

# UN NUEVO ENFOQUE DEL SISTEMA DE SALUD

en la era post **COVID-19**



**RAÚL DIEZ CANSECO TERRY**  
Ex vicepresidente de la República del Perú y  
Fundador Presidente del Grupo Educativo USIL.



**RICARDO LOSNO**  
Decano de la Facultad de  
Ciencias de la Salud USIL.



**CARLOS VALLEJOS**  
Exministro de Salud



**ALFREDO THORNE**  
Exministro de Economía



**PATRICIA GARCÍA**  
Exministra de Salud



**LUIS SOLARI DE LA FUENTE**  
Exprimer ministro y exministro de Salud



UNIVERSIDAD  
SAN IGNACIO  
DE LOYOLA

25  
Años

# UN NUEVO ENFOQUE DEL SISTEMA DE SALUD

---

en la era post COVID-19

---



## UN NUEVO ENFOQUE DEL SISTEMA DE SALUD en la era post COVID-19

© Raúl Díez Canseco Terry

Primera edición, mayo 2020

© De esta edición  
Universidad San Ignacio de Loyola  
Fondo Editorial  
Calle Toulon 330, La Molina  
Teléfono: 3171000, anexo 3705

Director: José Valdizán Ayala  
Editor: Luis Alberto Chávez Risco  
Asistente de edición: Rafael Felices Taboada  
Diseño y diagramación: Sergio Pastor Segura  
Colaboradores: Karla Díaz, María Olivera, Claudia Rengifo, Livia Varas, Víctor Vega

Las fotografías fueron descargadas de [www.unsplash.com](http://www.unsplash.com)

Mayo, 2020

Se autoriza la reproducción total o parcial de este libro, por cualquier medio, respetando los créditos del Fondo Editorial.

# ÍNDICE

<b>RICARDO LOSNO</b> Presentación	<b>8</b>
<b>RAÚL DIEZ CANSECO TERRY</b> Se debe crear un sistema de salud unificado	<b>12</b>
<b>CARLOS VALLEJOS</b> Hay que replantear las interacciones humanas saludables	<b>16</b>
<b>ALFREDO THORNE</b> Aseguramiento universal de salud y sostenibilidad fiscal	<b>26</b>
<b>PATRICIA GARCÍA</b> Es necesaria una reingeniería en el sistema de salud	<b>36</b>
<b>Preguntas y respuestas</b>	<b>44</b>
<b>Reflexiones finales</b>	<b>54</b>
<b>LUIS SOLARI DE LA FUENTE</b> Clausura	<b>58</b>
<b>Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>66</b>

**PISO 1**  
← ASCENSOR  
← SANITARIO  
↑ BANCO DE SANGRE  
↑ TERAPIA NEONATAL  
↑ TERAPIA ADULTOS



## RICARDO LOSNO

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Ignacio de Loyola y exdocente de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (1975-2005).



### PRESENTACIÓN

---

Lima, 22 de mayo de 2020

Buenos días, comenzamos este interesantísimo *webinar* denominado “Un nuevo enfoque del sistema de salud en la era post COVID-19”.

En primer lugar, considero pertinente señalar que el 6 de marzo del 2020, con el paciente cero, todo cambió al instante. Son las mismas palabras que pronunció Ric Elías, un sobreviviente del accidente aéreo del año 2009 en el río Hudson, cuando se hallaba al borde de la muerte. Son algunas reflexiones que quería compartir al dar por iniciado nuestro foro digital.

Si nos fijamos en el número de casos y de fallecimientos por la pandemia, las cifras son disímiles en los países. Estados Unidos tiene mucho dinero pero, también, un número impresionante de casos, que supera el millón y medio. En Europa, naciones similares en el aspecto socioeconómico muestran números distintos en cuanto a morbilidad y a mortalidad. En tal sentido, los sistemas de salud adquieren una gran relevancia.

Asimismo, me gustaría compartir con ustedes una experiencia de hace 35 años, con respecto al manejo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Recuerdo que personal de salud me dijo: “Doctor, si me da guantes, jabón y ropa, atiendo a sus pacientes”. Ha transcurrido mucho tiempo y estamos hablando de lo mismo. Por algo será.

Con la organización de este nuevo *webinar*, y de los cinco anteriores que se realizaron en las semanas precedentes, nuestra casa de estudios refleja su voluntad de tener una Academia limpia, extensa, profunda y, hasta cierto punto, pura.

Presento a los doctores Carlos Vallejos y Patricia García, exministros de Salud, y al economista Alfredo Thorne, exministro de Economía y Finanzas. Las palabras introductorias están a cargo de nuestro Fundador Presidente, Raúl Diez Canseco, quien ha sido vicepresidente del Perú y ministro de Comercio Exterior y Turismo, además de haber logrado consolidar un grupo de educación importante, el Grupo Educativo USIL.



## RAÚL DIEZ CANSECO TERRY

Ex vicepresidente de la República del Perú y  
Fundador Presidente del Grupo Educativo USIL.



### **SE DEBE CREAR UN SISTEMA DE SALUD UNIFICADO**

---

Quiero agradecer a los expositores que nos acompañan hoy, quienes han sido grandes actores del Perú en el desarrollo de la política de salud y en el sector de la economía. Como dijo el economista Jeffrey Sachs, no hay manera de que haya una economía sana si no se tiene una buena salud.

Antes de la pandemia, el Sistema Nacional de Salud ya se encontraba colapsado. Cuando he viajado por el país, recuerdo haber visto muchos hospitales en construcción: en Iquitos, en Yurimaguas y en otros lugares. Si hacemos historia, el segundo gobierno del presidente Alan García mandó a construir –mediante concurso– entre 70 y 80 hospitales. Pero yo siempre me preguntaba: ¿Estamos tomando las prevenciones necesarias para el equipamiento de los médicos y de las enfermeras que van a atender en esos hospitales, así como desde el punto de vista de las tecnologías de punta en la medicina, las cuales han cambiado muchísimo? La respuesta siempre fue “no”, pues no se daban los presupuestos adecuados y seguíamos en

ese problema. De ahí que la atención primaria de la salud nunca llegó a implementarse completamente.

### **A enmendar la ruta**

En los últimos 25 años hubo una continuidad en la política de salud, pero por la ruta equivocada. El aseguramiento universal de la salud fue de la mano con una descentralización apresurada, el abandono de los hospitales, el descuido en el desarrollo de las capacidades institucionales y la pérdida de la rectoría del sistema por parte del Ministerio de Salud (MINSA). Esto último es lo que, hoy en día, tiene el mayor efecto negativo.

Actualmente, el Perú hace grandes esfuerzos por estar en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), donde hay 33 médicos por cada 10 mil habitantes. ¿Saben cuántos tiene el Perú? 12.8 médicos por cada 10 mil habitantes. Sin embargo, el mayor drama está en Iquitos, donde solo hay 6.2 médicos por cada 10 mil habitantes. Entonces, nos hallamos ante la gran oportunidad de transformar la salud.

Esta política importante de la atención primaria de la salud nace en una cita internacional realizada en 1978: la conferencia de Alma-Ata. Pero sintámonos orgullosos porque, en el año 1963, es decir, mucho antes de aquella reunión, durante el primer gobierno del presidente Fernando Belaunde, ya se había creado el Servicio Cívico Fluvial, que llevaba la salud a los pueblos amazónicos.

Nunca me voy a olvidar del BAP Stiglich, que sigue haciendo su trabajo.

### **Integración sudamericana**

Se deben integrar, pues, los tres sistemas de salud: el MINSA, EsSalud y las Fuerzas Armadas. Hay que buscar, además, una mejor integración internacional, sobre todo con los países de la Comunidad Andina, donde están Colombia, Ecuador y Bolivia. Inclusive Chile podría aportar en un cruce de experiencias, y tengo entendido que el presidente Vizcarra ha tenido una conversación larga con su gobierno.

Por otra parte, quiero rendir un homenaje a nuestros médicos. Mis respetos a los profesionales que han caído en combate. También rescato la norma provisional para que a 500 egresados de la Facultad de Medicina, después de haber estudiado siete años como apóstoles de la salud, les den algún pasaporte y la posibilidad de ir en ayuda de la gente, porque parece que ha habido un entrampamiento en la titulación que, en un tema de emergencia, se podría superar. Obviamente, no van a ir a operar, pero les llevarán una energía nueva a los médicos, enfermeras, policías y hombres de nuestras Fuerzas Armadas. Un contingente de jóvenes, con edades que oscilan entre los 26 y los 27 años, que los apoyarán con ese afán y esa fuerza que tenemos todos los peruanos.



