

DIEZ DESAFÍOS PARA EL PERÚ DEL BICENTENARIO

2021

1 SALUD



UNIVERSIDAD
SAN IGNACIO
DE LOYOLA

25
AÑOS

REFORMAS

de

la salud

Nº 1



UNIVERSIDAD
SAN IGNACIO
DE LOYOLA

25
Años

REFORMA DE LA SALUD

© Raúl Diez Canseco Terry

Primera edición, noviembre 2020

© De esta edición

Universidad San Ignacio de Loyola

Fondo Editorial

Calle Toulon 330, La Molina

Teléfono: 3171000, anexo 3705

Director: José Valdizán Ayala

Editora: Rosario Dávila Mestanza

Diseño y diagramación: Enrique Bachmann

Colaboradores: María Olivera, Claudia Rengifo, Livia Varas

Las fotografías fueron descargadas de Shutterstock

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°
2020-07619

Noviembre, 2020

Tiraje 150 ejemplares

Impresión

Publicaciones USIL

Av. Paul Poblet Lind s/n, Sub Lote B, Parcela 1,

Fundo Carolina, Pachacámac.

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

ÍNDICE

RAÚL DIEZ CANSECO TERRY RECTORÍA QUE TRASCIENDA LOS GOBIERNOS	10
RICARDO LOSNO GARCÍA	18
MANUEL VILLARÁN ITURRI GOBERNANZA, CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD	30
EDUARDO GOTUZZO HERENCIA MERITOCRACIA Y AUTONOMÍA INSTITUCIONAL	36
ALBERTO BARRENECHEA PASTOR DATA ACTUALIZADA E INVERSIÓN EFICIENTE	42
Reflexiones finales	46



El jueves 5 de noviembre la Universidad San Ignacio de Loyola realizó el foro digital “Reforma de la salud”, como parte de sus actividades por los 25 años de su creación.

En la reunión participaron los médicos Ricardo Losno García, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud en USIL; Manuel Villarán Iturri, gerente de proyectos médicos en AUNA; Eduardo Gotuzzo Herencia, profesor adjunto del Departamento Internacional de Salud de la Universidad Johns Hopkins; Alberto Barrenechea Pastor, gerente general en la consultora Decisión y director del diario digital Management Salud y Raúl Diez Canseco Terry, ex vicepresidente de la República y Fundador Presidente del Grupo Educativo USIL.

El encuentro sirvió para debatir y proponer soluciones dirigidas a la reformulación del sistema de salud pública, cuyas grandes falencias fueron puestas en evidencia debido a la crisis de la COVID-19.



RAÚL DIEZ CANSECO TERRY

Ex vicepresidente del Perú y Fundador
Presidentedel Grupo Educativo USIL

RECTORÍA QUE TRASCIENDA LOS GOBIERNOS

Con el presente encuentro iniciamos una serie de diez seminarios virtuales especializados, a los que hemos denominado “Los diez desafíos de desarrollo del Perú del Bicentenario”. Estos foros temáticos tendrán como invitados a representantes de la sociedad civil, colegios profesionales y organizaciones públicas y privadas, quienes debatirán y validarán lo que un grupo de destacados profesionales de diversas áreas —muchos de ellos de la USIL— consideran son los temas principales que el país necesita encarar y resolver.

Empezaremos atendiendo el rubro de la salud pública, y, en los foros sucesivos, nos enfocaremos en los temas de la educación, el crecimiento y la reactivación, la seguridad, la competitividad productiva, la infraestructura, la descentralización, el territorio y las ciudades, la anticorrupción y la ética y, finalmente, la digitalización del Estado.

Como representantes de la Academia, en el Grupo Educativo USIL nos entusiasma la idea contribuir en la construcción de una estrategia de desarrollo nacional, una herramienta que permita focalizar los principales puntos de la agenda nacional. Por supuesto, no es nuestra intención presentar una propuesta terminada, sino ofrecer el punto de

inicio para enriquecer el debate y avanzar hacia el consenso de lo que el país reclama y, por qué no, aspirar a que los planes resultantes se conviertan en política de Estado.

Hoy el país vive una crisis de salud sin precedentes que nos ha llevado a ser el país con el mayor número de infectados y muertos por la COVID-19 en el mundo. Esa es la dura realidad que ha develado esta pandemia inesperada. Como quedó en evidencia, nuestros centros hospitalarios no tuvieron, en muchos casos, ni siquiera provisión de oxígeno. Para contrarrestar esta situación se puso en marcha el programa Respira Perú, una iniciativa solidaria emprendida por la Conferencia Episcopal Peruana, la Sociedad Nacional de Industria y la USIL, que se propuso como misión dotar de oxígeno a los peruanos afectados gravemente por la pandemia.

La estructura sanitaria del Perú no responde a los niveles de crecimiento económico que el país ha mostrado en los últimos 30 años. El sistema de atención primaria de la salud fue prácticamente olvidado. La gente acude en primera instancia a un hospital, lo que genera que estos rebasen su capacidad de atención y se generen largas filas de espera innecesarias y dificultades para el abastecimiento de medicinas.

Un equipo multidisciplinario formado en la USIL, liderado por el doctor Ricardo Losno, ha analizado estos elementos para proponer acciones puntuales para resolver el problema. Una de las primeras conclusiones a las que llegamos fue que el enfoque de la salud que requiere el ciudadano debe

estar enmarcado en el principio de contar con una salud preventiva, educacional, nutricional y promotora de buenos hábitos de salud.

Prevenir antes que curar

Cuando ponemos la mirada en la atención primaria de la salud, vemos que, al hablar de medicina, el enfoque se dirige hacia el aspecto reparativo. Es decir, acudimos al médico cuando ya estamos enfermos. No tenemos la costumbre de mantener un estado saludable. Esto implica llevar una buena alimentación, sin excesos o malos hábitos, y vivir sanamente equilibrando los aspectos físico, mental y espiritual. Desde este punto de vista, el primer cambio que planteamos es tener una educación para la salud. Una educación que le enseñe al ciudadano lo que es la buena nutrición y las características de los alimentos, incentivando el cultivo de los buenos hábitos de salud y, a la vez, teniendo un amplio acceso a la atención primaria de la salud.

El Perú cuenta con 2 096 centros de salud. ¿Por qué no transformamos a todos los que están en las 32 ciudades, con más de 200 mil habitantes, en policlínicos? La atención primaria de la salud debe ser la base de una nueva política de salud en el país. Esta representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y acerca el servicio al lugar donde residen y trabajan las personas. De ahí que la atención primaria de salud sea el núcleo del sistema de salud y parte integral del desarrollo socioeconómico de la comunidad. ¿Qué necesitamos para gestionar con éxito la atención primaria

de salud? La respuesta es que necesitamos recursos humanos calificados, presupuesto, infraestructura, tecnología de punta, equipos médicos, medicamentos e insumos médicos, redes integradas, entre otros.

Se requiere, además, repotenciar la atención especializada de la salud. La meta es lograr que cada región tenga al menos un hospital de nivel II de atención, y cada macroregión un hospital nivel III, todos dotados de telemedicina y educación médica continua virtual.

