

Salud. Promesas vacías y retorno a la vieja normalidad

Víctor Zamora

Sumilla

La pandemia de COVID-19 trastocó profundamente nuestras vidas, reveló nuestras profundas desigualdades, así como se constituyó en la mayor evidencia de por qué debemos fortalecer la presencia del Estado. Esto nos llevó a pensar en una «nueva normalidad», hasta en una «nueva convivencia». Esta idea de nueva normalidad reafirmó la urgencia de construir un nuevo sistema de salud, moderno, único, público y más humano, que nos permitiese superar la precariedad, la fragmentación, la débil rectoría y gestión, la descentralización disfuncional, la corrupción y las inequidades.

De hecho, la promesa de un nuevo sistema de salud universal, unificado, gratuito, descentralizado y participativo formó parte del conjunto de medidas anunciadas por el presidente Pedro Castillo el 28 de julio del 2021. Culminar el proceso de vacunación contra la COVID-19, fortalecer el primer nivel de atención y cerrar las brechas de infraestructura de salud completaban el paquete.

Un año después, lo que tenemos es tres ministros de Salud juramentados, cuatro presidentes ejecutivos de EsSalud designados y un sector que no aborda técnicamente ni lo urgente ni lo importante; por lo tanto, los desafíos siguen pendientes. A la fecha no se ha formulado una propuesta de ley para unificar el sistema de salud, la cuarta ola de COVID-19 nos encuentra sin un plan de acción ajustado al contexto y con 10 millones de compatriotas aún sin recibir la tercera dosis de vacuna requeridas, el primer nivel languidece en el olvido, los presupuestos se achican y la ejecución del gasto para la nueva infraestructura es baja y muestra retrasos importantes.

En resumen, en el sector Salud las oportunidades y lecciones que dejó la adversidad de la COVID-19 se diluyen, quedándonos con promesas vacías y en franco retorno a la vieja normalidad, en donde seguiremos viviendo en la angustiada realidad, la que puede resultar ser aún más precaria y más esquiva en la garantía del derecho a la salud, que, debemos recordar, a modo de resistencia y rebeldía, es una de las grandes deudas con nuestra población.

ESTE ARTÍCULO ES ESCRITO CUANDO ESTAMOS YA EN LA SEXTA SEMANA de iniciada la tan anunciada cuarta ola de pandemia de COVID-19. El aumento de casos ya se ha manifestado evidente en Lima, Áncash, Arequipa, Callao, Cusco, Moquegua y Tacna. El responsable es, en su mayoría, el sublinaje BA.2.12.1 de la variante ómicron, la variante más contagiosa de la historia de la humanidad.

Sin embargo, esta ola, a diferencia de sus predecesoras, parece pasar desapercibida por la población, en general, y por los medios de comunicación, en particular. Y no tiene por qué ser de otra manera, pues a pesar de que el aumento de casos se ha dejado sentir en nuestra vida cotidiana (no falta en nuestras conversaciones mencionar que alguna persona cercana está con COVID-19), la pandemia, y sus sucesivas olas, parecen ya haber sido asimiladas como «parte del paisaje», como otra «gripe» más.

Efectivamente, aunque el número de infectadas/infectados nuevos y reinfectadas/reinfectados aumentará, a diferencia de las otras veces el impacto en el sistema de salud será menor. Las colas y largas esperas para tomarse una prueba, la demanda por camas para hospitalización y unidades de cuidados intensivos, o la desesperación por conseguir un balón de oxígeno, han pasado a ser un amargo recuerdo, gracias, en parte, a la elevada inmunidad generada por las vacunas y, valgan verdades, por los altos niveles de infección natural.

A pesar de ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue clasificando a la variante ómicron como «preocupante» y ha hecho un llamado a todos los países a continuar con las

actividades de prevención (especialmente la vacunación), vigilancia (especialmente la geómica, vale decir, monitorizar los cambios que se generen en el virus) y control (reforzar la capacidad de respuesta frente a eventos mayúsculos que afecten la salud de las personas y pongan en riesgo sus vidas).

Y no le falta razón: la pandemia no ha terminado, y aunque la mayor parte de los países del mundo se encuentran en una situación similar al Perú y la mayoría de los expertos coincide en señalar que estamos entrando en fase endémica (brotes de magnitud diversa, localizados, predecibles y controlables), lo cierto es que el virus todavía se encuentra en permanente evolución.

Por otra parte, el Perú, como el resto de los países del mundo, enfrenta otras pandemias. Por un lado, las que ya se encontraban larvadas y se manifestaron en toda su dimensión, y, por otro lado, las que se han incrementado como consecuencia de esta. Entre las primeras se encuentran la tuberculosis y la salud mental; entre las últimas destacan el cáncer y la mortalidad materna.