## CARLOS VALLEJOS

Exministro de Salud



**HAY QUE REPLANTEAR LAS  
INTERACCIONES HUMANAS  
SALUDABLES**

---

**E**n esta oportunidad me ha tocado hablar sobre cuál debería ser el nuevo enfoque del sistema de salud en la era post COVID-19. Sin embargo, primero vale la pena ir un poco hacia atrás para ver dónde estábamos antes de la aparición del SARS-CoV-2, como también se le conoce, y así poder mirar hacia el futuro con un poco más de claridad.

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, emocional y social. Teniendo en cuenta esta definición, creo que el COVID-19 ha desnudado muchas realidades de nuestras sociedades y ha dejado muy en claro que, a nivel mundial, nuestra población se hallaba lejos de ser una población saludable.

Si hablamos del bienestar físico, el mundo no estaba preparado para enfrentar un escenario pandémico. Aun sin necesidad de entrar en temas estructurales, como puede ser la disponibilidad de camas en cuidados intensivos o de

ventiladores mecánicos, la población estaba expuesta de una forma mucho más crítica de lo que suponíamos.

Más que nunca hemos visto cómo esta pandemia nos ha expuesto a los problemas de las enfermedades crónicas. En este caso, me refiero al tema de la obesidad. Hasta hace un tiempo se hablaba mucho respecto a la desnutrición y al impacto que esta tiene sobre nuestro sistema inmunológico. Sin embargo, ahora tenemos que hablar de malnutrición, porque no solamente debemos enfrentar escenarios de desnutrición crónica, sino de obesidad.

### **Evaluar las estrategias alimenticias**

Se ha visto que las personas obesas viven en un permanente estado de inflamación, lo cual provoca que su respuesta inmunológica sea inadecuada. El mundo post COVID-19 tendrá que hacernos evaluar las estrategias alimenticias que hemos venido desplegando porque hoy, más que nunca, vemos que la malnutrición puede tener consecuencias que en el pasado no habíamos evaluado.

En muchos casos, el tema nutricional también detona otro tipo de patologías, como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, que impactan en la salud haciendo a las personas más vulnerables. Y si regresamos a la definición de la OMS, nos va a quedar claro que ni siquiera desde el concepto de la salud primaria, que es lo estrictamente

físico, nuestro mundo, y el Perú dentro de él, estaban en la capacidad real de enfrentar una situación como la que vivimos. Obviamente, si dentro de lo físico incluimos la parte de la estructura necesaria para poder proveer a un pueblo de la salud, nos encontramos nuevamente con que ningún país del mundo estaba preparado.

Hemos visto, incluso en países desarrollados, la desesperación por la ausencia de camas de cuidados intensivos, de equipos básicos como la ventilación mecánica y de los EPP (elementos de protección personal), fundamentales para nuestro personal asistencial, que hoy hace un enorme sacrificio. Con esto quiero dejar en claro que, hacia el futuro, la educación médica tendrá que ser reestructurada para un mejor manejo de situaciones de emergencia, de acuerdo con los desafíos que traerá el mundo post COVID-19.

Dudo que esta sea la última pandemia que enfrente la humanidad. Si miramos la historia, ha habido epidemias como la de la influenza de 1918, también conocida como gripe española, que mató a millones de personas. Y aunque se podría decir que el mundo del año 2020 no es el mismo que el mundo del año 1918, cada era tiene sus propios desafíos.

## Una escasa aproximación a la salud

La globalización ha traído avances científicos que se han proyectado rápidamente a todo el mundo, pero también nos trae un escenario en el que un patógeno con una alta tasa de contagio avanza sumamente rápido. Lo hemos visto con el COVID-19. Recordemos que todo esto apareció en una provincia de China hacia diciembre del 2019. Estamos en mayo del 2020; es decir, han pasado apenas cinco meses, y si vemos los mapas de avance de la enfermedad, no hay continente que no esté comprometido, teniendo a la fecha casi 350 mil muertes.

Hay quienes podrían decir, y con razón, prosiguiendo con el paralelo de la gripe española, que esta causó la muerte de varios millones de personas; es cierto, pero, como dije, ha pasado más de un siglo y otra vez estamos expuestos a que mueran cientos de miles de personas para entender que nuestra aproximación a la salud ha sido muy escasa.

Pasando al segundo punto en la definición de la salud, el aspecto emocional, vemos que nuevamente el COVID-19 ha mostrado que este componente se hallaba lejos de ser el ideal. El tipo de conducta y de interacciones entre personas que se vio al inicio del brote está lejos de lo que podríamos llamar un estado saludable. Se ha visto que, en los países donde se ha aplicado el confinamiento como método de mitigación frente al COVID-19, el manejo de las relaciones

interpersonales y del aspecto emocional-personal es y será un gran desafío.

El distanciamiento social, la falta de contacto físico con nuestros pares y el alejamiento de la gente que queremos significa que, mientras no exista una vacuna viable, tendremos que replantear la definición de “interacciones humanas saludables”. Ya en algunos países se vienen dando aumentos importantes en las crisis de ansiedad, depresión e inclusive suicidios.

El COVID-19 también nos deja como lección lo difícil que es, en la sociedad actual, tener una relación emocional saludable con uno mismo. La salud del futuro debería tener un componente muy fuerte en este sentido. El uso inadecuado de la tecnología ha condicionado la inmediatez de la respuesta a todo lo que deseamos, y nos hemos acostumbrado a que todo deba ser respondido de manera inmediata.

## Ser pacientes ante una crisis de salud

La cuarentena nos ha obligado a ser pacientes. A pesar de la avalancha de información y desinformación en los medios, sobre todo los digitales, debemos entender que en la naturaleza y en la salud no necesariamente existen respuestas inmediatas. Como parte de la salud mental, es necesario comprender que, pese a la ansiedad de tener

algo frente a un escenario adverso, debemos ser humildes, entender, aprender y, luego, actuar.

Durante la crisis económica del siglo pasado en los Estados Unidos, Franklin D. Roosevelt dijo: “Tome un método e inténtelo; si falla, admítalo abiertamente e intente otra cosa, pero, definitivamente, intente algo”. Estoy de acuerdo con el expresidente estadounidense en que esto es válido en la economía y hasta en la política. Sin embargo, intentar algo en la salud, lo que sea, para tener una respuesta pronta, desafortunadamente puede ocasionar la pérdida de vidas. Las ideas innovadoras son sumamente importantes en la ciencia, pero debemos entender que su importancia radica en su poder para generar preguntas que luego deben ser respondidas a través de métodos científicos y, de esta manera, poder dar un manejo humano a los enfermos.

También es cierto que, por ejemplo, en la Declaración de Helsinki se menciona la aplicación de tratamientos en escenarios extremos. Y nadie duda de que estamos viviendo en una situación extrema que no tiene antecedentes en el mundo, pero la prudencia, y lo que llamamos la plausibilidad biológica, deben acompañar el pensamiento médico y científico antes, ahora y hacia el futuro.

### **Perú: una cultura de desconfianza**

El tercer punto en la definición de la OMS que mencionamos al inicio comprende el hábito social y, aunque suene reiterativo, el COVID-19 ha demostrado que, socialmente, estamos lejos de estar preparados para una epidemia. Me refiero puntualmente a la educación de nuestro pueblo. En mi opinión, compararnos con realidades como la sueca es un sinsentido porque no compartimos la misma cultura, manejamos realidades culturales diferentes.

Muchas personas han tomado a Suecia como un ejemplo de manejo de la pandemia del COVID-19 sin la necesidad de aplicar una cuarentena. Como parte del inadecuado uso de los medios para transmitir información de casos y muertes en Suecia, este era extremadamente bajo. Desafortunadamente, hoy Suecia tiene 3800 muertes y 31 500 casos.

En este momento, comparar el número de casos o el número de fallecimientos también puede ser un ejercicio que nos llevaría a conclusiones incorrectas, debido a que los países no han utilizado definiciones transversales de lo que es un caso o de lo que es una muerte por COVID-19. Habiendo dicho esto, sí es correcto explicar que en Suecia se hubieran podido esperar más muertes por la edad promedio de su población, pero en este punto regresamos al concepto cultural: la cultura sueca es una cultura de

confianza; el pueblo confía en lo que el Estado le dice y el Estado confía en que el pueblo va a hacer lo que se le diga. Este círculo virtuoso nos trae como ejemplo que el Estado haya pedido a los bares que reduzcan su aforo al 30%, y los dueños así lo han hecho.