Fortalecer la rectoría del sistema de salud

Otra de las conclusiones a las que hemos llegado con nuestro grupo de trabajo, y que ponemos a consideración de los especialistas para el debate, fue que con casi 70 años de institucionalidad, el sistema de salud peruano no ha podido solucionar los apremiantes problemas de salud del país. Actualmente, se calcula que un cuarto de la población peruana está excluida de la posibilidad de acceder a los servicios de salud. Lo que tenemos es una fragmentación del sistema de salud en 4 subsectores:

- 1) El Ministerio de Salud.
- 2) El Ministerio de Trabajo con EsSalud.
- 3) El Ministerio de Defensa, con las sanidades del Ejército, la Marina de Guerra y la Fuerza Aérea.
- 4) El Ministerio del Interior, con la sanidad de las Fuerzas Policiales.

Esta fragmentación causa duplicación de inversiones, conflictos normativos, rectorías paralelas e ineficiencia en el gasto, en un país donde el gasto público en salud está muy por debajo del promedio de la región. En este sentido, planteamos reformular la rectoría del Ministerio de Salud.

En los últimos 30 años, el concepto de gobernanza viene cobrando vigencia en la gestión de políticas públicas en un entorno de cambios, de descentralización, de delegación de responsabilidades públicas a espacios regionales, locales y hasta privados. En el ejercicio de gobernar, el Ministerio de Salud debe buscar nuevas formas de gestión gubernamental, pero no puede ni debe abdicar de sus responsabilidades de rectoría. Un proyecto de transformación del sistema de salud trasciende los gobiernos y su duración de cinco años, y, además, involucra a múltiples agentes.

Las ponencias del presente foro sin duda enriquecerán nuestros planteamientos, y esto ayudará a nuestras autoridades a tomar mejores decisiones. No podemos quedarnos como estamos: con un sistema de salud desarticulado, con hospitales sin oxígeno, con enfermedades crónicas que muchas veces pueden prevenirse, ni con médicos y personal de salud insuficiente. El tema de la salud es apremiante.

Bienvenidos a este primer debate de la reforma de salud, uno de los grandes desafíos que enfrenta nuestro país y que debe transformarse en una política del Bicentenario para tener un sistema que responda a las exigencias de la población peruana, donde la salud no sea un privilegio, sino un elemento que, obligatoriamente, sea convertido en una política de Estado por el Gobierno.

2021

PROPUESTAS DE REFORMAS EN EL SECTOR SALUD

Integrantes del equipo de trabajo: Ricardo Losno, María Mercedes Saravia, Mónica Saavedra, Alberto Barrenechea, Carlos Vallejos, Manuel Villarán, Federico Martínez, Joan Olivera y Tomas Poveda.



RICARDO LOSNO GARCÍA

Decano de la Facultad de Ciencias
de la Salud de la Universidad San
Ignacio de Loyola

1. Recomposición del acceso al sistema de salud

Si representamos los requerimientos poblacionales de salud en forma de una pirámide, la base de esta pirámide representa la mayoría de los requerimientos poblacionales de salud de complejidad baja.

A medida que subimos por la pirámide hacia capas de patologías más complejas, la demanda de estas patologías de mayor complejidad es menor pero los recursos necesarios para su tratamiento son más exigentes.

Esta pirámide de demanda debe responderse con una pirámide inversa de oferta de recursos, algo que no está sucediendo actualmente. La respuesta adecuada se logra a través de la atención primaria de salud, la cual creemos debería tener otro enfoque.



La salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. El enfoque a la salud va más allá de la enfermedad y eso debe hacerse desde la atención primaria de la salud (APS), que toma en cuenta a la población y el territorio, en contraste con la atención especializada en salud (AES), que se enfoca en la demanda por enfermedad.

de salud, es decir, no tienen por qué quedarse con el paciente, aún en casos crónicos estables (como pacientes con diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal leve a moderada) que son perfectamente manejables por la atención primaria.



Se pueden generar una serie de políticas estructuradas y enlazadas como, por ejemplo, algunas referidas al copago. Así, si alguien ingresa al sistema de salud vía la atención primaria (sin referencia), no debería haber copago, pero, si se va directamente al hospital o a urgencias, debe manejarse un copago referencial.



2. Reingeniería en la inversión de salud

Debemos usar la inversión para redistribuir nuestro recurso humano, el cual es muy bueno pero escaso, y los profesionales que tenemos se centran en las grandes ciudades, en Lima y alrededores. En el corto plazo, se necesitan políticas de incentivos económicos para que los profesionales se desplacen, aunque sea temporalmente, para que exista una rotación a nivel de provincias. Los incentivos deben darse lejos de las grandes ciudades, en zonas que deben ser apoyadas con el uso de la telemedicina y de un sistema de traslado de personas.

A mediano plazo se pueden ejecutar cambios contractuales para que exista la itinerancia, rotación, temporalidad, así como entrenamiento en la gestión clínica local, dado que los recursos clínicos locales son calificados pero han sido olvidados. Asimismo, es posible estructurar una política de salario no monetario, brindando seguridad y comodidad, fomentando el sentido de pertenencia, eso se logra con una escala profesional muy estructurada.

A largo plazo tenemos que discutir el ordenamiento de las especialidades, equilibrando la oferta de las universidades, la demanda de quienes quieren estudiar las carreras vinculadas a la salud y la situación del mercado. Asimismo, se debe establecer una línea de carrera definida.

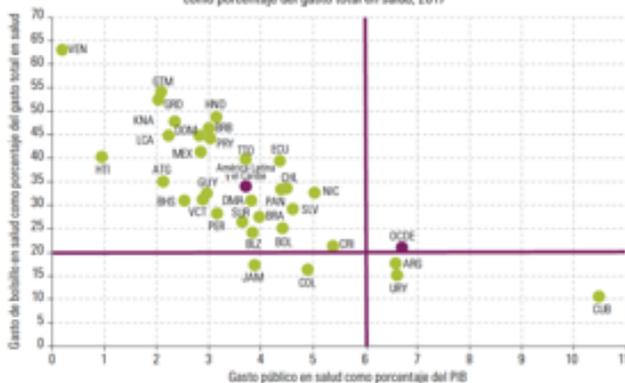
La inversión en infraestructura debe cambiar, y es viable generar casos de éxito. Para la atención primaria en salud se pueden gestionar proyectos a través de organismos

multilaterales de cooperación técnica, como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial.

Y en cuanto a la atención especializada en salud, las obras no pueden quedar inconclusas. La infraestructura para ambos niveles debe tener características comunes como contar con un modelo funcional con arquitectura amigable, construcciones trabajadas con tecnología BIM (Building Information Modeling), dotadas con tecnología de vanguardia y condiciones que las hagan amigables con el entorno. Asimismo, la infraestructura debe poder ser replicable a nivel nacional.

El Estado debe fomentar la infraestructura en ambos niveles, la interrogante principal esta en quién o quienes deben hacerse cargo de la operación de la prestación. En la APS la operación puede ser financiada por el Estado y la AES debe ser sostenida por fondos mancomunados, es decir, por los sistemas de aseguramiento.

Gráfico 7 | Gasto público en salud, gasto de bolsillo en salud y gasto público en el primer nivel de atención
 A. América Latina y el Caribe (33 países) y Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE):
 gasto público en salud como porcentaje del PIB y gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud, 2017



En el Perú hay poco ingreso per cápita y un gasto de bolsillo muy alto. La enfermedad que se solventa con pagos de bolsillo, produce descapitalización de quien costea la enfermedad, por ello se debería favorecer el aseguramiento.