En este sentido, casi dos años y medio después de que la pandemia de COVID-19 golpeará nuestro país, enfrentamos una agenda de retos más complejos y urgentes de atender, los cuales requieren de un liderazgo claro, planes específicos, movilización y alineamiento de recursos, así como de una adecuada gestión de estos.

Lamentablemente, como en muchos otros campos, el gobierno de Pedro Castillo no ha sabido diagnosticar correctamente el momento por el cual atravesamos, no ha cumplido todavía con sus compromisos hechos públicos el día que asumió el cargo, y lo que es peor aún, ha dejado el sector en manos incompetentes e inexpertas.

¿Cuáles son esos compromisos? El 28 de julio del 2021 el presidente Castillo incluyó como su primer lineamiento de política de gobierno la lucha contra la pandemia de COVID-19, a la cual calificó como su «primera gran tarea» y a la salud como «su

primera prioridad en el gobierno». A renglón seguido anunció la concreción de «un sistema de salud universal, unificado, gratuito, descentralizado y participativo», y el mejoramiento de la infraestructura y recursos, tanto del primer nivel, donde se incorporarían «5000 equipos de atención comunitaria integral», así como del nivel hospitalario.

En este último campo, la promesa fue recibida con cautela, tanto por lo ambicioso, como, para algunos/ algunas, poco técnica e irrealizable: «al final de mi mandato, entregaré hospitales especializados por región, entre los cuales priorizaremos: hospital materno-infantil, hospitales neoplásicos, hospital clínico quirúrgico, hospital de medicina tropical y hospital bucal».

En este artículo sostenemos que el presidente no solo no ha cumplido con su promesa, sino que no ha sido capaz, ni sus diferentes ministros de Salud, de aprovechar el momento excepcional que enfrentaba la sociedad, que puso como tema central del debate público la necesidad de construir un nuevo sistema de salud, y hacerlo a partir de las principales lecciones que la pandemia nos deja: la necesidad de más Estado, más ciencia, más ética y más equidad.

Para evaluar el desempeño del Gobierno, no solo usaremos las promesas realizadas por el presidente, sino que también utilizaremos cuatro criterios internacionales, sobre los que hay un amplio consenso para la medición e investigación de estos temas^{1, 2, 3, 4}.

¹ Berman, Peter y Bitran, Ricardo. *Health Systems Analysis for Better Health Systems Strengthening. Health, Nutrition, and Population. Discussion paper*. Washington D.C.: World Bank Group, 2011.

² Roberts, Marc; Hsiao, Wiliam; Berman, Peter y Reich, Michael. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

³ Organización Mundial de la Salud (OMS). *Monitoring the Building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: OMS, 2010.

⁴ Papanicolas, Irene; Rajan, Dheepa; Karanikolos, Marina; Soucat, Agnes y Figueras, Josep. *Health system performance assessment. A framework for policy analysis*.

El primer criterio, como es de esperar, será evaluar el estado de salud o la mejora de la salud de la población, como un objetivo clave del sistema; el segundo, se refiere al grado de satisfacción que las personas tienen como producto de su interacción con el sistema de salud; el tercero, medir el grado de protección contra riesgos financieros y aspectos relacionados a ello, especialmente la equidad en la financiación; y, finalmente, el cuarto criterio es, justamente, la distribución equitativa de los bienes y servicios.

Para empezar, cabe recalcar que todos los estudios del sector Salud peruano revelan que su desempeño es deficitario en estos cuatro criterios, situación que se reveló en toda su dimensión durante la pandemia. Los servicios no fueron suficientes para defender a la población del impacto de la COVID-19, lo que se refleja en el hecho de ser uno de los países con más alta tasa de mortalidad por esta enfermedad en el mundo⁵.

Otras cifras prepandemia ya daban cuenta de la situación de bajo desempeño de nuestro sistema de salud. Por ejemplo, nuestras coberturas vacunales se encontraban por debajo del promedio latinoamericano, tal y como se puede ver en el cuadro n° 1.

Ginebra: OMS - European Observatory on Health Systems and Policies, 2022.

⁵ Ver: Coronavirus (COVID-19) deaths worldwide per one million population as of April 26, 2022, by country. En: bit.ly/3NyyW4

Cuadro n° 1
Cobertura de vacunación en los países miembros
del Banco de Desarrollo de América Latina, 2018

	Cobertura de vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina (DTP3), niños/niñas de alrededor de un año	Cobertura de la primera dosis de vacuna contra el sarampión (MCV1), niños/niñas de un año	Cobertura de vacunación contra hepatitis B (HepB3) niños/niñas de un año
ARG	86%	94%	86%
BOL	83%	89%	83%
BRA	83%	84%	83%
CHI	95%	93%	95%
COL	92%	93%	92%
CRI	94%	94%	98%
DOM	94%	95%	92%
ECU	85%	83%	85%
MEX	88%	97%	55%
PAN	88%	98%	88%
PAR	88%	93%	88%
PER	84%	85%	84%
URU	91%	97%	91%
VEN	60%	74%	60%
LAC	90%	90%	89%

Fuente: Observatorio Mundial de la Salud (GHO) - Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019. Ver: stat.link/lxsdmu

También se tienen los ejemplos de la razón de mortalidad materna y las cifras de tuberculosis. En el año 2017, el Perú reportaba 88 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos,

superior al promedio latinoamericano de 74⁶. En el 2018, el Perú era el segundo país con mayor número de casos estimado de tuberculosis en las Américas (después de Brasil) y el país con mayor carga estimada de tuberculosis multidrogorresistente.

