 ollas comunes en Lima, que representan casi el 70 % de ollas comunes del país, y otorgan 400 000 raciones diarias. La inseguridad alimentaria, ligada también a otros temas como los de los productos ultraprocesados, es un fenómeno que hay que encarar desde la salud pública, porque la dieta debe mejorar, así como la agricultura familiar debe ser levantada.

Un último tema que quiero proponer es el sistema de cuidados. Nosotros tenemos un montón de adultos mayores y personas con discapacidad con dependencias; y muchas han quedado con problemas después del COVID-19, sin que el problema esté siendo abordado. Hoy ya se está armando un sistema de cuidados en el Perú —ya hay un avance, un proyecto de ley—, pero sigue siendo sectorial, como si el mundo se pudiera arreglar desde ahí. Entonces, considero que el presupuesto debe ser multianual multisectorial, porque las prioridades deberían ser multisectoriales y territoriales. Yo creo que hay que mirar, de una vez, al territorio como provincia, como distrito. Mañana, en el informe de Cusco, van a ver el pedido fuerte que realiza Cusco de trabajar un espacio de conversación entre distrito y provincia de manera que se articulen algunas prioridades provinciales. Creo que es absolutamente importante mirar a las regiones y a las personas y, a partir de ahí, generar los sistemas y las propuestas.

Tercera ronda: comentarios finales

Las dos primeras rondas cubrieron una serie de temas. Oscar Ugarte abordó la capacidad creativa que debe tenerse en cuenta en la formación profesional y la inversión en infraestructura y equipamiento. Víctor Zamora analizó la resiliencia, las características críticas de nuestro sistema de salud y la fragmentación no solo de los servicios de atención, sino también de la organización de la salud pública —lo cual es crítico, porque no hay vasos comunicantes ni tampoco cadenas de toma de decisión que permitan responder apropiadamente—. Midori de Habich enfatizó en

la importancia de la priorización; también se refirió al crítico tema de la programación multianual; y nos ha recordado una situación que se observó en casi todo el mundo, que requerirá en el momento apropiado una evaluación cuidadosa, esta es la decisión de convertir todo el sistema de salud en un sistema covid, que atiende un mandato o directiva internacional, y suspende los demás servicios de salud por cerca de dos años, con consecuencias que se han ido evidenciando progresivamente. Finalmente, Ariela Luna tocó varios temas relativos a la declaración de la pobreza y la inequidad como problemas críticos, el reconocimiento de todas las comunidades, la adopción de un enfoque territorial; la necesidad de enfrentar la pérdida de aprendizajes en educación y la inseguridad alimentaria, que afectaría principalmente a nivel urbano.

En la tercera ronda se pidió a los panelistas, además de reforzar lo que creyeran conveniente, que plantearan una recomendación a corto, mediano y largo plazo, a modo de mensaje final. Dichas ideas habrían de aportar a la agenda para la acción que esperábamos producir como fruto de esta rica discusión.

Oscar Ugarte

Quisiera plantear tres. El primero es un plan de gestión de la calidad. Existe la normativa, pero no le hemos puesto el énfasis necesario. Y, cuando se habla de salud y derechos, que es el tema de la plataforma, los derechos ciudadanos exigen calidad. Es decir, la calidad es el respeto a los derechos y, por lo tanto, tiene que ser un plan de fondo. España hizo, a inicios del 2000, un plan que ha continuado con todos los cambios políticos y, luego de veinte años, el sistema español es uno de los mejores en Europa. Se consiguió superar una herencia antigua de la época de Franco. Y creo que eso necesita el Perú, sobre todo por ser un sistema fragmentado. No debemos tener diferentes calidades, porque los ciudadanos tienen todos los mismos derechos. Por lo tanto, un plan de esa naturaleza, desde mi punto de vista, es esencial; y ese es de corto, mediano y largo plazo.