Nuestro sistema de salud pública, como estructura, tiene varios recursos, como el seguro EsSalud para la población formalmente empleada (menos del 30%), los servicios de las fuerzas armadas y policiales, las EPS, los seguros privados, la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) y la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PLAS), entre otros, sin embargo, a pesar de este listado, los usuarios reciben poco.

Dimensiones a considerar en la cobertura

Con los seguros se diluye el riesgo de todos los actores que los implican. Se debe tener en cuenta que las enfermedades tienen una frecuencia y magnitud que implica un costo. Una enfermedad poco frecuente, pero costosa, impacta igual que una enfermedad frecuente de bajo costo.

Tres dimensiones a considerar en la cobertura



Manuel Castillo Rey, Sistemas Sanitarios. Las reformas pendientes. Instituto Internacional San Telmo, 2019

Los seguros tienen una población, es necesario saber quiénes y cuántos son los asegurados para poder calcular la prima por persona, y esto no está claro. Se debe contemplar los servicios que están cubiertos, y si hay copago o no. Los seguros privados tienen un copago, ESSALUD también tiene copago, porque hacer largas colas para ser atendidos o esperar meses por una prótesis, constituye, incluso, un copago más costoso.

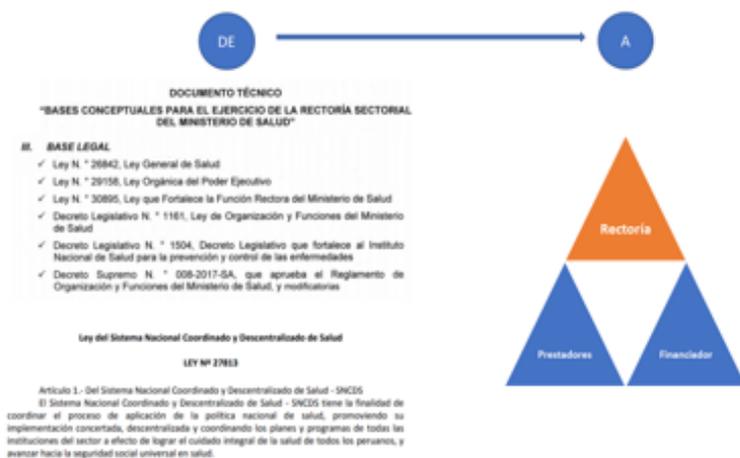
Desafíos del aseguramiento

Se tiene una ley que no se activa, no se sabe a quién asegurar, no existe un registro del aseguramiento universal, la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT) cobra por EsSalud pero las entidades estatales (gobiernos regionales y municipalidades) son las primeras que están en falta. Se debe priorizar el gasto del Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS) y definir costos de los seguros. Asimismo, no tiene sentido que exista un Seguro Integral de Salud (SIS) semicontributivo al lado del subvencionado, porque finalmente todos migraran al subvencionado. El SIS subvencionado debe ser solo como parte de programas sociales del Estado para población vulnerable o en exclusión social. Finalmente, se debe discutir la obligatoriedad de un seguro.

Un desafío aparte es el intercambio prestacional, para alcanzar este objetivo se debe iniciar el proceso del registro único de la persona asegurada, transparencia en los costos por parte de las entidades prestadoras y un pago a tiempo a los prestadores de salud, es decir, que se dé antes de que la entidad deba pagar a los proveedores, porque, sino, esta se descapitaliza.

3. Rediseño de los roles y funciones del sistema de salud peruano.

La rectoría debe estar en el ministerio, pero no lo está. Se han desarrollado muchas leyes, pero seguimos igual. La rectoría debe estar a la cabeza de los agentes del sistema de salud.



Complejo Legal

Gobernanza



La propuesta es ir desde un complejo legal hacia la gobernanza. El ministro (director) debería trabajar con un directorio que no obedezca a cambios políticos. El directorio debería ser nombrado por ternas aceptadas por el Congreso,

y los cargos se ocuparían por cinco o seis años, es decir, el tiempo en el cargo no debe coincidir con el tiempo de función del ministro, ello equilibraría el sistema.

El directorio contaría con representación del gobierno central y regional, así como del gremio de los financiadores, los prestadores, la Academia, el Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Colegio Médico y de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) como ente regulador. Este último tiene la gran responsabilidad de centrarse en la calidad del servicio de salud, pero su función se ha desvirtuado y hoy es visto como una entidad fiscalizadora enfocado en colocar multas, y ello no genera valor agregado. La SUSALUD, entonces, vigilaría la calidad no en base a apreciaciones, sino con indicadores y cifras.

Separación de los roles

Hasta ahora no están claros los roles de la rectoría, los prestadores y los financiadores. Los financiadores hoy son prestadores y dan normas, es decir, existe una mezcla de funciones. Como estrategia de crecimiento, la separación de roles fomenta la competitividad, impulsa la transparencia y favorece al usuario.

En cuanto a la relación entre el ente político y el ente operador, esta no debe ser vertical sino de respeto mutuo. Esta debe ser manejada por indicadores, por bases sentadas, concursos definidos o contratos con el sector público privado.

Por otra parte, proponemos que los hospitales sean manejados como empresas, pero no con fines de lucro, sino para que se cumplan los objetivos, se vean claramente los costos y la eficiencia.

4. Pandemia y transición epidemiológica

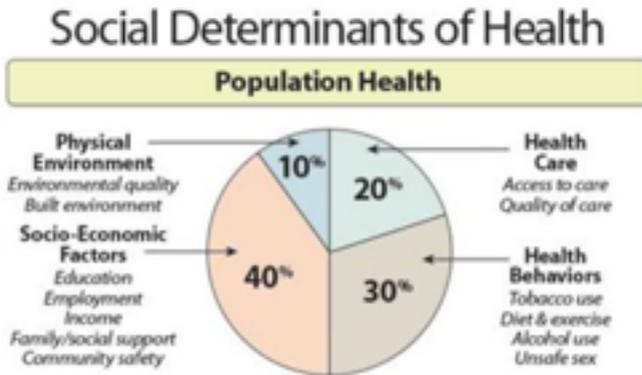
La crisis de la COVID-19 ha desnudado las ineficiencias de la humanidad entera. Las cifras de casos de la enfermedad han tenido un ligero repunte en los últimos días, pero existe un subregistro. Hay un bajo número de muestras en comparación con los índices de la región y ha habido una mezcla de resultados entre las pruebas moleculares y las pruebas rápidas. Es crucial, entonces, contar con data exacta.

La propuesta es tener, en paralelo, una estrategia de contención (pruebas moleculares, aislamiento, rastreo de contactos con tecnología de telefonía móvil) y otra de mitigación (uso de mascarilla, distanciamiento físico, favorecer espacios abiertos, actividades de concientización) para ir hacia una convivencia con el virus.

En cuanto al desafío que representan las enfermedades, están aquellas que son emergentes, las reemergentes, como el sorprendente caso de la reaparición de la difteria, que refleja el deterioro de nuestro sistema, así como las enfermedades no transmisibles (diabetes, sobrepeso, hipertensión arterial, obesidad, entre otras).