La precariedad de los servicios durante la pandemia se reflejaba en las largas colas de espera, pésimas condiciones de prestación de los servicios y altos niveles de frustración por parte de la ciudadanía, incrementándose así la percepción ciudadana de que los servicios públicos son de mala calidad.

De hecho, antes de la pandemia, los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) revelaban que los largos tiempos de espera, la percepción sobre la pobre efectividad de los servicios del primer nivel y el maltrato (los cuales se han incrementado sostenidamente en los últimos 10 años), han llegado a constituirse en la principal barrera de acceso a los servicios de salud, por encima del propio costo de los mismos⁷.

Sin un Estado capaz de brindarle los servicios en la cantidad, calidad y oportunidad requerida, la ciudadanía optó por medidas desesperadas de financiar su propio cuidado de salud, lo que la llevó a una situación de alto riesgo de empobrecimiento. Las cifras prepandemia ya eran malas: uno de cada tres soles que se usan en el sector Salud (público y privado) en el Perú provienen del gasto directo del bolsillo ciudadano, siendo el más ineficiente e inequitativo de los sistemas de financiamiento de salud, es decir 30%, 10 puntos porcentuales más de lo recomendado por la OMS. En otras palabras, el sistema de salud peruano le brinda muy poca protección financiera a las personas que requieren de sus servicios, poniéndolas en riesgo de empobrecerlas por la razón de enfermar.

⁶ Ver datos de mortalidad materna en: bit.ly/3ysnLbv

⁷ Rojas Bolívar, Daniel. *Características de la población peruana que no busca atención médica por deficiencias de la calidad de atención en salud en el periodo 2005-2015*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Unmsm), 2016.

Y el rol de protección financiera del sistema de salud es clave, más aún si se toma en cuenta que, según las cifras oficiales, la pobreza en el Perú se había incrementado en 10 puntos porcentuales como consecuencia de la pandemia, llegando al 30.1% de la población, fenómeno que, además, incrementó las desigualdades, ya sea por nivel de instrucción⁸, por edad⁹ o por género¹⁰.

Las razones que determinan que tengamos un sistema de salud peruano de bajo desempeño también han sido estudiadas y se pueden resumir en:

1. La precariedad financiera.
2. La gran fragmentación de la prestación de servicios.
3. Una descentralización disfuncional.
4. La corrupción.
5. Inequidad en la distribución de los recursos humanos.
6. Poca inversión en infraestructura sanitaria.

Sobre la precariedad financiera

Tal y como se observa en el gráfico n° 1, el gasto público en salud en el año 2018 era de 3.3% del Producto Bruto Interno (PBI) peruano, 2.7 puntos porcentuales menos que el mínimo recomendado por la OMS, menor que el promedio de los países agrupados en el Banco de Desarrollo de América Latina (antes Corporación Andina de Fomento –CAF–) (3.7%), menor al promedio de los países de Latinoamérica y el Caribe (4.1%) y menor

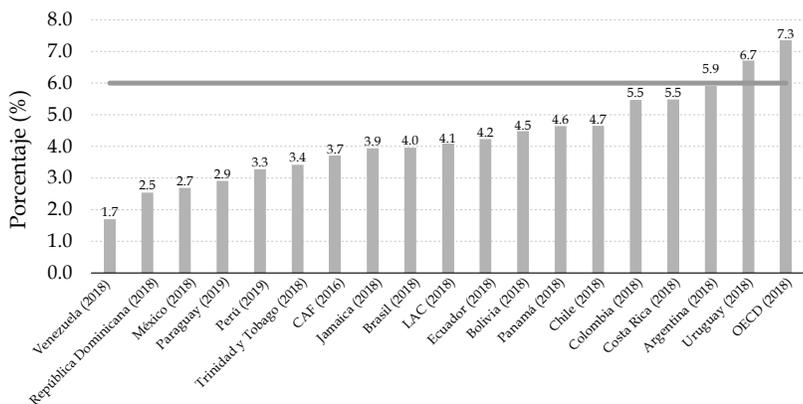
⁸ Alarco, Germán. *COVID-19: Desempleo, desigualdad y precarización en el Perú 2020-2030*. Lima: Oxfam, 2022. Ver en: bit.ly/3OI6EZw

⁹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). «La COVID-19 ha generado mayor pobreza y desigualdad en la niñez y adolescencia». *unicef.org*, Lima, 15 de octubre del 2020. Ver en: uni.cf/3xJTnJr

¹⁰ Coloma Cieza, Evelin. «El impacto del COVID-19 en las mujeres trabajadoras del Perú. ¿Se incrementa la desigualdad y la violencia en el trabajo?». *Ius Et Praxis*, n°. 053. Lima: Universidad de Lima, 2021, pp. 249-269. Ver en: bit.ly/3bvPRtf

al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (7.3%).

