



***Fortaleciendo la inversión en capital
humano: salud y educación***
Rafael Cortez y Javier Luque

Fortaleciendo la inversión en capital humano: salud y educación

Rafael Cortez¹ y Javier Luque²³

1. Introducción: La salud y educación en la formación del capital humano

La formación de capital humano es el proceso de aumentar la cantidad, la calidad y la productividad de la fuerza laboral humana a través de inversión en personas. A diferencia del capital físico, que involucra maquinaria, equipo o infraestructura, el capital humano se enfoca en las capacidades, conocimientos, habilidades y salud encarnados en los individuos. En las últimas décadas, se ha generado evidencia clara de que el capital humano es un factor clave para el logro de un progreso económico y social sostenido, porque fortalece los mercados laborales, y la innovación creando las condiciones para una competitividad creciente y sólida. Esto toma cada vez más importancia porque las economías se desarrollan basadas en el conocimiento, y esto solo es posible con individuos con más salud física y mental, con habilidades y que reciban capacitación y entrenamiento constante durante su ciclo de vida productivo.

La formación de capital humano a través de la educación y la salud es más vital que nunca, e incluye mecanismos formales, como la escolarización y la formación profesional, y procesos informales, incluido el aprendizaje práctico y la socialización, en una comunidad sana en valores y calidad de vida. El Perú como parte de su estrategia de políticas públicas debe tener entonces claro que dos de los pilares fundamentales que sustentan nuestro crecimiento con equidad son la inversión sostenida en educación y la salud, los cuales son reconocidos universalmente como los principales impulsores de un mayor potencial humano. La inversión en educación no solo equipa a las personas con habilidades cognitivas y competencia técnica, sino que también fomenta el pensamiento crítico, la adaptabilidad y la creatividad, y otras habilidades socioemocionales. Del mismo modo, las inversiones en salud influyen directamente en la productividad; creando las condiciones para una fuerza laboral libre de enfermedades, con acceso a una nutrición y servicio de salud adecuada.

El Perú ha venido creciendo, pero las tasas de pobreza y pobreza extrema se han reducido lentamente en la última década, aunque esta todavía abarca a un cuarto de la población. En el Perú, la pobreza monetaria afectó al 27.6% de la población en 2024, lo que equivale a 9 millones 395 mil personas, según el INEI. Esta cifra representa una disminución de 1.4 puntos porcentuales con respecto al año anterior. La pobreza extrema, por su parte, afectó al 5.5% de la población, con una leve mejora en las zonas rurales (INEI, 2024). Por otro lado, es notorio que los gastos en salud están por debajo del promedio de países de ingresos similares, los retornos del gasto en salud no son los esperados a pesar del aumento de cobertura al 90% de la población. Aún persisten limitaciones en el alcance de los resultados sanitarios, Enfermedades No Transmisibles emergentes, baja satisfacción de los usuarios, y altos gastos de los hogares en salud que alcanza al 31% del gasto total en salud. Con relación a la educación, el gasto público en dicho sector se ha triplicado en últimos 2 décadas, no obstante, no se han logrado mejoras significativas en los resultados de desempeño de los alumnos (Luque, 2025).

La salud y la educación son, por tanto, factores claves para generar el proceso de aprendizaje y acumulación de habilidades que determinan el nivel de productividad y bienestar en los hogares. Individuos fuertes y saludables en lo físico y mental pueden estudiar mejor y trabajar mejor, y generar mayores salarios en el largo plazo. (Cortez 1999, Riveiro et al 1999)