5. La salud no solo le compete al ejercicio del Ministerio de Salud

El ministerio solo puede abordar el 20% del cuidado de la salud, el resto está en otras manos. La salud no solo es pertinente al Ministerio de Salud, porque también se relaciona con la economía, la educación, la nutrición, los programas sociales y la transformación digital. Una persona saludable es mucho más productiva, asimismo, la buena salud mejora la economía y, viceversa, una buena economía incide en una mejor salud.



Source: Authors' analysis and adaption from the University of Wisconsin Population Health Institute's County Health Rankings model ©2010, <http://www.countyhealthrankings.org/about-project/background>

6. Salud y transformación digital

La tecnología debe democratizar y abaratar los costos en el sector de la salud, y hacer que los recursos sean utilizados con mayor eficiencia. Se debe contar con un registro médico electrónico, formatos intercambiables, georreferencia de patologías y de vulnerabilidad, blockchain de salud (trazabilidad de salud y de salud alimentaria), big data para definir perfiles de necesidades y coberturas, así como con la optimización de recursos.

Albert Einstein dijo que la crisis es la mayor bendición que le puede suceder a las personas y a los países, porque esta conduce al progreso. Da tristeza ver el dolor que está causando la COVID-19 pero es una pena mayor no usar esta crisis para proponer un cambio. De la crisis nacen la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias.







MANUEL VILLARÁN ITURRI

Gerente de proyectos médicos en
AUNA

GOBERNANZA, CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD

Muchas veces se hace la pregunta: ¿cómo podría el sector privado apoyar la universalización de la salud y la transformación que esta necesita? Y considero que la interrogante está mal planteada porque, bajo las condiciones actuales, es muy difícil que esto suceda.

Existe una necesidad de replantear el concepto de la salud en diferentes ámbitos. Desde el frente privado, más allá de la industria farmacéutica o de la educación privada en salud, podemos hablar de los pagadores y de los proveedores. En ambos casos, la situación desencadenada por la COVID-19 ha puesto bajo una lupa las oportunidades que tenemos para seguir creciendo.

Desde el lado del pagador no hay una cultura de aseguramiento, que es algo que se tiene que ir trabajando a través de la educación. Debe existir algún tipo de seguro para la población general. Las últimas cifras muestran que menos del 1% de la población tiene acceso a un seguro privado, y esto sucede debido a un tema cultural, por un lado, y por un tema económico, por otro. No ha habido modelos que sean suficientemente competitivos, salvo algunas excepciones, así, se presenta el desafío de penetrar más en la población. Inclusive aquellas personas que contaban con un aseguramiento no han recibido un manejo adecuado de los servicios contratados frente a la COVID-19, y esto sucedió porque desde el frente de la

infraestructura y la logística nadie estaba preparado para esta pandemia. Asimismo, el virus nos ha permitido tangibilizar los déficits que existían desde antes de este escenario.

Considero que son tres esferas las que se deben tener presentes en la reestructuración y transformación de la salud, las cuales deben coexistir: la gobernanza, la calidad y la sostenibilidad.

Coincido en que existe la necesidad de crear un directorio de rectoría. Este ente supraministerial permitiría la gestión de la salud con una visión a largo plazo, generando un impacto directo en las tres esferas mencionadas. Y esto sucedería, sobre todo, si este directorio tiene una capacidad de articulación ágil con otros ámbitos, como el sector privado, la Academia, el fundamento científico que rige el acto médico, entre otros.

Cómo no darnos cuenta, por ejemplo, de que la calidad del agua y del saneamiento son fundamentales para hablar de salud, y estos no son competencia del Ministerio de Salud. ¿Cómo podemos hablar de accesibilidad a los centros de salud sin involucrar a otros sectores?

Hablando de la gobernanza y del equilibrio en las responsabilidades de los gobernantes, la sociedad civil y el mercado, la existencia de esta entidad, en la cual también participa el sector privado, permitiría que haya transparencia con respecto a los márgenes justos y responsables que el sector privado va a tener. En muchos escenarios, a veces justificadamente y a veces no, existe la percepción de que los márgenes han sido desmedidos.

Contar con una entidad que permita poner los temas sobre la mesa y conversar de forma transparente sobre un lucro responsable sería de mucha ayuda.

En cuanto a la calidad, entendiendo que la suma de esfuerzos multiplica los resultados, la participación del sector privado en la evaluación de nuevas tecnologías podría sumar mucho a los procesos existentes. En AUNA desarrollamos una iniciativa que se llamó Galeno, enfocada en asegurar la calidad de nuestros proveedores y de los fármacos que dispensamos. Esto llevó a un cambio cultural, tanto en los médicos como en las personas que recibían nuestros medicamentos.

Finalmente, la sostenibilidad puede ser un concepto que normalmente se asocia a la empresa privada, sin embargo, esta también se aplica a los procesos del Estado. El economista Michael Porter, refiriéndose a la salud, dice que, en última instancia, la atención médica falla en la prueba más básica: no está organizada en torno a las necesidades del paciente. Él sostiene que la responsabilidad social tiene que estar en el centro de las actividades, es decir, que se tiene que poner a la persona (paciente o no paciente) en el centro de las funciones relacionadas a la salud. El carácter multidisciplinario del directorio tendría una gran capacidad de poner el foco donde estar: en los pacientes.

De otro lado, a veces quienes gestionan la salud pierden de vista que, si el espíritu de lo que se hace es el paciente, el corazón es el médico y la columna vertebral son las enfermeras y el personal asistencial. Se necesita reconocer la importancia de este cliente interno con respecto a los servicios de salud. Se debe cuidar y proteger al personal de salud para que este pueda, igualmente, cuidar a quienes están en situación de vulnerabilidad, o a quienes están saludables y no se quiere que se enfermen.

Valorar la prevención de la salud

En 1978, en la Declaración de Alma Ata (conferencia internacional sobre atención primaria de salud) se estableció el concepto llamado *primary health care*, que significa “cuidado primario de la salud”, sin embargo, hoy usamos el término “atención primaria de la salud”, en lugar del vocablo inicial definido en la cumbre.

El significado del término “atención” implica que el servicio se busca cuando la enfermedad ya ha afectado la salud. Es decir, no se parte del principio del cuidado previo de una persona, antes de que se convierta en paciente. Por otro lado, muchos decodifican la palabra “primaria” como algo que es sencillo o fácil. Sin embargo, el cuidado de una persona, con el fin de que se mantenga sana y no se enferme, es complicado. De ahí que, a lo largo de la historia, se haya perdido en gran medida el peso fundamental que tiene el cuidado y la labor de los médicos, que son responsables de esta función. Es pertinente, entonces, volver a la acepción inicial de lo que significa el cuidado, porque este disminuye el riesgo de aparición de pacientes.

Centros muy bien organizados y sin alta complejidad permiten dar una atención importante y eliminar la turgurización en varios niveles de la atención nacional. En Colombia, por ejemplo, el seguro social no incluye hospitales sino que mantiene acuerdos muy bien diseñados con el sector privado, que permiten la atención médica en clínicas particulares, la cual es costeadada por el seguro social. Contar con instituciones privadas capaces de desarrollar este tipo de escenarios de complejidad sería fundamental no solo para la optimización de los recursos de la empresa privada, sino para la salud del Perú, porque estas dinámicas que incluyen al

Estado agilizan el manejo de los pacientes y descongestionan los centros de atención sobrecargados de actividad.