Gráfico n° 1
Gasto público en salud como porcentaje del PBI, 2018



Elaborado en base a datos del 2018 de la página web oficial del Banco Mundial (BM).

En términos absolutos, esto significa una inversión pública de US\$ 480 *per cápita*, US\$ 168 dólares menos que el promedio de Latinoamérica y el Caribe, y US\$ 2636 menos que el promedio *per cápita* público que se invierte en los países de la OCDE, tal y como se puede ver en el cuadro n° 2.

Cuadro n° 2
Gasto total en salud per cápita, a Paridad del Poder
Adquisitivo (PPA), 2018 (US\$ corrientes)

Países miembros del Banco de Desarrollo de América Latina (CAF)	Gasto total en salud per cápita (US\$)	Gasto público en salud per cápita (US\$)	Gasto privado en salud per cápita (US\$ corrientes)		
			Gasto de bolsillo en salud per cápita (US\$)	Gasto de seguros privados en salud per cápita (US\$)	Total (US\$)
Bolivia	496.1	353.1	115	18.8	133.8
Venezuela	383.5	183.5	146.5	53.4	199.9
Jamaica	559.1	363.1	95.4	92.3	187.7
Perú	766.6	480	223.5	61.7	285.2
Paraguay	935.3	409.3	424	1015	525.5
Rep. Dominicana	1017.5	450.8	455.3	1017	557
Colombia	1155.4	827.4	174.8	1532	328
Ecuador	954.8	496.4	380.4	77	457.4
México	1066	533.7	448.5	83.8	532.2
Brasil	1530.8	637.9	421.7	469.9	891.6
Costa Rica	1336.5	967.6	299.6	69.3	368.9
Trinidad y Tobago	2099.6	1034.8	922.2	142.3	1064.5
Argentina	1989.6	1221.8	551.7	210.1	761.8
Panamá	1856.7	1186.5	533	124.8	657.7
Chile	2305.7	1172.2	766.3	367.2	1133.5
Uruguay	2169.3	1582.9	367.9	218.2	586.1
LAC (2018)	1251.6	648.1	375.6	224.7	600.4
OCDE (2018)	4205.5	3116.7	680.2	408.1	1088.4

Elaborado en base a datos del 2018 de la página web oficial del BM.

Sobre la gran fragmentación de la prestación de servicios

Esta segunda razón no solo tiene que ver con la existencia de varios subsistemas de prestación de servicios del sistema de salud, sino

también con la segmentación de sus fondos y con una muy débil rectoría del mismo por parte del Ministerio de Salud (Minsa).

El número de subsistemas de salud superan la treintena, lo cual incluye al Minsa, responsable de las redes de servicios de Lima Metropolitana y los institutos y hospitales nacionales; el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, responsable de EsSalud; el Ministerio del Interior, responsable de la Sanidad de la Policía Nacional; el Ministerio de Defensa, responsable de las sanidades militar, naval y de la fuerza aérea, los cuales mantienen su autonomía; el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, responsable de los servicios de salud del Instituto Nacional Penitenciario y los 24 subsistemas de salud dependientes de igual número de gobiernos regionales (excluyendo al de Lima Metropolitana); el sistema privado; y algunos subsistemas de salud municipal. En relación con la segmentación de los fondos, el número de fondos públicos y privados supera los 50, generándose ineficiencias en el manejo de estos recursos.

Sobre la descentralización disfuncional

Esta descentralización defectuosa ha debilitado la unicidad que el sistema requiere para ser más efectivo en su respuesta. A esto se suma la precariedad y la falta de profesionalización de la función pública, lo cual se refleja en el debilitamiento de la función planificadora, así como en la deficiente ejecución de programas y proyectos. La alta rotación de la/el funcionariado sectorial, así como los bajos niveles de ejecución presupuestal y el dispendio de recursos, son síntomas de este problema.

Sobre la corrupción

El sistema de salud peruano está profundamente penetrado por la corrupción. Un informe de la Contraloría General de la República

ubica al sector Salud como el segundo con mayores niveles de corrupción del Estado¹¹.

Sobre la inequidad de recursos humanos

Siendo el sector Salud altamente dependiente de sus recursos humanos, medir su cantidad y su distribución es especialmente crítico. Antes de la pandemia, el Perú registraba una densidad de profesionales de salud (número combinado de profesionales médicos, enfermeras y obstétricas o matronas por cada 10 000 habitantes) de 37, cifra menor a la recomendada por la OMS (45) y menor a la mayoría de los países de Latinoamérica, tal y como se puede evidenciar en el cuadro n° 3.