Resumen

El capital humano, entendido como la salud, habilidades y conocimientos de las personas, es clave para el crecimiento económico y el bienestar social. En el Perú, la educación y la salud son los pilares principales para desarrollar estas capacidades, aunque todavía enfrentan desafíos en calidad, cobertura y eficiencia del gasto. Este trabajo analiza cómo invertir de manera efectiva en ambos sectores puede mejorar los aprendizajes, la salud de la población y generar un ciclo de progreso y bienestar. Se concluye que, a mediano plazo, es fundamental fortalecer las habilidades educativas y la salud de la población, involucrando a todos los actores clave de la sociedad y asegurando políticas claras en capacitación docente, infraestructura y gestión de recursos. A corto plazo, se destaca la importancia de que todos los alumnos puedan leer con fluidez al final de la primaria y de aumentar la inversión en salud al 9% del PBI, garantizando una protección financiera del 20% hacia 2030. Estas metas son alcanzables si se actúa de manera coordinada y eficiente en los sectores sociales prioritarios.

¹ Profesor, del departamento de economía e investigador del Centro de investigación de la Universidad del Pacífico.

² Country Lead, the Global Partnership for Education (GPE), Banco Mundial.

³ Las opiniones vertidas en este documento pertenecen a los autores.

En este contexto, la salud y la educación están interconectadas en la formación de capital humano. El logro educativo a menudo conduce a una mayor conciencia y comportamientos de salud, mejorando la esperanza de vida y el bienestar. También, la buena salud facilita mejores logros educativos. Los niños y adultos que alcanzan una salud física y mental adecuada experimentan más dedicación y resultados en su desempeño educativo. En general la inversión en salud amplía los retornos de la educación y a la inversa, generando un círculo virtuoso de crecimiento y oportunidades. En los países emergentes, y en Perú, donde hay limitaciones de recursos financieros, la asignación efectiva de los recursos públicos en salud y educación se convierte en un instrumento de transformación de una economía, acelerando el crecimiento económico y creando estabilidad social.

2. La situación de la salud y educación en el Perú

2.1 Salud

Si bien el financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS) prácticamente se ha cuadruplicado en el último decenio, el sistema de salud de Perú todavía tiene un gasto en salud per cápita muy inferior a países de ingresos similares. Es 40% menor al gasto per cápita promedio de Latinoamérica y 13 veces menor al promedio de países de OECD. Sigue sin disponer de fondos suficientes si se lo compara con los estándares regionales e internacionales. En 2022, el país destinó el 6,2 % de su producto bruto interno (PIB) a salud, menos que Costa Rica (7,2 %), Colombia (7,6 %) y Chile (10,0 %). Además, el gasto público en el Perú sigue muy por debajo de la media de la OED, lo que hace que la proporción de gastos directos sean elevados con relación al gasto sanitario (27% en 2022). Sin embargo, la sostenibilidad financiera continúa siendo motivo de preocupación en un contexto con poco margen de maniobra fiscal, y por ello es necesario seguir mejorando la eficiencia del gasto sanitario. El gasto de bolsillo es menor al promedio de Latinoamérica y esto se ha logrado por la ampliación de la cobertura en salud al 90%. Cabe remarcar que un 40% del gasto de bolsillo se estima que se destina a medicamentos (Cortez R, Medici A, Singh R 2023).

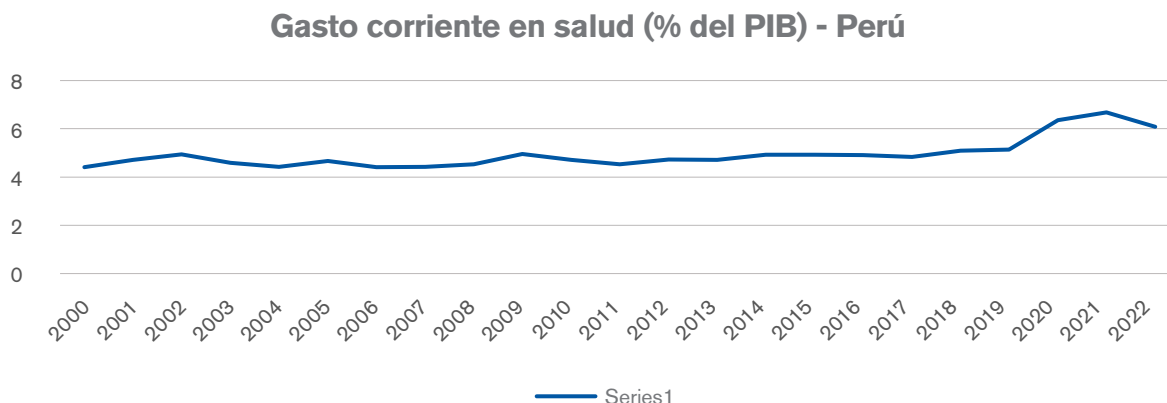
Cuadro 1. Perú – Indicadores del Sistema de Salud.