Desafortunadamente, nuestra cultura –por diversos motivos, políticos e históricos– es una cultura de desconfianza. Esto lleva a que la implementación de normas de salud pública sea complicada por lo menos en la magnitud necesaria para tener el impacto integral deseado. De aquí hacia el futuro será una labor difícil, pero inmensamente necesaria para la reconstrucción de la salud social, para poder aspirar a que las personas confíen en sus instituciones y las instituciones confíen en las personas.

En el futuro, el sistema de salud tendrá que ser más eficiente y dejar de lado las formas con que ha trabajado porque, si estas no funcionan, significa que no hay razón para mantenerlas igual. Si queremos tener un sistema de salud saludable, deberemos retornar al concepto de la integralidad de la salud, en donde el aspecto físico, estructural, emocional, cultural, educacional y social formen parte de esta compleja malla que nos permitirá enfrentar el futuro de la salud de nuestras poblaciones sobre un terreno más sólido que aquel en el cual el COVID-19 nos sorprendió.



## ALFREDO THORNE

Exministro de Economía



### ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD Y SOSTENIBILIDAD FISCAL

A diferencia de Patricia García y de Carlos Vallejos, que son médicos, yo soy economista, y quisiera ofrecerles una discusión sobre lo que se propuso en la Comisión de Protección Social, que se formó a finales del año 2016 y entregó sus recomendaciones en setiembre del 2017, cuando lamentablemente yo había dejado el cargo.

La comisión centró sus propuestas en tres temas: la reforma de salud, la reforma del sistema de pensiones y la creación de un seguro de desempleo. Como vemos, los tres temas son críticos hoy en día. Este grupo lo integraron profesionales independientes, los mejores en sus áreas, y fue liderado por un gran servidor público, Alejandro Arrieta, que falleció no hace mucho. Quisiera rendirle tributo a él, que dedicó toda su vida a la función pública y a quien el Gobierno no le ha dado el homenaje que le corresponde.

Me gustaría reflexionar sobre las recomendaciones que dio esa comisión para el sistema de salud. Empezaré por el objetivo de la misma: "Plantear reformas económicas para

financiar la cobertura universal del aseguramiento de salud, sin afectar la sostenibilidad fiscal ni generar informalidad en el mercado de trabajo”.

Esta comisión se centró en los aspectos financieros de la reforma del sistema de salud. A esta reforma le han precedido otros intentos muy importantes, como el marco de aseguramiento universal de la salud del 2009 y la reforma en salud del 2013. Esta nueva propuesta simplemente aportaba a lo que ya se había hecho.

### ¿Qué sistema queremos?

Hoy, la necesidad de un sistema de salud queda evidenciada por la crisis del COVID-19. Nuestra infraestructura está desbordada, no tenemos hospitales, y nuestros médicos, lamentablemente, están librando una feroz lucha, al igual que nuestras enfermeras. Algunos de ellos no han sido retribuidos correctamente.

Todos nos preguntamos por qué no hicimos la reforma. Durante la campaña 2015-2016 pensamos, con Pedro Pablo Kuczynski, que una de las reformas claves que debía dejar su gobierno era la reforma de salud. Veíamos el impacto que ella podía tener sobre el bienestar, sobre la productividad, sobre la reducción de la informalidad y, lo más importante, sobre la protección de nuestra población.

Los sistemas plenamente públicos no han sido del todo exitosos, pues los recursos públicos no alcanzan, pero tampoco los recursos privados. Los sistemas privados resultan muy costosos y muy desiguales; no llegan a cubrir a la población que más necesita.

Quisiera pensar en un sistema resiliente, en un sistema que no necesariamente lo tenga todo, pero que sea un sistema que, en crisis como la que estamos viviendo, se pueda expandir y consiga multiplicar sus recursos para enfrentar situaciones como la actual.

### ¿Qué propusimos?

Nuestros puntos de partida fueron los siguientes:

1. Universalidad de la salud, porque la salud es un derecho fundamental, consagrado en nuestra Constitución.
2. Solidaridad, que significa un conjunto de actos y normas orientados a compensar el costo de la atención a quien lo necesita, con el Estado y otros contribuyentes.
3. Unidad, con la articulación de políticas e instituciones, regímenes, procedimientos, financiamientos y prestaciones, para lograr los objetivos propuestos. Es decir, la unidad de nuestro sistema de salud como un todo.

4. Integridad, mediante el otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud.
5. Equidad, porque el sistema de salud prevé servicios de calidad a toda la población peruana, priorizando a la población más vulnerable y con menos recursos. En otras palabras, poner al asegurado por delante.

### ¿En qué consistía la reforma?

Primero, establecer la rectoría del Ministerio de Salud (MINSA) en todo el sistema de salud y, además, que sus políticas abarquen todo nuestro sistema de salud.

Segundo, garantizar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, conocido como PEAS. Es decir, un plan mínimo de aseguramiento que incluye una serie de enfermedades que son atendidas de manera pública e independientemente de la condición económica. Es un nivel mínimo de atención médica para toda la población.

Tercero, establecer un Sistema del Asegurado Único, o el Fondo Único, que sería el marco total para enfrentar los riesgos. Este fondo distribuiría el riesgo financiero de la cobertura de sus servicios al máximo, y mejoraría la eficiencia y equidad del sistema.

Todos los peruanos tendrán acceso mínimo asegurado, el cual será ofrecido por el Plan de Beneficios Únicos, con una cobertura de servicios difundida en base a las prioridades de salud del país. El plan es el PEAS.

El financiamiento del Fondo Único será vía impuestos, lo cual se sustenta en el principio de realización del derecho a la salud. Con esto se rompe la relación entre el aseguramiento y la provisión de salud: el asegurado podrá atenderse en la red del Seguro Integral de Salud (SIS) o en cualquier otro hospital u otras redes, y el MINSA se encargará de hacer que esos hospitales cumplan con los requerimientos mínimos. Esto genera, inmediatamente, una competencia entre los hospitales por atender mejor al afiliado. También integraría todas las redes del SIS con EsSalud y con los proveedores privados.

La rectoría del MINSA asegurará la calidad de los proveedores y, obviamente, prevalecerá el rol de supervisor de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Este cambio tendría que hacerse de forma gradual, de modo que se garantice la atención a los asegurados y que los costos sean asumidos gradualmente, protegiendo la sostenibilidad fiscal.

El Fondo Único también operaría como un comprador único y ejercería su poder monopsonico, una palabra muy de economistas, la cual significa que puede reducir



los precios de sus compras al tener gran volumen para negociar precios de productos, de productos farmacéuticos, favoreciendo al asegurado. De esa manera, el Fondo Único no solo abastecería a la red del Gobierno, sino también a los gobiernos regionales, a las Fuerzas Armadas, a la Policía Nacional y a los privados.

Además, se planteó un sistema único de información integrada, que almacenaría la información de los afiliados de todo el sistema de salud. De esta forma, los contribuyentes podrían reducir su aporte a EsSalud, pues el Gobierno garantizaría un aseguramiento mínimo. Los trabajadores que contribuyan a EsSalud tendrían acceso a la cobertura adicional del PEAS. La propuesta es que EsSalud también separe el aseguramiento de su provisión, dándole al afiliado una mayor flexibilidad.

Finalmente, se proponía que los operadores privados debían estar regulados para ofrecer planes de cobertura financiera complementaria, planes de cobertura suplementaria y otros servicios médicos. Los aseguradores privados no reemplazarían la cobertura del Fondo Único, sino que ampliarían las opciones de dónde atenderse. No solo eso, sino que, si los afiliados se trataran en un hospital privado, se les reconocería el costo del Fondo Único y se les haría la transferencia al sector privado. Así, todos los

peruanos tendrán atención de enfermedades de alto costo que se financiaría vía impuestos.

El quinto punto es el proceso de transición y costos fiscales. Para asegurar una convergencia gradual hacia este nuevo sistema, se planteó dividirla en tres etapas:

En la primera etapa se amplía la cobertura a la población que no tenía seguro, que estaba desprotegida, algo que acaba de hacer este gobierno. En la segunda etapa se extiende la cobertura del PEAS a toda la población, incluyendo a los asegurados de EsSalud, de tal manera que se podría reducir la contribución a este organismo. Nosotros pensábamos que se podía bajar de un 9% a un 4% o 5% del salario.

En la tercera etapa se amplía el reconocimiento del gasto para el afiliado de EsSalud; es decir, se le reconocería también el PEAS, podría obtener la cobertura en cualquier hospital y se le transferiría, de EsSalud y del MINSA, el costo de dicha cobertura. Los costos fiscales en este periodo irían aumentando gradualmente: pasarían de un sistema que en ese momento representaba el costo de aseguramiento –del 0,22% del Producto Bruto Interno (PBI) y contribuciones del 0,45%– a un sistema que llegaría al 0,71% del PBI y terminaría en un costo de impuestos del 2,5% del PBI. Remarco que este es el costo del aseguramiento y no incluye los otros costos de salud.