El segundo es sobre el aseguramiento universal como protección financiera que es, también, un derecho. Creo que aquí tenemos dos riesgos inminentes. Uno es que el aseguramiento social, es decir, vía EsSalud, ha decrecido como efecto de la crisis —la pandemia y la crisis económica resultaron en un 10 % menos de trabajadores afiliados a Essalud—, lo que mermó los ingresos. El otro es que el Estado no paga lo que debe pagar por los asegurados de los sectores salud y educación; eso lo sabemos. Eso se puede corregir en el mediano plazo —en el corto si hay voluntad política—. Además, el Sistema Integral de Salud (SIS), que es el aseguramiento público, tiene 2200 millones para el 2023. Pero ¿cuánto es lo que se dejó para el 2022? 2400 millones. Entonces, hay una reducción y eso se resuelve con voluntad política, porque decidir partidas a un lado

o al otro es voluntad política. No está vinculado a la economía, a los topes máximos, sino que son reajustes dentro del presupuesto con las dificultades que pueda haber.

El tercero es que el mejoramiento del gasto es fundamental. Efectivamente, ese es un déficit muy importante, lo ha mencionado Midori, y ese debe ser también un plan nacional de corto, mediano y largo plazo.

Víctor Zamora

Yo también tengo tres puntos que poner sobre la agenda. Primero, de mediano a largo plazo, me ratifico en lo que han sido mis declaraciones públicas, cuando así he sido consultado, de que para mí uno de los retos del país es construir un sistema público único de salud. La fragmentación nos ha pasado una enorme factura y nosotros debemos continuar levantando la bandera de la construcción de un sistema público único de salud, por supuesto, con financiamiento público vía impuestos.

Segundo, de mediano plazo, es reorganizar el gobierno en salud. He puesto un ejemplo de ello en el sentido de fortalecer la capacidad para ejercer la vigilancia de la salud pública, de los eventos de la salud pública, y responder rápidamente frente a ello. Pero un segundo elemento en esa reorganización significa lo que correctamente ha sostenido Midori que es la capacidad de planificar, hacer prospectiva y política pública con prioridades y asignarles los recursos a esas prioridades; y la estructura normativa legal así lo permite. Eso es necesario, y parte también del supuesto de que debe reorganizarse el Ministerio de Salud y su función, porque ese modelo de organización ya ha llegado a su límite.

Y tercero, de corto plazo, es la descentralización en salud, no su ejecución, pero sí su urgente discusión. Un amigo muy cercano decía: «El Ministerio de Salud ha descentralizado todo excepto la culpa». Cuando sucede un problema, el responsable es siempre el Ministerio de Salud, pese a que la mayor parte de sus funciones y competencias ya fueron descentralizadas. Ese modelo, ¿lo seguimos endosando? ¿Hay algún punto que revisar? O, ¿podemos mejorarlo? Si es posible mejorarlo, ¿cómo lo haríamos? Y, ¿qué es lo que tenemos que hacer para implementar esos cambios? Un paso de muy corto plazo es revisar el modelo de descentralización que ha optado nuestro país, rescatar lo bueno de ese modelo y, por supuesto, cambiar aquello que lo necesite.

Tengo algunas ideas que no discutiré en este espacio, pero destaco tres puntos: primero, mantener la idea de construir un sistema público único de salud; segundo, reorganizar la estructura y función de gobierno en el sector salud; y, tercero, empezar la discusión del modelo de descentralización vigente en el país y aportar a su mejora.