¹¹ Shack, Nelson; Pérez, Jeniffer y Portugal, Luis. *Cálculo del tamaño de la corrupción y la inconducta funcional en el Perú: Una aproximación exploratoria*. Lima: Contraloría General de la República (CGR), 2020. Ver en: bit.ly/3y2wxvm

Cuadro n° 3
Número de médicos, enfermeras y obstetrices en países seleccionados de Latinoamérica y el Caribe, 2020

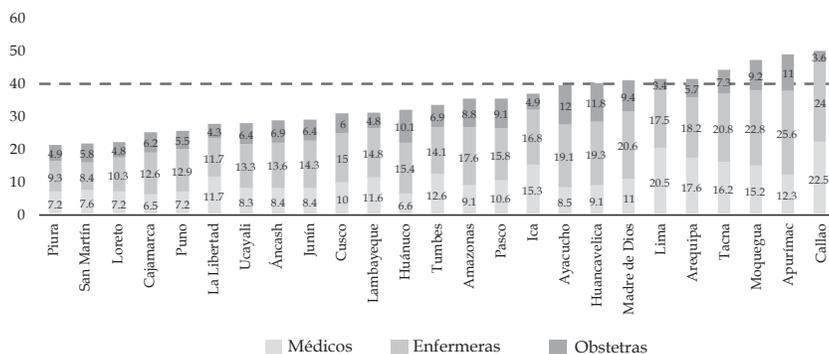
	Médicos (por 10 000 habs.)	Enfermeras y obstetrices (por 10 000 habs.)	Médicos, enfermeras y obstetrices (por 10 000 habs.)
<i>Argentina</i>	39.9	25.9	65.8
<i>Bolivia</i>	10.3	15.6	25.9
<i>Brasil</i>	23.1	74	97.1
<i>Chile</i>	51.8	133.2	185.1
<i>Colombia</i>	38.4	13.9	52.4
<i>Costa Rica</i>	28.9	8.9	37.9
<i>Ecuador</i>	22.2	25.6	47.8
<i>Jamaica</i>	4.5	9.4	13.9
<i>México</i>	48.5	23.6	72.2
<i>Panamá</i>	16.3	32.1	48.4
<i>Paraguay</i>	13.5	16.6	30.1
<i>Perú</i>	8.2	29.8	37.9
<i>Rep. Dominicana</i>	14.5	14.6	29.1
<i>Trinidad y Tobago</i>	44.7	40.7	85.5
<i>Uruguay</i>	49.4	72.2	121.6
<i>Venezuela</i>	17.3	20.7	37.9

Fuente: OMS, 2020.

Además de la escasez de profesionales, es necesario hacer notar la distribución de las y los trabajadores de la salud. La mayoría está concentrada en las grandes urbes, especialmente en los hospitales. Como consecuencia de ello, los servicios de primer nivel (puestos y centros), especialmente de las zonas rurales, carecen de recursos humanos calificados suficientes. Tal y como se puede observar

en el gráfico n° 2, la densidad de profesionales está distribuida de manera muy inequitativa entre regiones, teniendo Piura, San Martín y Loreto las menores cantidades de personal de salud del país¹².

Gráfico n° 2
Perú: densidad de personal de salud por
cada 10 000 habitantes, 2018



Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Ver en: digepe.minsa.gob.pe

Sobre la poca inversión en infraestructura sanitaria

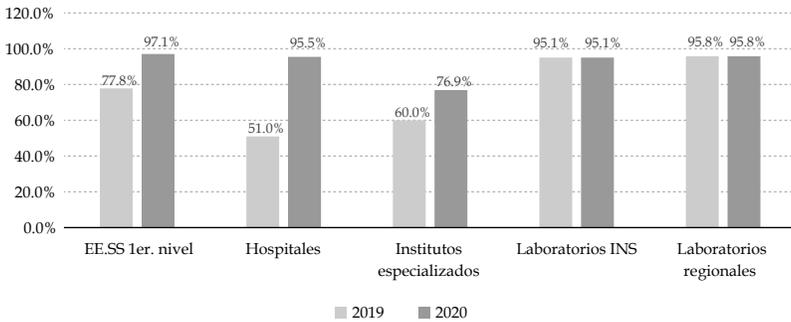
Debido a la poca inversión, la mala gestión y la corrupción, la mayoría de nuestros servicios son inadecuados e insuficientes. Según el Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud¹³, elaborado por el Minsa, 97.1% de los establecimientos de primer nivel, 95.5% de los hospitales, 77% de los institutos y 95.1% de los laboratorios de salud pública no cuenta con la infraestructura y equipamiento acordes a los estándares

¹² Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Ver en: digepe.minsa.gob.pe

¹³ Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. *Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud*. Lima: Ministerio de Salud (Minsa), 2021. Ver en: bit.ly/3AfACiG

sectoriales establecidos, tal y como se puede ver en el gráfico n° 3. Además, tenemos una brecha de 1791 centros del primer nivel de atención y de 156 hospitales para alcanzar la cantidad óptima de cobertura.