### ¿Cuáles son los beneficios económicos?

En primer lugar, se haría realidad el aseguramiento universal y se garantizaría un mínimo de aseguramiento como está definido en el PEAS, que ya contempla una serie de enfermedades. En segundo lugar, se generaría una mayor competencia en las redes hospitalarias. En tercer lugar, se pondría el sistema al servicio del afiliado. En cuarto lugar estarían los beneficios económicos de utilizar un sistema único de compras; es decir, el poder monopsónico que les mencioné. Se integran los sistemas de información de los afiliados para todos; se define claramente el rol del Estado y del sector privado; se hace portable el seguro de EsSalud: ya no depende de si el trabajador está empleado o no, sino que permanece con su seguro aun cuando pierda el empleo, y se crean incentivos para la formalización.

Esto, en resumen, fue lo que planteamos en la Comisión de Protección Social. Los invito a leer el informe completo. Estoy seguro de que va a ser de mucho interés.

## PATRICIA GARCÍA

Exministra de Salud



### **ES NECESARIA UNA REINGENIERÍA EN EL SISTEMA DE SALUD**

---

Quiero compartir una reflexión acerca del sistema de salud, del trabajo que se realizó al comienzo del Gobierno, de la importancia y necesidad de hacer una reforma. Es una pena que hayamos perdido prácticamente cinco años sin poder avanzar. A pesar de esto, la esperanza no se pierde, y tal vez, en medio de esta crisis, podamos ver la oportunidad para que todos estemos unidos hacia el cambio que se requiere.

Por ello, es importante reflexionar sobre cómo estamos y sobre cuál ha sido nuestra respuesta. Si bien el Perú ha tenido las respuestas más tempranas –probablemente casi un modelo de respuesta y medidas extremas gracias al reconocimiento de todas las debilidades que tenemos–, los resultados no son los que hubiéramos deseado.

Definitivamente, no tenemos una curva como quisiéramos; no somos Suecia. Nos hallamos en esa meseta en la que todavía estamos luchando. Y esto se refiere a todas las debilidades del sistema, que vienen desde no conocer qué

es salud pública. Las personas recién están entendiendo qué es política pública y comportamientos, y cómo los comportamientos de las personas tienen que ver con su salud.

### **Una situación crítica**

Hemos visto la debilidad de nuestro sistema de Atención Primaria de Salud, que no ha sido capaz de desarrollar una respuesta de contención epidemiológica, que todavía nos sigue fallando. También, la debilidad de los sistemas de vigilancia y de laboratorios. No tenemos más que un gran laboratorio en este momento, que es el Instituto Nacional de Salud, para poder hacer pruebas moleculares. Esto representa una situación crítica. Se ha podido observar la gran debilidad que significa la pérdida de rectoría del Ministerio de Salud debido a la centralización, en la que cada región se vuelve creativa y toma acciones que no necesariamente suman sino que, por el contrario, complican las respuestas.

Asimismo, a causa de la debilidad en la atención primaria, hemos visto cómo el manejo de las enfermedades crónicas –tuberculosis, hipertensión, diabetes–, e inclusive el tema de las vacunaciones, se ha venido a menos en estos tres meses, y vamos a pagar los resultados en los meses que sigan.

El tema de la atención primaria es crítico, pero en los hospitales se ha visto que nuestra capacidad de respuesta como país es más crítica aún. Tenemos hospitales obsoletos. Se comenzó con 100 camas y, gracias a un esfuerzo impresionante, se pudo llegar a 1000 camas de cuidados intensivos con ventiladores, arreglando unos, produciendo otros o sacándolos de cajas que estaban en algunos hospitales.

Finalmente, está el tema de la incapacidad del Perú para responder desde el punto de vista de biotecnología para salud. Nunca se ha reconocido ni a la ciencia ni a la biotecnología como dos temas críticos, y hoy tenemos que verlos como un asunto de seguridad nacional, porque esta no es la primera pandemia ni va a ser la última y, si no cambiamos, estaremos perdidos.

### **Aseguramiento único**

Respecto a las propuestas que presentó Alfredo Thorne, estuvimos trabajando en la necesidad de hacer una reforma y de tener un sistema integrado de salud en el que las personas estén en el centro de la atención. Tenemos un sistema con 117 millones de atenciones al año y con casi 500 mil partos anuales. Sin embargo, existe un fraccionamiento que no nos deja trabajar, donde uno de cada dos peruanos se atiende en el MINSa y 16 millones están afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), un grupo en el seguro social

y otro en el sistema privado, lo cual hace que tengamos una inequidad y la incapacidad de manejar un sistema centrado en el individuo; con 183 mil trabajadores de salud y 8 mil establecimientos a cargo del MINSA, pero otros tantos a cargo de EsSalud; con trabajadores que están totalmente separados y casi divididos en trabajadores de primera clase y de segunda clase –porque hay diferencias en los salarios, lo que crea, también, una serie de tensiones–, y con establecimientos del Ministerio de Salud que están en todas partes, aunque con carencias e incapacidades.

Lo que planteamos era que debíamos tener en la mira los servicios de salud, los recursos humanos y los temas de salud pública, que son críticos, como el de la infraestructura relacionada con tecnología y el de la lucha contra la corrupción, que ha traído abajo el sistema de salud. Necesitamos contar con la rectoría del Ministerio de Salud, garantizar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), tener un aseguramiento único y un sistema integrado.

Se debe hacer una reingeniería de las redes de salud fortaleciendo la atención primaria con clínicas familiares cerca de casa, con médicos de cabecera que ofrezcan atención por 12 horas, con clínicas de urgencia (no tenemos un sistema de urgencia), que podrían responder en los casos de pandemias o emergencias, y con los hospitales

en red con las clínicas para brindar una atención de mayor complejidad y durante las 24 horas. Inclusive se llegó a firmar los convenios con el Banco Mundial y con el Banco Interamericano de Desarrollo, pero todo ha quedado en el aire dentro del ministerio, con los múltiples cambios de ministros y de gabinetes.

### **Nuevas tecnologías**

Hoy resulta fundamental el tema del distanciamiento social y el uso de tecnologías de información, como la telemedicina, que pudiera conectar al individuo con las clínicas y con los hospitales. La telemedicina hace una parte, pero probablemente sean necesarios, en algún momento, la movilización y el tema de las referencias con líneas únicas y con la integración.

No obstante, cuando hablábamos de telemedicina, había grupos de los gremios que se mostraban totalmente en contra porque eso se ‘oponía’ a lo que conocemos como “el acto médico”. Pero este ha cambiado. Por ello, la biotecnología tiene que incluirse, y la telemedicina se puede hacer con biosensores que me pueden permitir estar en un lugar y, al mismo tiempo, en otro tomando la presión, el pulso, casi tocando al paciente, pero manteniendo la distancia. Y toda esa tecnología ya no es tan cara, y tenemos las capacidades para hacerlo.

En estos momentos debemos poner en vigencia lo que ya se había planteado, y me refiero, como ya lo mencioné, al trabajo con el Banco Mundial y con el Banco Interamericano de Desarrollo, que ha quedado atracado en diversos niveles del ministerio porque no se comprendía qué significa, pero probablemente también porque hay conflictos de interés en diversos niveles, incluso en la seguridad social, en el sector privado y en el mismo MINSA, que tal vez no comprende la necesidad y la importancia de dicha labor.

### **No es gasto, es inversión**

Tenemos que repensar nuestro sistema desde las bases de financiamiento, y eso se los dejo a los economistas, pero también debemos comenzar a pensar en el otro gran tema: ¿Cómo llegamos a la población? Nuestra respuesta de contención habría sido totalmente distinta, por ejemplo, si hubiéramos sido capaces de llegar a una persona positiva al COVID-19 con pruebas de diagnóstico de mejor calidad.

Ahora estamos tratando de evaluar si se pueden hacer otras pruebas, y hay científicos peruanos que están intentando trabajarlas junto con sistemas de telemonitoreo remoto que permitirían ver cómo va el paciente con pulsoxímetros unidos a un sistema de computadora, disminuyendo el riesgo de los miembros del personal de salud, que hoy por hoy son los héroes, pues no tienen los equipos de protección adecuados, que escasean en todo el mundo.