Midori de Habich

Bueno, entonces, también existe lo que se llama un espacio presupuestal, no solamente un espacio fiscal, sino, dentro de nuestro presupuesto, un esfuerzo por la eliminación del desperdicio. Y lo digo con todas sus palabras: los sistemas de salud, en general, tienen un alto desperdicio. No me refiero solo al caso peruano; estamos hablando de 30 %, hasta 40 %, en algunos casos, de recursos que no son utilizados de la mejor manera. Entonces, ese es un tema también sobre el cual debemos establecer una agenda. Hace poco estuve en un conversatorio con el ministro de Uruguay que hizo la reforma, y él enfatizaba fuertemente el tema de metas. ¿Cuáles son nuestras metas? Y eso tiene que ver, por supuesto, con lo que conversábamos de priorización y programación multianual. ¿Cómo hacemos que la gestión presupuestal esté a favor del ciudadano en términos de dar las herramientas de gestión al prestador? El prestador público está constreñido por una serie de inflexibilidades de nuestro sistema de gestión presupuestal. Entonces, la siguiente gran agenda es ¿cómo hacemos que el sistema de gestión presupuestal actúe a favor del servicio, a favor del ciudadano, y no sea un esfuerzo inútil solo por cumplir las normas presupuestales? Entonces, ahí hay una agenda bien importante que impacta directamente en la capacidad de gestión y en los servicios que, finalmente, tienen que adaptarse, como decía Ariela, a las condiciones locales. Ese es un tema fundamental.

También quisiera retomar lo que decía Oscar en términos de calidad, primero, porque en algún cajón del Ministerio de Salud hay una propuesta que trabajamos con la Fundación Avedis Donabedian para introducir efectivamente en el país un sistema de acreditación, pero desde otra perspectiva, una acreditación que nos asegure que, cuando decimos «establecimientos de salud», hablemos de estos y no de bodegas, por ejemplo. Hoy, a veces, no sabemos exactamente si los establecimientos de salud están cumpliendo con esas condiciones mínimas. Pero, además de eso, yo quisiera introducir un elemento nuevo al tema de calidad, referido a otra de las pandemias que estamos viendo: el estrés y el deterioro de la salud mental del trabajador de salud. Ese es un tema muy importante, sin cuya consideración será muy difícil transitar hacia una mejor calidad.

Existe mucha experiencia en el Ministerio de Salud sobre lo que hay que hacer en cuanto a inversiones y articulación regional distrital. Retomemos esas experiencias. Entonces, solo para terminar, mis recomendaciones son de corto plazo, pero con miras al mediano y al largo plazo. Tenemos un año por delante, más o menos, para impulsar, ayudar, dar apoyo a un proceso que nos lleve finalmente a una programación multianual para el 2024. Retomemos el tema de calidad sobre lo que ya existe, como dice Oscar, y hagamos cambios en la gestión presupuestal, por lo menos, dentro de la estrategia que el Ministerio está impulsando para ver si podemos jugar a favor del ciudadano con la gestión presupuestal.

Ariela Luna

Una actividad, una acción, una propuesta a largo, mediano y corto plazo es la mirada territorial multisectorial; no me cansaré de decirlo, porque la gente vive ahí, en el distrito, en la comunidad, y hay que mirar sus prioridades. Puedes tener prioridades nacionales, pero hay prioridades provinciales y distritales. La Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, por ejemplo, tiene todo un sistema de acuerdos de gobernabilidad a diferentes niveles, pero hay que vincularlos de alguna forma. Lo ideal sería que la misma población empoderada proponga sus prioridades, que es lo que pasa en estos acuerdos de gobernabilidad y otras experiencias, hay una negociación y se hace un presupuesto multisectorial territorial. Los problemas de salud tienen que ver con medicamentos, pero hay otra parte que debería priorizarse, es decir, la promoción y prevención.

Yo recuerdo que, cuando fui directora de Promoción de la Salud, disponía de cinco millones de soles para todo el país durante un año, que era apenas el 0,001 % del presupuesto del Ministerio. Estoy segura de que Promoción puede tener 50 millones ahora, pero debe seguir siendo la misma proporción del presupuesto ministerial. Entonces, si no volteamos eso, va a ser muy complicado que logremos pasar al tema de determinantes. Nosotros tenemos, en salud pública, toda una propuesta de determinantes, pero para poder trabajarlos hay que generar la gobernanza necesaria. Probablemente, no el Ministerio de Salud, sino el Consejo de Ministros debe trabajar sobre determinantes para reducir las desigualdades en nuestro país.