Gráfico n° 3
Perú: establecimientos de salud con capacidad instalada inadecuada, 2020



Fuente: Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. *Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud*. Lima: Ministerio de Salud (Minsa), 2021. Ver en: bit.ly/3AfACiG

Además de todas las deficiencias señaladas, y volviendo a la pandemia, otra de las grandes lecciones que nos ha dado esa crisis sanitaria mundial es que es necesario potenciar la producción de ciencia y fortalecer los mecanismos para hacer uso del conocimiento científico disponible en el mundo. La creación de múltiples mecanismos *ad hoc* o paralelos (por ejemplo, los «comités de expertos») muestran las dificultades institucionales para poder filtrar la información procedente de diferentes fuentes públicas y privadas, con la finalidad de proveer a las/los tomadores de decisiones de los insumos necesarios para que la asistencia sea de la mejor calidad.

La debilidad institucional para procesar la información e identificar la de mejor calidad, sumada a las dificultades para

comunicar la misma de forma efectiva, permitió el avance de la pseudociencia y de las noticias falsas, así como la proliferación de personajes mediáticos que, fungiendo de «expertos en pandemias», contribuyeron a generar confusión, alarma y zozobra.

Por otro lado, cabe recalcar que también es necesario fortalecer la ética ciudadana. El caso de la vacunación irregular contra la COVID-19, conocido como «vacunagate», en donde estuvieron involucrados 487 personas, incluyendo al ex presidente de la República, Martín Vizcarra, ministros, exministros, viceministros, rectores de universidades públicas y privadas, el nuncio apostólico, altos dirigentes del colegio médico, funcionarios y exfuncionarios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), investigadores y empresarios, es un caso emblemático, pero no el único. También están los abusos realizados por un grupo de empresarios del sector privado, quienes privilegiaron la usura sobre la solidaridad, aprovechándose de la desesperación de las personas para incrementar de forma exorbitante los precios de los medicamentos, pruebas diagnósticas, oxígeno, cupos de hospitalización, etcétera, clara muestra del profundo deterioro de la ética, especialmente en situaciones de emergencia. Lo mismo se puede decir de personajes de la política local, regional y nacional que usaron esta oportunidad como plataforma para posicionarse para futuras elecciones.

Tal y como se puede ver, es innegable que si se quiere mejorar el nivel de desempeño del sector, urge la implementación de transformaciones profundas, las mismas que requieren de un liderazgo político del más alto nivel, así como las capacidades, competencias y experiencia para implementarlas.

Esas fueron precisamente las grandes lecciones de la pandemia. De la cual aprendimos que necesitamos de más Estado, uno capaz de brindar una cobertura de servicios de calidad, oportuna y de acceso equitativo y efectivo para todos y todas; uno con gestores y gestoras profesionales que usen los recursos con mayor eficiencia; uno moderno que haga realidad el derecho humano a la salud;

uno capaz de generar ciencia y usarla de forma efectiva; uno que combata frontalmente la corrupción y que ejerza la función pública con los estándares éticos más altos.

Promesas vacías, desacumulación y retorno a la vieja normalidad

Por estas razones, escuchar en el discurso inaugural del mandato del presidente de la República, Pedro Castillo, que dentro de sus principales prioridades estaban el garantizar la vacunación de toda la población contra la COVID-19, crear un sistema unificado de salud, fortalecer el primer nivel de atención e inyectar recursos adicionales para cerrar las brechas de infraestructura de salud, generó explicables esperanzas.

Pero, casi 12 meses después, el balance del sector es negativo y de la esperanza ya no quedan rastros. La vacunación languidece sin poder cumplir con las metas programadas; ninguno de sus ministros de Salud fue capaz de generarle una propuesta de ley de unificación del sistema público de salud; el primer nivel de atención no solo no se ha fortalecido, sino que, incluso, se han debilitado programas de salud pública emblemáticos; y, en materia de inversiones, se ha caído su ejecución histórica y, lo que es peor, estamos en riesgo de perder una inversión millonaria del sector financiada con endeudamiento.

En materia de vacunación contra la COVID-19, al cierre de junio de este año se había logrado una cobertura del 65% de la población, aún a 20% de la meta programada y muy lejos de Chile y Cuba, que ya lograron su objetivo, y de Uruguay, que está a punto de hacerlo. En números absolutos, aún faltan vacunar 10 millones de compatriotas, de los cuales un millón son mayores de 60 años, la población más vulnerable.