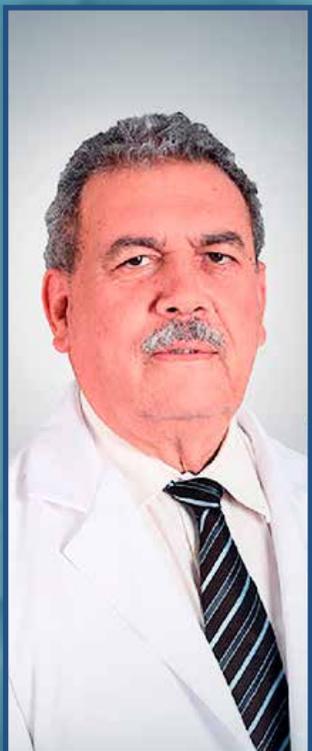
Por último, es muy importante que haya un organismo en cuya mesa se puedan sentar a dialogar el sector privado junto a las otras áreas relacionadas a la salud, porque existen prejuicios y desconfianza, por ejemplo, en cuanto al Estado como pagador y al sector privado como prestador. Un ambiente en donde todos los actores puedan conversar en pos del bien de la salud en el Perú eliminará los recelos al permitir comunicar con transparencia lo que se necesita, evaluándose la responsabilidad de cada uno de actores del sector.

Intervención

¿Si el Estado fuera eficiente, habría lugar para la adecuada práctica privada en el Perú?

Siempre habrá espacio para una colaboración entre el sector público y el sector privado, porque ambos tienen perfiles diferentes que muchas veces son complementarios. Hay medicaciones de alto costo y tratamientos de alta complejidad que el Estado no está en capacidad de cubrir y ahí aparece la oportunidad de crear una dinámica saludable entre el sector privado y el público, considerando que el objetivo siempre será velar por la salud de las personas.

Si hubiese un mejor escenario de salud nacional, el espacio para el sector privado sería menor, sin embargo, este no desaparecería. Así lo vemos en países que tienen muy buenos sistemas de salud pública, en donde el sector privado mantiene un espacio y sirve para complementar los servicios, brindar apoyo o, incluso, para incentivar la investigación.



EDUARDO GOTUZZO HERENCIA

Profesor adjunto del Departamento
Internacional de Salud de la
Universidad Johns Hopkins

MERITOCRACIA Y AUTONOMIA INSTITUCIONAL

Existen medidas indispensables para emprender la reforma de la salud. En principio, coincido con la idea de crear una estructura administrativa moderna en el Ministerio de Salud. Actualmente, esta entidad presenta una total desintegración no solo a nivel de la operación que maneja en todo el país, sino en su fuero interno.

Un segundo aspecto es que existe un compromiso controlador y no hay una filosofía proactiva en el aparato responsable de regir la salud nacional. El rol se ha centrado en establecer mecanismos de fiscalización y esto no ha dado resultados porque ha hecho falta transparencia. Sin esta última, los procesos no se establecen con claridad y se vuelven ineficaces, fáciles de corromper y, así no se pueden cumplir los objetivos.

La estructura administrativa actual también presenta el obstáculo de manejar una filosofía estatista, así, quien está fuera de la estructura es visto como enemigo y no hay espacio para la discusión abierta, existe una cierta tendencia a la enemistad y no se entiende el proceso de integración.

Es fundamental solucionar esta situación para dar lugar a la transformación.

Roles definidos y solidez del ente rector

De otro lado, la regionalización ha generado un impacto muy negativo en el sector Salud, porque ahora el ministerio no maneja los presupuestos regionales, pero tampoco ejerce control en las regiones. En consecuencia, no hay eficiencia en el control porque no se han establecido claramente los roles. Si bien las regiones cuentan con un presupuesto, el rol rector es quien debe dar las normas que tienen que ser cumplidas por todos. Si los objetivos son A, B o C, cada actor debe funcionar dirigiendo su actividad hacia dichos objetivos, y hoy eso no sucede porque cada quien va por su lado. Cada actor expone sus argumentos y no se define una política nacional, y allí es donde el rol rector del Ministerio de Salud es crucial para crear un nuevo panorama.

Otro punto vital es que haya meritocracia, es decir, que las posiciones sean ganadas a partir de los esfuerzos desplegados, esta característica debe ser una prioridad. Cada nuevo gobierno llega con su grupo de confianza y, conforme cambian los gabinetes ministeriales, cambian los manejos en el sector, es decir, no existe una política o estructura que permita la estabilidad en la gestión. Necesita haber meritocracia y no se debe depender de los políticos de turno. No es eficiente, por ejemplo, que un funcionario que está realizando una buena labor sea remplazado por otro tan solo por tener cercanía con el gobierno vigente. Se necesita desterrar esta costumbre totalmente.

A través de los años el Colegio Médico del Perú ha exigido que exista la meritocracia, y esta no se ha formalizado aún en todos los niveles del sector. Sin meritocracia no se puede contar con una estructura sólida que garantice funcionamiento eficiente del sector.

Contar con un plan de trabajo, que sea independiente a los gobiernos, es la única manera para conseguir el desarrollo del servicio de la salud. También es importante que el Estado genere alianzas con el sector privado dejando de lado el prejuicio de verlo como enemigo, esto no puede predominar en pleno siglo XXI. Hoy vemos que los países del mundo, hasta los gobiernos de filosofía más estatista, mantienen alianzas estratégicas transparentes y productivas con el sector privado.

Trabajo en equipo

La filosofía a nivel internacional se ha centrado en el gran nivel de los súper hospitales, pero se ha desatendido la atención primaria de la salud. Esto se revela en que, llegada la pandemia, la capacidad de atención de los hospitales de tercer nivel en diversos países se haya desbordado.

Una buena gestión implica que, por ejemplo, ante una emergencia como la epidemia del cólera, los municipios, el Ministerio de Salud y las autoridades pertinentes se unan a las organizaciones populares para manejar la enfermedad a todo nivel. En este sentido, es también relevante que los profesionales, desde el nivel primario hasta el cirujano más experto, se hagan cargo de capacitarse y actualizar sus conocimientos de manera constante, y el Estado debe

contribuir al respecto. Aquí cabe la labor de las universidades y los institutos, con los cuales el Estado debe establecer alianzas, a través del Ministerio de Salud, a fin de designar a las instituciones educativas que serán responsables de la capacitación requerida.

El enfoque en desarrollar los niveles de atención primaria es fundamental para mejorar y reducir los costos. Por ejemplo, suele pasar que, cuando un paciente va a un hospital terciario, obtiene una cita para ser atendido en un mes; luego, en la cita, el médico le pide hacerse análisis clínicos diversos y regresar con los resultados a los pocos días, pero el sistema programa la segunda cita dentro de 3 meses, cuando lo que el médico necesita es revisar los resultados cuanto antes para tomar una decisión que beneficie la salud de su paciente. Esto hace que en los hospitales terciarios se pierda calidad y calidez en la atención, porque a la administración le preocupan más las estadísticas, que son importantes, pero no lo son todo. Considero que es una satisfacción muy grande para las personas poder contar con centros de salud cercanos a sus vecindarios, donde los médicos y personal asistencial tienen una relación más íntima con sus pacientes, y donde estos conocen la dedicación y el esfuerzo que se hace por cuidarlos.