Indicadores de salud	Perú	Latinoamérica	OECD
Financiación			
Gasto actual en salud per cápita (US\$), 2020	388.6	594.4	5,292.6
Gasto total en salud como porcentaje del PIB, 2020	6.3	8.7	13.9
Gasto nacional en salud pública como porcentaje del gasto total en salud, 2020	67.9	55.1	65.6
Gastos de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2020	22.8	26.2	12.3
Recursos: Trabajadores de la salud y camas de hospital			
Médicos (por cada 1,000 habitantes), 2018, 2020, 018, 2018	1.4	2.4	3.0
Enfermeras (por cada 1,000 habitantes), 2018, 2020, 2018, 2018	3.0	4.2	10.0
Camas de hospital (por 1,000 habitantes), 2017/2019/2017/2018	1.6	1.9	5.1
Resultados de salud			
Esperanza de vida en años al nacer, 2023	72	76.3	80.0
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos), 2021	69	88	22
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1,000 nacidos vivos), 2021	14	16.4	6.0
Tasa de fecundidad (nacimientos por mujer), 2021	2.2	1.9	1.6
Tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años) 2021	57	53	37
Prevalencia de anemia (porcentaje de niños de 6 a 59 meses de edad) 2021	30	21.0	14.0
Cobertura			
Cobertura de inmunización - DPT (porcentaje de niños de 12 a 23 meses), 2021	99	75.0	91.0
Prevalencia de anticonceptivos, cualquier método (porcentaje), 2020/2018/-/ 2010	77	—	75.0
Partos atendidos por personal sanitario cualificado (porcentaje del total), 2021/2020/2020/2020	96	95.0	98.0

Fuente: Cortez, R. (2025).

El sistema de salud requiere incrementar el número de médicos y enfermeras. Existe una brecha de médicos de 40% In 2023, Perú tenía 98,225 médicos mientras en 2015 tuvo 67,000⁴. El número de médicos y enfermeras debe aumentar en 30,000 y 40,000 respectivamente hacia el 2030. Esto debe llevarse a cabo por medio de universidades acreditadas de alto rendimiento con las cuales el Estado coordina las especialidades que se requieren en la próxima década.