Las razones para no haber podido lograr el objetivo del 85% no incluyen la falta de vacuna, recursos humanos o financiamiento,

sino que se origina en la crisis de liderazgo sectorial generada en el seno del propio Gobierno. A inicios del mes de enero, el presidente Castillo decide cambiar al ministro de Salud, Hernando Cevallos, y reemplazarlo por el ministro Hernán Condori. A decir de muchos analistas, este cambio fue producto del cuoteo y reparto de posiciones oficiales de gobierno entre el presidente y Vladimir Cerrón, líder del partido Perú Libre, desde el cual Castillo llegó a la presidencia.

El ministro Condori fue duramente criticado por su falta de experiencia en la gestión pública, su poca o nula competencia profesional para este cargo, así como por su controversial representación comercial de productos seudocientíficos como el «agua arracimada». A esto se agregó el rechazo generado en el gremio médico y en la comunidad académica, quienes exigieron su dimisión, la cual nunca se produjo debido al firme apoyo presidencial y de las huestes de Cerrón. Esto, sin embargo, no le dio el suficiente oxígeno político. Condori fue censurado por el Congreso de la República dos meses después de su designación.

En esos dos meses, sin embargo, la estrategia de inmunizaciones sufrió duros reveses en su estructura de mando. El Viceministro de Salud Pública, responsable político y técnico de esta operación, renunció. Lo mismo sucedió con el comité de expertos asesor de la vacunación nacional y con la directora de la estrategia. A esto se agregaron revelaciones sobre la expiración de miles de dosis que no pudieron ser utilizadas a tiempo.

Los cambios se reflejaron, también, en mensajes contradictorios sobre grupos prioritarios, cronogramas confusos, entre otras inoperancias. Así pues, a la inestabilidad de la conducción se añadió la incertidumbre y la confusión. La situación se agravó aún más cuando durante la vacunación de la cuarta dosis, más de cien mil personas, la gran mayoría personal de salud, recibieron una dosis equívoca de la vacuna.

La situación de vacunación es especialmente preocupante para las regiones de Huánuco, Cajamarca, San Martín, Ucayali, Huancavelica, Amazonas, Loreto, Ayacucho, Puno y Madre de Dios, las cuales aún no superan el 50% de población vacunada con tres dosis. En estas regiones, además, la cobertura de las poblaciones vulnerables (especialmente las poblaciones mayores de 50 años) son muy preocupantes.

Por otro lado, está la vacunación de las enfermedades que no tienen que ver con la COVID-19. Como es sabido, la pandemia ha producido un embalse de necesidades cuya atención ha sido postergada. Este es el caso de la vacunación regular. Este paquete, que sirve para diferentes períodos de la vida, suma 17 tipos de vacuna que protegen de 26 enfermedades graves. En todos los casos hay una brecha importante, la cual no ha podido ser revertida aún.

Y aunque todas las vacunas son igual de importantes, la del sarampión requiere especial atención. Antes de la pandemia de COVID-19, el sarampión era considerado el agente infeccioso más contagioso de la humanidad, generando gran cantidad de enfermedades y muerte, especialmente en la infancia. Su transmisión es similar a la del coronavirus y la vacunación es efectiva para detener el contagio.

La tasa de vacunación contra el sarampión en el país ha llegado solo al 54% el año 2021, siendo necesario vacunar al 90% de la ciudadanía para cumplir con las recomendaciones internacionales y considerarnos protegidos/protegidas. Esta baja cobertura coloca al país en una situación de alta vulnerabilidad, más aún si la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) han alertado sobre un incremento en 79% del número de casos reportados de esta enfermedad en el mundo, especialmente en zonas con «bajos niveles de vacunación»¹⁴.

¹⁴ «Unos 73 millones de niños en riesgo de contraer sarampión al no poder vacunarse». *news.un.org*, Nueva York, 27 de abril del 2022. Ver en: bit.ly/3OxtbYp

Otro caso que se agravó producto de la pandemia es el de la salud materna. Aunque entre el 2000 y el 2017 el país había logrado reducir la razón de mortalidad materna de 144 a 88 por cada 100 000, con avances continuos hasta el 2019, año en el que se registra el menor número de muertes maternas (302), el año de inicio de la pandemia marca un deterioro significativo en este tema. El 2020 se registran 439 muertes maternas y 493 en el año 2021 (cifra similar a las 481 muertes maternas registradas en el 2009). Es necesario hacer notar que esta tendencia tiende a revertirse desde el segundo semestre del 2021, momento que coincide con el avance de la vacunación. Aun así, la mejora no ha sido uniforme en todo el país, notándose un incremento sostenido de muertes en Ucayali, La Libertad, Huancavelica y Moquegua.

Un ángulo igual de preocupante es el del financiamiento estatal del sector Salud. Tal y como se puede ver en el cuadro n° 4, el presupuesto (modificado) destinado a la función salud en el año 2022 es aproximadamente tres mil millones menos que el año 2021. Por otro lado, el 2022 es el año que menor incremento ha tenido en relación con su presupuesto de apertura (solo 23%, la mitad de los años anteriores).