Promover la investigación

Las universidades son fuente de conocimiento, humanismo y ciencia. Desde este punto de vista, es vital propiciar las labores de investigación de manera frontal. Hace muchos años, en un congreso médico realizado en Corea, llamó mi atención ver cómo el evento contaba con el patrocinio

de empresas grandes que no estaban vinculadas al sector salud. Resulta que, en ese país, existe un gran apoyo a las actividades que promueven la investigación porque el Estado reconoce a esta como una inversión para mejorar el conocimiento, por lo tanto, las empresas patrocinadoras, al participar en estos eventos, descargan sus impuestos. En este país los primeros interesados en apoyar la investigación son las propias empresas y el Estado, porque esta abarata los costos y mejora la calidad y expectativa de vida.

Las universidades son fábricas de procesos, que luego el Estado puede aplicar a gran escala en el país. El Estado debe apoyar formalmente a las universidades y anteponerles requisitos mínimos para desarrollar sus iniciativas. Estas entidades educativas son creativas, innovadoras y generan conocimiento, por ello deben contar con espacio para poder contribuir.

Las universidades favorecen el rol del Estado. Desde esta perspectiva, la reforma de salud significa que las universidades las fortalezcas del sistema de salud desde sus facultades de Enfermería, Medicina, entre otras. El manejo de la salud puede ser visto desde varios ámbitos, como la educación, y cada sector puede contribuir a que este cada vez sea más sólido y eficiente.

Finalmente, en efecto, el Ministerio de Salud debe establecer un sistema multisectorial y efectuar un rol rector que genere resultados. Debe haber una participación extensa y múltiple, de tal manera que la población se sienta beneficiada.

Revalorar la primera línea de atención

La investigación sobre atención primaria de la salud es pobre. Por ejemplo, cuando se discute acerca del uso de productos antimicrobianos, que es uno de los ocho problemas grandes de salud pública en el mundo, podemos ver que el 80% de estos se prescriben en el nivel primario de la salud. No nos damos cuenta de la enorme dimensión e importancia de este nivel de atención. Cuando alguien acude al médico debido a un dolor de cabeza, no se realizan exámenes médicos sofisticados de inmediato, sino que cabe la posibilidad de que la persona sea evaluada de forma preventiva en el primer nivel de atención médica para discutir con su médico cómo prevenir ciertas condiciones.

En el Perú, sorprendentemente, no se tienen mamógrafos en los hospitales, siendo el cáncer de mama la segunda causa de muerte entre las mujeres peruanas. Asimismo, es ellas se les cobra por un examen básico como el test Papanicolaou, para lo cual deben atravesar el engorroso proceso obtener una cita. No se han establecido prioridades. Se gasta mucho dinero en drogas para combatir el cáncer, que es una medida necesaria, pero no se ha pensado en que las mujeres puedan acceder fácilmente, cada año, a exámenes simples que son sumamente relevantes para prevenir enfermedades de gran incidencia. Estas son posibilidades que no representan grandes costos, si se toma en cuenta el resultado final. Se gastan grandes cantidades de dinero en casos de cáncer avanzado, cuando con diagnósticos tempranos se podría evitar que estos se presenten.

No somos conscientes del gran valor que tiene la atención primaria de la salud y es crucial prestar atención a la calidad que esta debe ofrecer. Se deben medir los objetivos en base a la información recogida por las investigaciones, para establecer medidas inteligentes y eficaces que resuelvan cada necesidad. Ofrecer un sistema de salud a nivel primario es posible y los beneficios obtenidos sobrepasan cualquier inversión.

Intervención

¿Cuál es el impacto del concepto de epidemiología y transición sobre el sistema de salud?

Es muy importante disponer y manejar la información epidemiológica surgida a través del tiempo. Algo que sucede es que los especialistas en epidemiología realizan actividades y recogen información, pero no la ponen en discusión. Cuando finalmente informan, ya es demasiado tarde y lo compartido pierde vigencia. La epidemiología es un proceso indispensable para entender los procesos que atraviesan las enfermedades, a través de ella se puede saber en qué momento es el inicio o el fin de una pandemia. Pero los datos deben servir para generar una respuesta rápida y útil ante la amenaza y planificar las acciones sucesivas.



ALBERTO BARRENECHEA PASTOR

Gerente general en la consultora Decisión
y director del diario digital Management
Salud.

DATA ACTUALIZADA E INVERSIÓN EFICIENTE

La pandemia ha sensibilizado a los gobiernos del mundo con respecto a la importancia de la salud y su impacto directo sobre la economía de los hogares y los países. Diversos informes del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Mundial de la Salud anunciaban años atrás la posible llegada de una pandemia, algo que hoy es una realidad. Y los estimados económicos quedaron muy cortos porque nadie imaginó el impacto que se iba a producir.

Algo positivo es que, estando próximos a un proceso electoral, el nuevo Gobierno, necesariamente, tiene que darle prioridad al tema de la salud. Y queda claro que esta debe ser vista como inversión y no como gasto.

Invertir en salud significa incrementar la productividad de las personas y elevar la economía de los hogares. También significa invertir en atención privada de la salud y generar trabajo, compras, impuestos y, por ende, el incremento del producto bruto interno (PBI). Es decir, la salud es una inversión que genera resultados concretos y sostenibilidad en la economía nacional.

El Perú es uno de los países latinoamericanos con el menor ingreso *per cápita* por habitante. Si comparamos al país con

las naciones que integran la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), a la cual se aspira ingresar, estamos muy alejados de la media *per cápita* de dicho grupo, y esto no debe continuar.

Déficit de recursos

Cuando se anunció la llegada de la pandemia a Latinoamérica, evidentemente, las agencias internacionales pronosticaron que la situación en el Perú sería nefasta. La información sobre las condiciones del sistema de salud peruano se conoce a través de las estadísticas internacionales compartidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por ello, los resultados obtenidos no generan sorpresa. Estos reflejan la falta de visión de los distintos gobiernos que han dirigido al país, los cuales han visto a la salud como un gasto, una carga social o un subsidio.

Entonces, ¿en qué se debe invertir? En cuanto a una reforma en la salud, tanto el Ministerio como los partidos políticos que están en campaña electoral mencionan constantemente la necesidad de establecer redes integradas, acciones de prevención, gestión clínica, telemedicina, historia clínica electrónica, etc. Se dice mucho, pero para que todo ello se abra paso, antes se requiere que el primer nivel de atención tenga personalidad jurídica, un presupuesto asignado y un mínimo de sistema de información. Si la puerta de entrada al sistema de salud pública no es autónoma en su gestión y no cumple con estas condiciones, las iniciativas de reforma quedan como buenas intenciones porque no

vienen respaldadas por un financiamiento. Se debe asignar un presupuesto para la atención primaria de la salud.

Frente a la COVID-19, Europa respondió abriendo sus centros primarios, al igual que América Latina. Sin embargo, el Perú cerró sus centros primarios porque no cumplían las normas sanitarias básicas para atender, por ejemplo, a madres gestantes o niños. No hay presupuesto ni siquiera para sostener lo básico. La red primaria en Lima Metropolitana no tiene servicios de agua, desagüe, saneamiento físico legal, servicios higiénicos, áreas especiales para la toma de muestras en consultorios ambulatorios, etc. Si esto sucede en la capital, podemos imaginar lo que sucede en las regiones del interior del país.