Entonces, la reforma no puede esperar más. Es un momento difícil porque, además, nos encontramos casi a puertas del cambio de gobierno. Por tanto, es necesario reflexionar sobre lo que deberíamos hacer en salud. Esta situación nos está golpeando lo suficiente como para pensar que lo que se hace en salud no es un gasto, sino una inversión. Y lo mismo pasa con lo que se invierte en ciencia y en biotecnología.

## PREGUNTAS Y RESPUESTAS

**La rectoría se le debe atribuir al Ministerio de Salud, y eso exige una separación de los agentes: rectoría, financiadores y prestadores, que ahora están mezclados. ¿Cómo podemos hacer para que la rectoría funcione, sea confiable y represente una fuente de información sólida para el resto de los agentes?**

**Patricia García.** Se necesita una rectoría del sector Salud desde el ministerio para todos los aspectos, especialmente para la respuesta frente a la salud pública. Puede ser que dentro del Ministerio de Salud no se tengan todas las capacidades técnicas para responder a todas las preguntas, pero existe la posibilidad de tener grupos de expertos que puedan asesorar para dar las respuestas de manera adecuada. En el caso del COVID-19, estoy muy preocupada. Acabamos de tener una reunión con representantes de 30 países, viendo las diferentes respuestas que se están dando, no solo desde el punto de vista de la salud pública, sino desde el punto de vista del manejo, y esto se ha visto históricamente en otras pandemias.

En la pandemia de 1918, la gente usaba quinina para tratar la influenza, y la quinina es, digamos, el primo-hermano de la hidroxiclороquina. Un siglo después, seguimos pretendiendo usar una droga sin ninguna evidencia de que funcione. Entonces, si esto viene desde el ministerio, la pregunta es: ¿La rectoría está correcta ahí? Por tanto, el ministerio debe asesorarse y contar con grupos de expertos que puedan guiar las acciones, y estas tienen que basarse en evidencias, no en vehemencias. Y es algo que viene ocurriendo en muchos países, como en Brasil.

Por eso, muchos expertos nos estamos sentando para discutir cómo poder guiar mejor al país y cómo afrontar una situación en la que tenemos una 'infodemia'. Inclusive profesionales de la salud, en su desesperación, están respondiendo a la crisis leyendo lo que dicen las redes sociales, cuando hay evidencias y organizaciones que han lanzado guías con recomendaciones de cómo manejar la pandemia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una guía de manejo clínico para pacientes con COVID-19, en la cual se muestra que, desafortunadamente, no existe un tratamiento, sino solo una suerte de manejo estándar para que los pacientes puedan sobrellevar esta situación. Y parte de ello es el manejo propio del médico, con líquidos, oxígeno, antibióticos, si es que el paciente los necesita.

Pero regreso al punto: la rectoría tiene que darse, pero es una labor no solo del Ministerio de Salud. Tenemos que trabajar el tema de la salud como sociedad, y en ella hay grupos de expertos, grupos académicos. Entonces, todos debemos participar en esta gran respuesta.

**¿Cómo implementar las propuestas de reformas en el sistema de salud cuando estamos inmersos en una crisis que nos lleva a otras crisis que representan carencias de medicinas, insumos, maquinarias, profesionales y de una atención de calidad?**

**Carlos Vallejos.** Esto es una guerra, y todos tenemos que estar unidos. Utilizando un término más simplista, la única camiseta que podemos emplear hoy se llama Perú. Desde hace muchos años se viene trabajando en el sistema de unificación de la atención en salud, pero debemos poner al día todos esos documentos, no darnos de inventores. El diagnóstico está establecido y las fórmulas para corregirlo también. Lo que necesitamos es mucha humildad y cooperación, dar el gran el paso en el cual todos participemos y tengamos un mismo objetivo.

Miremos el ejemplo de nuestros vecinos. Colombia está manejando la crisis del COVID-19 de manera satisfactoria: el número de muertos es muy reducido, el número de infectados es controlable. Y una de las razones es,

precisamente, que Colombia tiene un gran sistema de salud unificado y todas sus instituciones dan el servicio mínimo indispensable que permite superar condiciones como las que estamos viviendo. ¿Por qué no podemos tener lo mismo en el Perú? Necesitamos trabajar todos juntos y no jalarnos la camiseta.

**Una serie de reformas tan estructuradas –como las que ha presentado Alfredo Thorne–, un trabajo tan grande, va a sobrepasar a un gobierno. ¿Cómo hacer para que el proyecto y las instituciones sean tan sólidos que el concepto, la ejecución y los compromisos establecidos se sostengan a través del tiempo?**

**Alfredo Thorne.** Esa es la pregunta fundamental. Esto ya lo hicimos con la macroeconomía en los años 90, y hoy gozamos de ahorros fiscales de casi el 14% del PBI gracias, precisamente, a esa disciplina fiscal que empezamos hace muchos años. Le dimos independencia al Banco Central de Reserva y pasamos leyes de responsabilidad fiscal que, ministro de Economía tras ministro de Economía, fueron honradas. Y eso ha producido la fortaleza fiscal de la cual hoy gozamos y con la que podemos enfrentar esta crisis. Lo mismo ha sucedido con la reforma educativa: hemos pasado ministro de Educación tras ministro de Educación, y todos han ido aportando, poco a poco, a esta gran reforma.



Lo mismo debemos hacer con la salud. Lo que sucede es que hemos llegado a un punto en que lo que cuenta más son los enfrentamientos, y no las coincidencias en la política. Necesitamos generar un ambiente en el que esta reforma le muestre al ciudadano de a pie, al Congreso, al Ejecutivo, a las enfermeras, a las doctoras, como dice Patricia García, que es un cambio para bien.

También quisiera referirme a la otra pregunta (sobre cómo podemos hacer para que la rectoría funcione, sea confiable y represente una fuente de información sólida para el resto de los agentes). Todas las reformas que hemos empezado se han dado en épocas de crisis. Han sido muy pocas las reformas que hemos iniciado cuando el auto iba bien. Entonces, sí creo que esta es la oportunidad para hacernos reflexionar, para generar los consensos y para llamar la atención en lo que acaban de manifestar Patricia García y Carlos Vallejos: esta no va a ser la única crisis que enfrentemos. Lo que no queremos es que la siguiente nos agarre otra vez con los pantalones abajo.

**Patricia García.** Así como ha habido una continuidad en la política fiscal y en la reforma de la educación, tenemos un pequeño ejemplo en el tema de la salud que, en realidad, deberíamos tomar en cuenta y que se dio como parte de la mesa de lucha contra la pobreza.

Dentro de ella, uno de los asuntos tenía que ver con la desnutrición. Se asumió esto como un problema para que los diferentes sectores se sumaran, y diversos gobiernos lo mantuvieron como una política. Nosotros somos un ejemplo de país en la lucha contra la desnutrición. Somos uno de los pocos países que ha logrado cambiar sustancialmente esas curvas. Creo que de ahí viene ese gran llamado: a veces los cambios tienen que hacerse durante las crisis.

En segundo lugar, debemos hacer un pedido para que esto sea trabajado por la sociedad en pleno, comprendiendo que, si no lo hacemos, no vamos a poder responder a las siguientes pandemias. Este es un momento crítico, y podría ser el punto de corte para, finalmente, hacer lo que tenemos que hacer en salud pero, reitero, de manera conjunta.

**Carlos Vallejos.** Quiero complementar a Patricia García y a Alfredo Thorne. Pienso que este es un gran momento porque hay un motivo muy serio, muy grave, el cual no puede tratarse en las condiciones en que lo venimos enfrentando. Tenemos todos los documentos y todos los estudios para cristalizar este plan, tan anhelado, que es la unificación o la universalización de los sistemas de salud, para darle nuevamente al Ministerio de Salud el rol rector que reclama desde hace un buen tiempo y que ha fallado con la regionalización. Todos tenemos que ser humildes y reunirnos para trabajar en este objetivo.

**Reflexionemos sobre la educación médica post COVID-19 y sobre la educación médica intra COVID-19. ¿Qué está pasando con nuestros estudiantes, con sus prácticas con pacientes? ¿Qué viene ocurriendo con las otras patologías y cómo se van a mostrar estas?**

**Patricia García.** Cuando trabajábamos en el Ministerio de Salud se hizo una evaluación, con la Academia Nacional de Medicina y el Colegio Médico, acerca de qué estaba pasando con la educación médica en el Perú. Uno de los graves problemas es que, en esa explosión de facultades de Medicina que se dio, también hemos visto una crisis en la educación médica, que se reflejaba en el hecho de que el promedio de las notas del examen nacional de medicina –que dan los médicos terminando la carrera– era desaprobatorio y, aun así, con promedios desaprobados, los alumnos obtenían su licencia como médicos. A pesar de que hicimos muchos esfuerzos, tomó tiempo hasta que el Colegio Médico decidió finalmente que, para obtener su licencia, los médicos tenían que aprobar este examen.