En cuanto al tema de la Amazonía, yo sí soy su ferviente defensora. El año pasado di una mirada al tema de muerte materna en Condorcanqui con historias del siglo pasado, con transfusiones sin tamizaje, sin ginecólogo, etcétera, y eso hay que cambiarlo. La idea no es «hagamos el servicio de salud para que los indígenas vengan», sino «hagamos el servicio de salud donde ellos viven para que no tengan que trasladarse para ser atendidos». Si yo me tuviera que trasladar de acá a Arequipa para atender mi parto, tendría problemas. Es lo mismo que ellos pasan.

Lo último que diré es que la mascarilla es como el símbolo peruano que nos dice: «No, la epidemia no ha terminado; no hay que volver a la normalidad». Uno va a los colegios ahora y todos los chicos están con mascarilla, pese a que se ha dicho que no la usen y que los papás no quieren. ¿Serán los profesores quienes apoyan su uso? Entonces, la mascarilla ya pasó a ser un símbolo nacional, y habría que investigar qué representa. ¿Representa acaso que no queremos cambiar, no queremos volver a la normalidad? ¿Cuál es el motivo? ¿No nos hemos acostumbrado a socializar? Ahí hay un problema. «Póngase la mascarilla, por favor, porque estamos en falta». Amigos que

vienen de otros países en los que ya no se usa la mascarilla, a pesar de tener la misma proporción de positivos al COVID-19, me dicen: «¡Oye, acá se usa la mascarilla, todo el mundo la usa!». Mal o bien, todo el mundo la tiene: sobre la nariz, bajo la nariz, bajo el mentón, pero la tienen.

Entonces, ese es un tema que hay que estudiar, porque puede ser que no queramos cambiar. Allí el Ministerio de Salud también ha demorado, sobre todo en el uso de la ciencia, por ejemplo, para promover el retorno de los chicos al colegio. Es muy triste ver jugar y sudar a niños de educación inicial o primaria con mascarilla, porque la mascarilla produce escozor, dermatitis, etcétera. Entonces, espero que, en la próxima reunión, todos podamos estar tranquilos libres de mascarillas en un espacio cerrado.

Epílogo

El diálogo mostró la pertinencia de las reflexiones de cuatro colegas que se han ocupado —en tres casos— del Minsa y —en un caso— del Midis, y que lo hicieron durante la pandemia misma (la excepción fue Midori, que lo hizo años atrás). Los principales mensajes del panel incluyeron las siguientes ideas. Oscar plantea la necesidad de un plan de gestión de la calidad, para mejorar el gasto en salud, de modo que se logre un aseguramiento universal como protección clave de las personas, lo que es finalmente un derecho. Luego, Víctor propone un sistema público único de salud, que reorganice las estructuras de gobierno en salud y revise la descentralización en el Perú, con énfasis en el accountability. Como él dice: «Todo el mundo se adjudica los éxitos para recibir las felicitaciones, pero el único responsable de los fracasos es el Ministerio de Salud en el nivel central». Luego, Midori nos comentó sobre la importancia de evitar el desperdicio, tener metas y aplicar una priorización multianual. También destacó la necesidad de un sistema de gestión presupuestal al servicio de la población, en lugar de un sistema de gestión que exista solo por cumplir con su propia estructura. Lamentablemente, en el país tendemos a priorizar el respeto a los sistemas y procedimientos por su mera formalidad, sin reconocer que su verdadero propósito es servir a las personas. Y, luego, subrayó la importancia de contar con un sistema de acreditación de servicios de salud apropiado, así como considerar a la salud mental como un tema crítico. Por último, Ariela nos recordó el tema de la mirada territorial. La necesidad de recuperar la unidad de análisis distrito o comunidad como un espacio con voz que debe plantear sus prioridades, así como la importancia crítica de los determinantes sociales de salud, los cuales hay que abordar. No basta con tener un espacio solo en salud; este tiene que ser abordado multisectorialmente. Finalmente, recalcó el enfoque especial en la Amazonía como área que requiere una acción clara y fundamental, que no puede seguir siendo postergada como lo ha sido históricamente.