Optimización de la inversión

Dicho lo anterior, cabe preguntar quiénes son los inversionistas. Supuestamente, estos deberían ser las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) que son EsSalud y el Seguro Integral de Salud (SIS). Sin embargo, existen disparidades. El SIS administra, por afiliado, 15 dólares al año, mientras que EsSalud administra 350 dólares anualmente. Esta es una diferencia abismal.

Y en el lado público, los montos son manejados por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Ministerio de Salud (MINSA) y los gobiernos regionales. Cada cual administra una parte y, al momento de ocurrir la pandemia, cada entidad puso reparos en el gasto y derivó la responsabilidad que, finalmente, recayó en el SIS.

Otro elemento que es necesario resolver es la centralización de los fondos de alto costo (se usan, por ejemplo, para atender enfermedades raras). En el Perú tenemos un fondo de alto costo en EsSalud, otro en el Ministerio de Salud, a través del SIS, otro en la sanidad de las Fuerzas Armadas y uno más en la Policía Nacional. Esta situación es totalmente ineficiente. Se debe crear un fondo único, tal como existe en cualquier país civilizado. Asimismo, otro ejemplo de falta de integración, es que se dice constantemente que la automedicación es un problema, pero nunca se ha incorporado a las cadenas de farmacias en la planificación de la salud.

Es posible ofrecer servicios de calidad a nivel primario. Un caso exitoso el de los servicios de hemodiálisis, que en el Perú son brindados al 100% de forma privada y son financiados por EsSalud y el SIS. Se dan de manera ambulatoria y no a través de grandes hospitales o clínicas y funcionan, y esto es posible gracias a la ley de mercado, que le permite al sector público realizar compras y generar eficiencia. Este modelo se podría replicar, por ejemplo, en el servicio de quimioterapia para el tratamiento del cáncer, o desarrollándose otros tratamientos ambulatorios de forma privada que, sin grandes esfuerzos, pueden mejorar considerablemente la calidad y alcance de la atención.

Es inconcebible que la Academia y la Iglesia sean más eficientes que el Gobierno para invertir en plantas de oxígeno. Los hospitales no se deben financiar con teletones. Se ha gastado todo el fondo de contingencia, el ahorro acumulado en décadas, posiblemente, por no haber invertido. El dinero se ha gastado en cosas temporales. Y cuando acabe la pandemia

y los casos de infección bajen, se dirá que sobran médicos, pero esto no es así, porque se ha echado mano de la cantidad de profesionales requeridos para cubrir la necesidad real de atención en el sector. Si se retira la oferta asistencial creada para suplir lo que se necesitaba, se descuidará nuevamente la salud, la productividad disminuirá y otra vez se caerá en el círculo vicioso de generar pérdidas económicas al país.

Data crucial

No se tienen cifras claras, que son indispensables para la gestión sobre todo en tiempos de crisis, porque ni siquiera están actualizadas las cuentas nacionales en salud. En este momento se tiene información visible sobre cuánto se invierte en atención primaria, tampoco se mide el número de personas enfermas o que se han recuperado tras la atención. No es prioridad medir el costo de tratar determinada enfermedad, y esto sucede tanto en el sector público como en el sector privado. Entonces, ¿cómo financiar algo que no sabemos qué inversión demanda?

Estos aspectos de reforma deben conversarse. No hablar de economía, de finanzas relacionadas a la gestión de la salud, de dinero acompañado de políticas, de estrategias y buenas ideas, es descuidar a la ciudadanía y faltar a la ética que demanda el contrato social que establecen los gobernantes al llegar al poder.

Intervención

¿Cuánto se invierte en atención primaria de la salud en el Perú? ¿Alcanzamos, al respecto, el promedio de la región?

No se sabe con exactitud cuánto se invierte en atención primaria. Lo más cercano sería tomar en cuenta la inversión en el primer nivel de atención. Así, diversos informes técnicos revelados ante el Congreso de la República y en otras instancias, manifiestan que tanto EsSalud como el Sistema Integral de Salud (SIS) destinan alrededor del 15% al 20% de su presupuesto a este nivel de atención. En los países de la OCDE, esta inversión está en un promedio del 35% al 40%. En dichas naciones este indicador se mide con exactitud cada mes y se fijan metas, incluso por regiones según las necesidades y demandas, para los programas predeterminados con los que se cuenta. Sin embargo, en el Perú, lamentablemente, es muy difícil saber con certeza cuánto es lo que se destina para el nivel de atención primaria y, dentro de él, cuánto es lo que se invierte específicamente en la salud, más allá de gastos administrativos o de mantenimiento. Llegar a ese nivel de claridad en la información es complicado, de allí la gran importancia de sincerar los datos para que el Gobierno pueda desarrollar estrategias de reforma de la salud certeras que, además, estén acompañadas de un presupuesto, de lo contrario, todo quedaría en letra muerta.



REFLEXIONES FINALES

RAÚL DIEZ CANSECOTERRY

Qué duda cabe que la pandemia ha desnudado dos problemas dramáticos que existen en el país. El primero es un sistema de salud precario y desarticulado, con procesos obsoletos e ineficientes y poca planificación para afrontar, no solo una pandemia, sino cualquier situación grave.

Y el segundo aspecto crítico es la educación. Los padres de familia de estudiantes de colegios públicos ya no solo sienten miedo por las calificaciones que tendrán sus hijos a fin de año, sino que cuando se les dice que se despreocupen porque no habrá exámenes, el miedo llega por la posibilidad de que sus hijos no hayan aprendido nada durante el año.

En cuanto a la gestión de la salud, queda claro que esta debe convertirse en política de Estado. Me alegra la coincidencia de ideas con los profesionales que participan del presente foro, quienes han analizado y determinado aspectos derivados del mundo digital, en el cual hoy estamos inmersos y del cual ya no hay retorno.

Hemos hablado de *big data* y de data exacta. Y, en efecto, no se puede hablar de una eficiente gestión de la salud sin contar con información actualizada y detallada. En el nuevo sistema de salud, por ejemplo, cada persona debería tener asignado un código con el cual ser identificada toda

la vida. Con la tecnología, todos los datos sobre la salud de un paciente, acumulados a lo largo de su historia, estarían centralizados y disponibles de forma inmediata para cualquier instancia del sistema médico que lo requiera, a fin de velar por su bienestar.

Mencionamos la importancia de la meritocracia en la salud, porque es necesario motivar a los médicos. He recorrido el país y he visitado hospitales nuevos, dotados con la más alta tecnología, pero que no tienen médicos, enfermeras ni personal técnico. Esto es algo increíble.

Durante el segundo gobierno de Alan García, el Banco Mundial hizo un estudio muy importante que determinó, en aquel entonces, que era necesario construir 80 hospitales de urgencias en todo el país. Muchos de ellos hoy están en construcción, como los hospitales de Iquitos y Pucallpa, y también tenemos uno terminado en Cusco que hasta hoy no funciona. El Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, en Cerro de Pasco, que de la mano con USIL obtuvo el Récord Mundial Guinness como “El hospital más alto del mundo”, tiene un nivel de tecnología con el que quisieran contar muchos grandes hospitales o clínicas privadas. Pero no se tenía a los técnicos, ni al personal requerido para operar los modernos equipos. Nadie pensó en que cuando esos hospitales estuvieran listos se iba a necesitar recurso humano capacitado para manejar la nueva infraestructura. ¿Dónde están esas políticas específicas y beneficiosas para el personal médico que lo incentiven a querer trabajar a Cerro de Pasco, y con las cuales no sienta que laborar en dicha ciudad es un castigo?