Este es un indicador de que debemos ver la calidad de entrenamiento que les estamos dando a nuestros profesionales de la salud. Pero la reforma también tendrá que estar ligada a una transformación del entrenamiento médico que incluya, por ejemplo, qué significa la medicina en este nuevo milenio, donde habrá muchos retos: sobre

las enfermedades crónicas, sobre cómo responder en situaciones de emergencia –pandemias o desastres– que no forman parte de la currícula en la mayoría de nuestras universidades, sobre cómo fortalecer la atención primaria, o sobre cómo utilizar la tecnología como parte del entrenamiento. Nuestros médicos no saben cómo brindar atención por telemedicina, porque este es un proceso que recién viene desarrollándose. Por consiguiente, en todo el tema de la educación médica tendrá que haber, además, una reforma que vaya de la mano con la reforma de la salud, pues debemos formar a los profesionales que necesitamos para poder responder a los problemas, y seguramente, además de médicos, requeriremos a otro tipo de profesionales.

Hace unos cinco años, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia planteamos una nueva carrera, que se llama Salud Pública y Salud Global, que tiene una visión de trabajo preventivo y de respuestas frente a las epidemias. La primera promoción recién se va a graduar y, lamentablemente, no estuvo lista para el tema de la pandemia del COVID-19. Este es apenas un ejemplo de cómo tendremos que reformar los contenidos para crear nuevos profesionales que puedan responder a los cambios que necesita nuestro sistema de salud con miras a los retos del siglo XXI. Si no lo hacemos, no vamos a poder ir a la par, y creo que esto tendrá que ver, igualmente, con temas éticos, porque creo

que uno de los 'elefantes en la sala' es que, en salud, el tema de la corrupción y el tema del conflicto de intereses no nos han permitido ni hacer las reformas ni ser eficientes con los gastos. El dinero, que ya es insuficiente, se gasta como no debería gastarse, y no basta con decir "tengo la fiscalía". Todo el proceso para la evaluación y el seguimiento de la corrupción en salud es obsoleto, absurdo, y lo único que hace es crear sistemas más complicados. Además, la burocracia ha complicado todo nuestro sistema de salud.

**Carlos Vallejos.** Suscribo al 100% el enfoque que ha hecho Patricia García, pero yo le daría más énfasis a la obligación que tiene el organismo rector de controlar las licencias que se han otorgado a las universidades con facultades de Medicina. Eso es criminal, y es ahí donde está la solución, no solamente en el examen, al terminar y en la corroboración por parte del Colegio Médico. Esto es muy importante, pero tenemos que considerar a los miles de jóvenes peruanos que vienen siendo estafados por entidades que no son propiamente académicas. Con ese modelo no vamos a llegar a ninguna parte.

También hay que darle mucho énfasis a la medicina digital, a la telemedicina y a todos los recursos de la era cibernética, que se estaban utilizando de una forma experimental, pues el COVID-19 nos ha demostrado que es imprescindible ponerlos en la práctica. Estamos cumpliendo 70 días de

aislamiento, y el contacto directo con nuestros pacientes ha sido muy limitado. Y quienes tenemos la suerte de contar con el sistema de telemedicina hemos estado dando teleconsulta, que ya no es la medicina del futuro, sino la medicina de hoy. Nuestros jóvenes estudiantes deben estar preparados para ese nuevo enfoque que es revolucionario, en el buen sentido de la palabra, y el Perú tiene que estar, como siempre, en la primera línea.

## REFLEXIONES FINALES

RAÚL DIEZ CANSECO TERRY

**H**emos organizado cinco foros virtuales vía *Zoom*, cada uno más interesante que el anterior, pero el de hoy es espectacular porque nos da tarea a todos.

Considero que se debe crear un sistema de salud unificado, pero que sea presidido por alguien que no sea político, por alguien que no tenga nada que ver con los vaivenes de la política del país. ¿Acaso el presidente del Banco Central de Reserva (BCR) es reemplazado cada vez que cambian a un gobernante? Es más, es tan exitosa la gestión de Julio Velarde al frente del BCR que cada nuevo gobierno que ingresa le pide que se quede, pues la imagen que ha proyectado hacia el exterior es de continuidad y estabilidad.

No hay tiempo para gastar dinero en nuevos diagnósticos; los tienen ustedes y los tenemos todos. Patricia García ha hablado, por ejemplo, del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional. Esto no da para más. Insisto en que es necesario convencer al Gobierno de que debe haber un nuevo sistema de salud, un sistema de salud

unificado. ¿Acaso el debate no es ahora sobre el tema de los medicamentos? Y es valioso lo que ya se previó en ese rubro: un sistema integral en las compras de fármacos.

Con respecto a la biotecnología, no tengamos miedo de que el mundo haya cambiado. En el Grupo Educativo USIL, pese a las críticas, nos hemos visto obligados a ir a lo digital. Y no ha sido por nuestra culpa. Sin embargo, dos meses después, puedo afirmar que la maravilla de la pandemia es haber digitalizado más al Perú, haberle dado otras posibilidades con la telemedicina. ¿Por qué no crear la 'Uber' de la medicina? Entendiendo como 'Uber' al médico especialista que va a atender al paciente por teléfono, evitando las visitas quizá en más del 50% de los casos, pues hay gente que ha acudido a los hospitales cuando el médico pudo haber resuelto su consulta por teléfono.

### Ir hacia adelante

Tenemos una gran oportunidad para hacer las reformas. Y ello no tiene que ver ni con la izquierda ni con la derecha. Lo que debemos hacer es ir hacia adelante. Ojalá que la próxima semana llamen a Alfredo Thorne del Congreso y le digan: "Preséntenos, por favor, todo ese trabajo". Y que Patricia García sea convocada, y lo mismo Carlos Vallejos, con toda su experiencia. Que haya una política de Estado que tome en cuenta la opinión de los especialistas. La

próxima elección no debe cambiar una sola línea de la reforma que se inicie hoy.

Lamentablemente, cuántas veces han cambiado a ministros de Salud para darnos cuenta de que la autoridad de salud es un tema político, no de profesionalismo. Por lo tanto, es fundamental que haya una reforma de la salud. Y si el MEF presentó o quería presentar un sistema revolucionario de cambio en dicho sector, qué mejor que ese ministerio para hacerlo, porque sabe de dónde va a sacar los recursos para financiarlo y cómo va a imponer disciplina en un tema que el Perú reclama desde hace mucho tiempo.

### Salud y valores

Nos felicitamos por el hecho de que a la Universidad San Ignacio de Loyola se le haya autorizado tener, por fin, una Facultad de Salud. Y puedo decir que vamos a hacer una revolución, pues creo que la medicina debe cambiar muchas cosas, pero no en su corazón, no en su ética, porque el doctor siempre fue el sabio, el que entregaba la vida, como sucede actualmente. Lo que falta, por encima de todo esto, es una organización que trascienda a los gobiernos y que convoque a los sabios del Perú. Hay una ley que nos va a dar un pie, una reforma que está lista, y nuestra universidad agotará sus esfuerzos para que la gente del Perú escuche lo que ustedes ya hicieron y para

que, más bien, lo que hagan ahora sea ponerle 'asfalto' a esa 'carretera' que iniciaron.

Hoy todos somos soldados que queremos formar un batallón para recobrar la esperanza de vivir en un país. El confinamiento nos ha hecho valorar un poco más la vida. Este mundo nos volvió tan agresivos en el trabajo que nos habíamos olvidado de la familia, y nos hemos dado cuenta de que nuestra esposa, nuestros hijos, nuestra familia, valen la pena. Recuperemos esos valores.

Es el momento de sumar esfuerzos. No queremos seguir enterrando a tanto peruano desesperado, triste, ni mucho menos ser testigos de que, cuando se muere uno de los nuestros, la familia no solo llora por él, sino que uno mismo piensa que puede ser el siguiente en irse de este mundo.

Ojalá que este día sea recordado siempre por los peruanos. Creemos que es el momento de aprovechar la formidable gestión que hicieron ustedes, queridos expositores. El Perú ya no puede detenerse para hacer más diagnósticos. El Perú debe ponerse a trabajar.

## LUIS SOLARI DE LA FUENTE

Exprimer ministro y exministro de Salud



**CLAUSURA**

---

Gracias, Raúl Diez Canseco, por la generosidad de invitarme a clausurar este importante foro digital.