Cuadro n° 4
Porcentaje de incremento del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) en relación con el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA).
Función salud 2020-2022

Año	PIA	PIM	Incremento
2020	S/ 18 494 660 200	S/ 27 517 397 896	+ 48.7%
2021	S/ 20 990 665 851	S/ 31 065 510 794	+ 47.9%
2022	S/ 22 945 450 651	S/ 28 271 454 965	+ 23.2%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Consulta Amigable. Ver en: mef.gob.pe

Otro aspecto relevante, señalado correctamente por la ex ministra de Salud, Midori de Habich, es que, contrariamente a lo prometido, el financiamiento de las estrategias sanitarias destinadas a la prevención y control de la tuberculosis, el VIH/SIDA, entre otras, han sufridos reducciones importantes, especialmente en el rubro «medicamentos»¹⁵. También debemos prestar atención en la ejecución del presupuesto del sector. En la función salud, la ejecución se encuentra al 36.9%. Sin embargo, en lo específico al gasto en medicamentos, por ejemplo, este solo llega al 20.3% a junio del 2022, y en el caso específico del cáncer, la ejecución no supera el 35%.

Finalmente, revisemos el rubro inversiones. En el mes de junio del 2022 la inversión pública alcanzó una ejecución de S/ 15 806 millones, uno de los mayores gastos de los últimos cinco años.

Los fondos destinados a inversiones (en la función salud), suman un total de S/ 5476 millones, de los cuales S/ 2390 millones los gestiona el gobierno nacional (S/ 1459 gestionados por «Minsa central»), S/ 2245 millones los gobiernos regionales y S/ 839 millones los gobiernos locales.

Los S/ 1459 millones gestionados directamente por el «Minsa central» se dividen en varias ejecutoras. S/ 591 millones los administra el Programa Nacional de Inversiones en Salud (Pronis), S/ 477 el Programa de Creación de Redes Integradas de Salud (Pcris), S/ 349 millones la Oficina General de Administración (OGA) y los restantes S/42.5 millones son distribuidos en 13 ejecutoras (institutos, hospitales y dos direcciones de redes integradas de salud).

El promedio de ejecución en este nivel es del 22%, siendo la OGA la que ha alcanzado mejores niveles (50%), menor nivel el Pronis (22.5%) y muy por debajo, casi en estado crítico, el Pcris, que

¹⁵ De Habich, Midori. «Tres paradojas presupuestales». *gestion.pe*, Lima, 5 de enero del 2022. Ver en: bit.ly/3bvXgc1

solo ha ejecutado el 1.1% de los fondos asignados en todo el primer trimestre. El resto de las unidades ejecutoras tienen un promedio menor al 16% (con la sola excepción del Hospital Cayetano Heredia con 98.2%).

En el caso de los gobiernos regionales, la situación no es muy diferente. De los S/ 2245 millones asignados a estos para infraestructura de salud o equipamiento, solo se ha ejecutado el 14.2%. Destacan: Junín (43.7%) y Ayacucho (35.4%). Críticos: Lambayeque, La Libertad y Amazonas, por debajo del 1%.

Justamente el Pcris, el megaproyecto del sector Salud, financiado mediante endeudamiento externo con fondos del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), es el que se encuentra en observación por la última entidad mencionada. Parte del problema ha sido que este Gobierno ha cambiado tres veces el director de dicho programa.

Y ese es uno de los principales problemas que enfrenta el sector en la era Castillo, la falta de un equipo sólido de conducción técnica y política que le dé rumbo a la salud del país. Desde su juramentación, este Gobierno ha tenido tres ministros de salud (uno de ellos censurado) y tres presidentes ejecutivos de EsSalud. Ninguno de ellos ha podido consolidar y presentar al país un plan general de gobierno sectorial, ni tampoco planes específicos. Por ejemplo, en plena cuarta ola carecemos de un plan para enfrentarla, menos para salir de ella. Tampoco el Gobierno ha podido mantener las riendas en piloto automático. Al contrario, vemos como los pocos avances logrados en este sistema precario se van perdiendo.

En resumen, el presidente Castillo no ha cumplido su palabra empeñada el 28 de julio y, peor aún, se ha perdido liderazgo; ha sido un año de desacumulación.

La situación es aún más desesperanzadora si la ponemos en el contexto de crisis permanente e incapacidad manifiesta del

Gobierno, en general, para conducir los destinos del país. Tal y como dijera Marcos Cueto durante la presentación de su libro *La salud en emergencia*¹⁶, siente que el título es una metáfora de lo que vive el país, un país en emergencia.

¹⁶ Cueto, Marcos. *Salud en emergencia. Historia de las batallas contra las epidemias y la COVID-19*. Lima: Penguin Random House, 2022.