Y esta situación se mantiene aún en varios hospitales del país, se construyen recintos médicos equipados con la más reciente tecnología, pero no existe una política remunerativa adecuada que atraiga a los profesionales de la salud a los nosocomios del interior del país.

Mientras se construyó la infraestructura, se pudo hacer, paralelamente, una gran campaña con las escuelas de Medicina. Nuestra USIL tuvo muchos problemas para recibir la aprobación de funcionamiento de su Facultad de Medicina. Recuerdo que los entes del Gobierno decían: “¿para qué, si hay tantos médicos?” Y hoy se ha puesto en evidencia es el gran déficit de médicos que existe en el Perú. No hay una política coherente con las necesidades de la salud.

He escuchado con mucha atención lo dicho sobre la situación de la atención primaria de la salud, porque ahí está la respuesta a los problemas del sector. Actualmente, por condiciones menores, se están llenando las clínicas y los hospitales públicos, cuando muchos casos podrían ser derivados a policlínicos. El país debería estar lleno de policlínicos primarios y tener una política de prevención, y no solo de reparación de la salud.

Y sobre los servicios básicos e infraestructura: no hay manera de hablar de salud sin agua potable. En Lima muchas familias le pagan a Sedapal 3,50 soles por metro cúbico de agua, mientras que gente en condiciones de vida más humilde compra agua llevada por los camiones de cisterna, que muchas veces no está idealmente limpia, y

paga 35 soles por la misma cantidad de este recurso. Esto es inaceptable.

Finalmente, felicito la propuesta de que exista una autoridad supranacional en la salud que sea tan autónoma como lo es hoy el Banco Central de Reserva. Una entidad que trascienda a los gobiernos, despolitizada, que integre a los mejores médicos del Perú y permita que haya una política de salud de mediano y largo plazo. Y ese directorio debe ser inclusivo y generar relaciones horizontales con los actores con los interactúa.

Cuánta gente hoy estaría viva si hubiese habido una alianza adecuada entre el Estado y el sector privado antes de la pandemia. Y cuánto hubiese sido el ahorro. Me pregunto: si estuviésemos en situación de guerra, ¿pediríamos permiso o actuaríamos directamente? La pandemia nos ha declarado la guerra, la salud está enferma y hay que sanarla.

Felicito al doctor Losno y al gran equipo de profesionales que ha trabajado en las propuestas presentadas. Se ha arado mucho y mencionado incesantemente al Bicentenario, pero nadie se había puesto a pensar en el Perú que se quiere tener. Hoy seguimos arrastrando el flagelo de la corrupción, tan dañino para nuestro país, y es urgente salir de este pantano y comenzar a buscar la unidad de la nación.

Hoy hemos conocido las ideas de peruanos que sienten amor por el Perú, pero que también se indignan cuando al presentar la receta del cambio y la transformación ante

el gobierno de turno, las cosas quedan en ámbito de la reflexión. Si el reto de la pandemia no nos hace reaccionar y cambiar la manera de pensar, se creará un sentimiento de decepción, amargura y reactividad en la sociedad peruana.

Gracias a los expertos invitados y a nuestro equipo de trabajo por la lección de salud y patriotismo brindada en este encuentro y por decir las cosas como son. Pido que sus voces nunca sean calladas, porque sin ellas el país no tendría futuro.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

JUAN CARLOS MATHEWS

Raúl Diez Canseco Terry

CONCLUSIONES

- A nivel mundial, el comercio marítimo, aéreo y terrestre disminuyó drásticamente debido a la pandemia. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la facturación de las empresas del sector caerá 18%, y en América Latina 20%.
- Según ADEX, los principales problemas que encaran los exportadores son la imposibilidad de atender pedidos pendientes (75%), el desabastecimiento de insumos (65,9%), las barreras de ingreso en los destinos (63,6%) y las dificultades para acceder a medios de transporte (50%).
- La pandemia es que aceleró el proceso de digitalización.
- El mundo no dejó de importar alimentos, por lo que las exportaciones de dicho sector crecieron 1%.
- Vendrán más cambios como el uso del Internet de las Cosas (IoT), la conectividad 5G y la robótica, entre otros.

RECOMENDACIONES

- Buscar la conexión a redes de suministros.
- Dar paso a la transformación digital empresarial.
- Adaptarse a la evolución del cliente.

Carlos Posada Ugaz

CONCLUSIONES

- Un buen negocio exportador depende de una logística eficiente.
- Los encadenamientos productivos no funcionan si una mala logística impide que las mercancías fluyan y se genere el producto competitivo que el mundo requiere.
- El Perú ha ganado una excelente reputación en diferentes sectores: agroexportación, pesca, textil-confecciones, productos químicos, entre otros.
- La logística representa una inversión que garantiza una cadena de suministro permanente.
- La Ventanilla Única de Comercio Exterior (VUCE) fue uno de los elementos necesarios para acompañar la simplificación de los procesos burocráticos.

RECOMENDACIONES

- Incluir a la logística como política de Estado, garantizando la predictibilidad y la sostenibilidad que soporten los niveles de competitividad que el mercado exige.
- Considerar la gestión del comercio exterior a través de zonas económicas especiales (zonas francas).

- Es crucial analizar a fondo la logística del destino, no solo la local.
- Comprender que el mundo está funcionando a nivel de encadenamientos productivos.
- Encarar la burocratización, eliminando regulaciones innecesarias.
- Pasar de la exportación a la internacionalización.
- Desarrollar infraestructura enfocada en soportar el crecimiento del comercio exterior.
- Los parques industriales también deben ser parte de una política que impulse una mayor capacidad, no solo de industrialización y diversificación, sino de integración y encadenamiento productivo.

Rafael del Campo Quintana

CONCLUSIONES

- La pandemia ha puesto en evidencia la fragilidad de varios aspectos ligados al comercio exterior, entre ellos, la situación de los puertos.
- El 70% de las importaciones hoy utilizan despacho anticipado, reduciendo tiempos, costos y papeles.
- La SUNAT ha hecho un gran trabajo en simplificación documentaria.
- Los seguros son particularmente importantes para las mipymes.

RECOMENDACIONES

- Considerar que el riesgo de no asegurar una carga es perderla en el medio de transporte.
- El sector privado necesita caminar de la mano con el sector público.

Enrique Prado Rey

CONCLUSIONES

- El Consejo Nacional de Usuarios del Sistema de Distribución Física Internacional (CONUDFI) mantiene relación permanente con instituciones del Estado.
- La excelente ubicación geográfica del Perú representa una ventaja competitiva importante frente a otros países.

RECOMENDACIONES

- El gran desafío de la logística para el comercio exterior es ser eficiente y, para lograrlo, todos los actores deben serlo: medios de transporte, instituciones del Estado y empresas privadas.
- Los sectores público y privado deben trabajar unidos para resolver los problemas de ineficiencia en el sector.
- El país requiere otros puertos, el puerto del Callao está saturado.