Mencionaré cuatro breves apuntes:

1. Ya se publicó la ley de rectoría del Ministerio de Salud, que le devuelve a este su función como único ente que establece políticas, en materia de salud, en los gobiernos regionales. En el año 2007, a los gobiernos regionales se les transfirieron las competencias de todos los sectores, sin que se pudiera acreditar que eran capaces de manejarlas, y los fondos para entrenar a todo el sector público fueron devueltos sin haber sido utilizados. Es decir, no hubo entrenamiento, no hubo desarrollo de carrera pública, y las competencias se transfirieron. Han tenido que pasar 18 años para que se le devuelva la rectoría al ministerio, que va a depender del ministro de turno.
2. Hay otro camino, en el que nosotros podemos, también, hacer un cambio en la salud. Actualmente, la salud

subsidiada está arriba y la salud contributiva, que es EsSalud, está abajo. En 10 años podemos invertir dicha situación. Y esa reforma ya fue aprobada en el Congreso, en el 2004, que es la Ley Marco para el Desarrollo Económico del Sector Rural, Ley N° 28298, con la cual se va a un proceso de asociatividad productiva intensiva para el comercio exterior y, además, supone un proceso de formalización productiva.

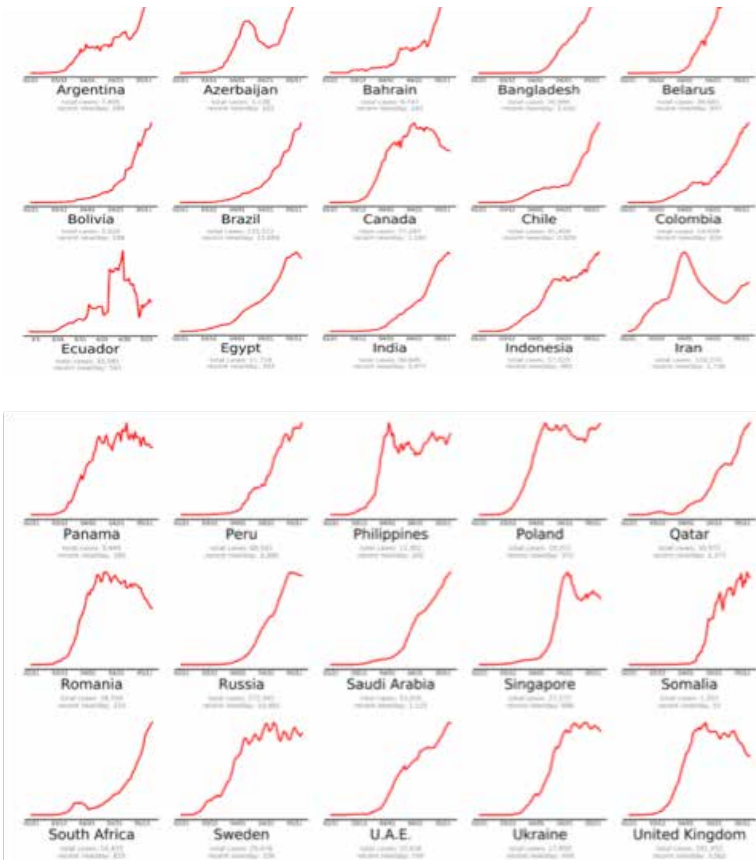
Desde aquella fecha, el Perú ha perdido la oportunidad de aplicar esta norma en el campo, que les da, obviamente, nuevos aportantes tanto a los fondos de pensiones como a la Seguridad Social y, al mismo tiempo, prepara al Perú para enfrentar un gran reto mundial: para el año 2025, el 80% de la población china será de clase media, mientras que, para el año 2030, toda la población del mundo será mayoritariamente de la misma clase. ¿Y qué hace la clase media? Cambia el patrón de consumo.

El Perú es uno de los 10 países con mayor biodiversidad en el mundo, seis de los cuales están en América Latina y tres son miembros de la Alianza del Pacífico: Colombia, México y Perú. Entonces, tenemos un sector rural que se convertirá en esa despensa. Y ese proceso de formalización productiva para el comercio exterior tiene un impacto en los servicios de salud, que pasarían de ser básicamente subsidiados a ser aportantes. ¿Y

qué hago con la diferencia, con ese dinero que no se va a gastar? Se destina a la educación. Por lo tanto, hay varios caminos que se pueden combinar para que esto sea más rápido y mejor.

3. En Canadá y en Inglaterra, que han sido los modelos de sistema único, los servicios de salud de las Fuerzas Armadas se mantienen siempre independientes. Y tiene sentido. Por ejemplo, ¿qué hace un cirujano de guerra o un médico aeroespacial en la seguridad social o en el Ministerio de Salud? Ellos tienen que estar donde se les necesite.
4. Para concluir, veamos el siguiente gráfico, obtenido del sitio web <https://www.endcoronavirus.org/>, donde se registra la evolución del COVID-19 en los países en tres categorías: bien, regular y no muy bien.

## Países que deben actuar



Tomado de: <https://www.endcoronavirus.org/countries>

Se aprecia a los países a los que les va mal, como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, México y Panamá. También figura Suecia, que tomó la decisión de hacer una “inmunidad de rebaño”, que significa contagiar al 60% u 80% de su población. Si en el Perú se procediera igual, y aplicáramos la tasa de letalidad del 2,8%, tendríamos entre 550 mil y 750 mil muertos. En una pandemia, la “inmunidad de rebaño” es una medida antiética.

Días atrás estuve, con 24 personas, en un *webinar* con médicos de Taiwán, quienes nos dijeron que la piedra angular del vencimiento de la pandemia no es realizar pruebas para detectar a los contagiados, sino hacer un seguimiento a través de los celulares. Y en América Latina, y en nuestro país, el seguimiento a través de los celulares es nulo.

El Perú, al igual que los demás países, ha puesto en práctica cinco medidas: pruebas, seguimiento, cuarentena, tratamientos y apoyo al personal de salud. Todos sabemos que no hemos sido perfectos en ello. Si queremos salir rápido, hay que corregir. A las compañías fabricantes de los softwares telefónicos debemos solicitarles el sistema de seguimiento, que es gratuito para quien lo pida.



Ahora veamos el siguiente gráfico:



Elaborado por Luis Solari y Mariano Solari (exalumno de la carrera de Relaciones Internacionales de la Universidad San Ignacio de Loyola).

Podemos observar el número de casos acumulados. La curva nos indica que no es el momento para suspender la cuarentena. También aparece el porcentaje de casos hospitalizados y el pico de contagiados en los mercados, pico que comienza el 19 de abril, a pesar de que en marzo se había advertido sobre la situación en esos lugares.

Sin embargo, este porcentaje viene decreciendo (línea naranja), y la curva significa que la salida de la cuarentena se encuentra cerca. Y si agregáramos el número de pacientes que son hospitalizados, veremos que un poco después, en el tiempo, dicha cifra irá acompañando a esta curva.

Este gráfico nos muestra que vamos bien. Hemos tenido ineficacias en algunos temas, pero no hay que desesperarse. Yo colaboro con el Gobierno, mediante la USIL, para mostrarles que estamos muy cerca, y he hecho un cálculo: cada unidad del porcentaje se reduce entre 2 y 6 días, y si aplicamos una media de 4, estaríamos saliendo de la cuarentena alrededor del 15 de junio, siempre y cuando mantengamos y corrijamos determinados aspectos.

Finalmente, les comento que me ha llegado una carta para que los ministros de Salud solicitemos la "Orden Hipólito Unanue" como reconocimiento a los fallecidos en el cumplimiento del deber. Creo que les corresponde, más bien, la "Orden al Mérito por Servicios Distinguidos", independientemente de si son médicos, enfermeras, auxiliares, barrenderos, oficiales, soldados o policías. Todas las personas que han perdido la vida por nosotros, y en servicio de la patria, merecen tal honor y recuerdo en la historia del Perú.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

JUAN CARLOS MATHEWS

Adjunto al Rector/Director General de la  
Escuela de Postgrado USIL

### RAÚL DIEZ CANSECO TERRY

#### CONCLUSIONES

- “No hay manera de tener una economía sana si no se tiene una buena salud” (Jeffrey Sachs).
- El Sistema Nacional de Salud ya se encontraba colapsado antes de la pandemia.
- Durante los últimos 25 años se mantuvo la continuidad de la política de salud, pero el aseguramiento de la salud fue de la mano con un apresuramiento de la descentralización, el abandono de hospitales y el poco desarrollo de capacidades institucionales.
- Los presupuestos inadecuados no han permitido implementar completamente la atención primaria de la salud.

- Durante el primer gobierno del presidente Belaunde se creó el Servicio Cívico Fluvial, que llevaba salud a los pueblos amazónicos.
- El Perú está haciendo grandes esfuerzos por estar en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Ahí hay 33 médicos por cada 10 000 habitantes. En el Perú, escasamente 12.8.
- Por unanimidad, los 130 congresistas aprobaron poner en emergencia el sector Salud.
- La pandemia ha digitalizado más al Perú (telemedicina).
- OMS: en los últimos años se redujo la mortandad infantil, pero principalmente porque se avanzó en el tema del agua potable.
- El presupuesto en salud es uno de los más bajos de América Latina.

#### RECOMENDACIONES

- Se requiere recuperar la rectoría del sistema de salud por parte del MINSA.
- Se debe integrar los tres sistemas de salud: MINSA, EsSalud y Fuerzas Armadas. Ese núcleo debe ser presidido por alguien no político.

- Es importante una integración internacional con los países de la Comunidad Andina (Colombia, Ecuador, Bolivia) e inclusive Chile.
- No debe haber más diagnósticos, sino un sistema de salud unificado.

## CARLOS VALLEJOS

### CONCLUSIONES

- En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, emocional y social.
- El COVID-19 ha evidenciado que nuestra población se encontraba lejos de ser una población saludable.
- Si hablamos de bienestar físico, el mundo no estaba preparado para un escenario pandémico. Socialmente, tampoco estábamos preparados para esta realidad.
- Hoy tenemos que hablar de malnutrición, no solo de desnutrición crónica, sino también de obesidad.
- El tema nutricional detona otro tipo de patologías, como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, haciendo más vulnerables a las personas.

- La globalización ha traído avances científicos que se han proyectado rápidamente a todo el mundo, pero también un patógeno con una alta tasa de contagio que avanza sumamente rápido.
- El manejo de las relaciones interpersonales y el aspecto emocional-personal representan un desafío en situaciones de confinamiento.
- La cuarentena nos ha obligado a ser pacientes. Debemos entender que en la naturaleza y en la salud no necesariamente existen respuestas inmediatas.

### RECOMENDACIONES

- Mientras no exista una vacuna viable, tendremos que replantear la definición de interacciones humanas saludables.
- Debemos evaluar las estrategias alimenticias.
- La educación médica debe ser reestructurada para un mejor manejo de situaciones de emergencia.
- Aprender la lección en el manejo humano de los pacientes: ser humildes y entender antes de actuar.
- La prudencia y la plausibilidad biológica deben acompañar el pensamiento médico y científico siempre.

- Debemos tener cuidado con las comparaciones entre Perú y Suecia. Se trata de realidades culturales diferentes. Nuestra cultura es de desconfianza.
- El sistema de salud tendrá que ser más eficiente, retornando al concepto de integralidad de la salud (físico, estructural, emocional, cultural, educacional, social).
- En una guerra como esta, todos debemos estar unidos. Se requiere humildad y cooperación.
- Se debe enfatizar la obligación del ente rector sobre el control de las licencias de funcionamiento de las universidades.
- Se requiere mucho énfasis para fomentar la medicina digital.

## **ALFREDO THORNE**

### **CONCLUSIONES**

- A fines del 2016, en la Comisión de Protección Social se planteó una propuesta que abordaba tres temas centrales: reforma de la salud, reforma del sistema de pensiones y creación de un seguro de desempleo. Fue liderada por Alejandro Arrieta, acompañado por un grupo de profesionales independientes.
- Antecedentes: el marco de aseguramiento universal de la salud (2009) y la reforma de la salud (2013).
- La crisis del COVID-19 pone en evidencia la necesidad de un sistema de salud.
- Los sistemas plenamente públicos no han sido exitosos porque los recursos son insuficientes.
- Los sistemas privados son muy costosos y desiguales.
- Todas las reformas se han iniciado en épocas de crisis.

### **RECOMENDACIONES**

- Se requiere un sistema resiliente.

- Universalización de la salud como derecho fundamental, donde primen la solidaridad, la integridad y la equidad, priorizando a la población más vulnerable.
- Establecimiento de la rectoría del MINSA (rol supervisor).
- Plan Esencial de Aseguramiento de Salud (PEAS), un nivel mínimo de atención médica para toda la población. Financiamiento vía impuestos.
- Sistema del Asegurado Único, o Fondo Único, como marco total para enfrentar los riesgos.
- El Fondo Único sería el comprador exclusivo de productos farmacéuticos, lo que implica menores precios y, por tanto, una ventaja para el asegurado.
- Integración de todas las redes del SIS, EsSalud y los proveedores privados.
- Implementar un sistema único de información integrada, con datos de todos los afiliados del sistema de salud.
- Regulación de proveedores privados para ofrecer planes de cobertura financiera complementaria y otros servicios médicos.
- Generación de competencia entre los hospitales que deriva en una mejor atención del afiliado.

- Contemplar el proceso de transición y los costos fiscales para asegurar una convergencia gradual hacia el nuevo sistema.
- Primera etapa: ampliación de la cobertura para llegar a los más desprotegidos.
- Segunda etapa: ampliación de la cobertura del PEAS a toda la población. Reducción de la contribución a EsSalud de 9% del salario a la mitad.
- Tercera etapa: ampliación del reconocimiento del gasto para el afiliado de EsSalud.
- Se requiere generar un ambiente en el que esta reforma le muestre al ciudadano de a pie y a todos que se trata de un cambio para bien.

## PATRICIA GARCÍA

### CONCLUSIONES

- El Perú reaccionó al COVID-19 en forma temprana, pero los resultados hasta el momento no son los deseables.
- Tenemos evidentes debilidades en nuestro Sistema de Atención Primaria de Salud.
- Solo se cuenta con un gran laboratorio para hacer pruebas moleculares: el Instituto Nacional de Salud.
- La pérdida de rectoría del Ministerio de Salud es una gran debilidad. El fraccionamiento complica todo.
- Otra debilidad es la incapacidad para responder desde el punto de vista de la biotecnología para la salud.
- La OMS ha publicado una Guía de Manejo Clínico para pacientes con COVID-19.

### RECOMENDACIONES

- Concordamos en la necesidad de una reforma y de orientarnos hacia un sistema integrado de salud en el que las personas estén en el centro de la atención.

- La reforma apunta a los servicios de salud, los recursos humanos y los temas de salud pública, que son los aspectos críticos.
- Corresponde una reingeniería de las redes de salud, fortaleciendo la atención primaria con clínicas familiares cerca de casa, médicos de cabecera con turnos de 12 horas, clínicas de urgencia y hospitales en red con clínicas las 24 horas para casos más complejos.
- Debe incluirse la biotecnología y la telemedicina con uso de biosensores.
- Deben reactivarse los convenios ya firmados con el Banco Mundial y el BID para apoyar esta reforma.
- El Ministerio de Salud debe asesorarse con grupos de expertos. Debe encararse el tema de la salud como sociedad.
- Es clave revisar la calidad de la formación de nuestros profesionales de la salud y hacer un seguimiento de la corrupción en todo el sistema de salud.

## LUIS SOLARI DE LA FUENTE

### CONCLUSIONES

- Ya se publicó la ley que le devuelve la rectoría al Ministerio de Salud después de 18 años.
- Actualmente, la salud subsidiada está arriba y la salud contributiva (EsSalud) está abajo.
- El Perú es uno de los 10 países con mayor biodiversidad en el mundo. El sector rural se convertirá en despensa.
- La formalización productiva para el comercio exterior impacta en los servicios de salud: pasan de ser básicamente subsidiados a ser aportantes.
- En países con modelos de sistema único, los servicios de salud de las Fuerzas Armadas se mantienen siempre independientes.
- En una pandemia, la “inmunidad de rebaño”, como la que aplicó Suecia, es una medida antiética.

### RECOMENDACIONES

- En 10 años podemos revertir la situación de la salud subsidiada y la salud contributiva.

- Considerar el gran reto: para el año 2025, el 80% de la población china será de clase media, mientras que, para el año 2030, toda la población del mundo será de la misma clase.
- El excedente que se genere a medida que los subsidiados se vayan convirtiendo en aportantes debería destinarse a la educación.
- Más que realizar pruebas para detectar a los contagiados, se puede efectuar un seguimiento a través de los celulares, como se hace en Taiwán.
- No es el momento para suspender la cuarentena.
- Se debería instaurar la “Orden al Mérito por Servicios Distinguidos” como reconocimiento a los fallecidos en el cumplimiento del deber.