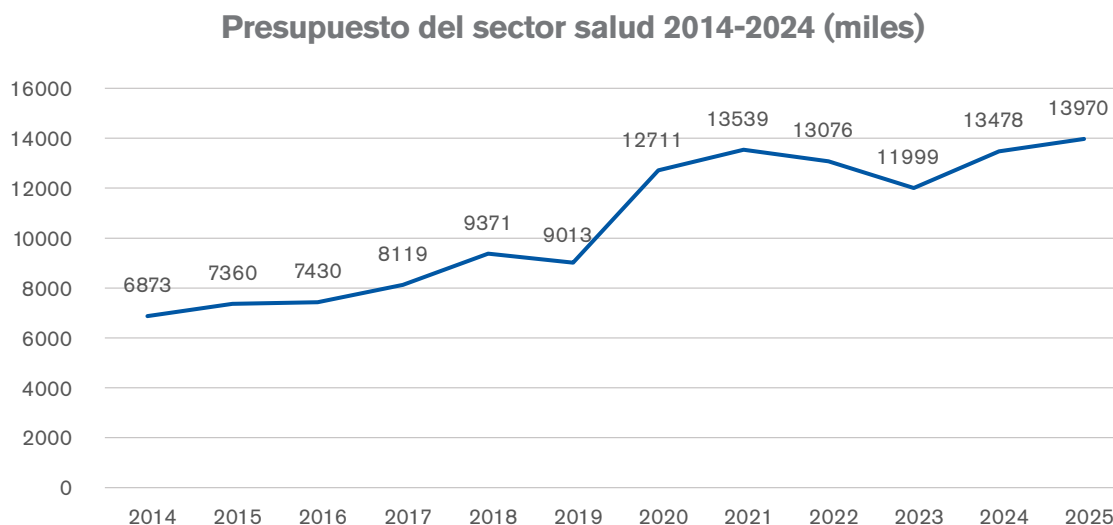
Figura 1. Gasto corriente en salud (% del PIB) - Perú



Fuente: MEF. Elaboración propia

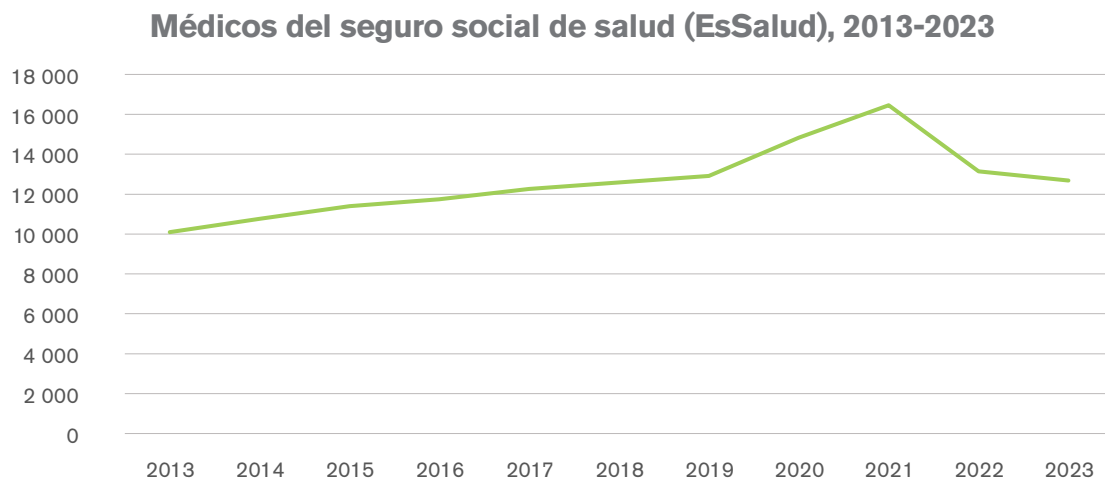
La Figura 1 muestra que el gasto público en salud como porcentaje del PIB en el Perú se ha mantenido bajo. Esto refleja una limitada priorización de la salud como inversión. La trayectoria sugiere un rezago estructural frente a estándares internacionales. Fortalecer esta inversión es clave para impulsar productividad y equidad. Figura 2, muestra que la *asignación del presupuesto ha aumentado, pero su eficiencia y ejecución aún enfrentan limitaciones estructurales*. La Figura 3 muestra si bien la cantidad de médicos ha crecido, aún hay una brecha crítica respecto a estándares internacionales, lo que exige fortalecer la formación médica y la distribución equitativa del personal sanitario.

Figura 2. Presupuesto del sector salud en Perú, 2014–2024 (en miles de soles).



Fuente: MEF. Elaboración propia.

Figura 3. Médicos del seguro social de salud (EsSalud), 2013–2023



Fuente: INEI (2023). Elaboración propia.

2.2 Educación

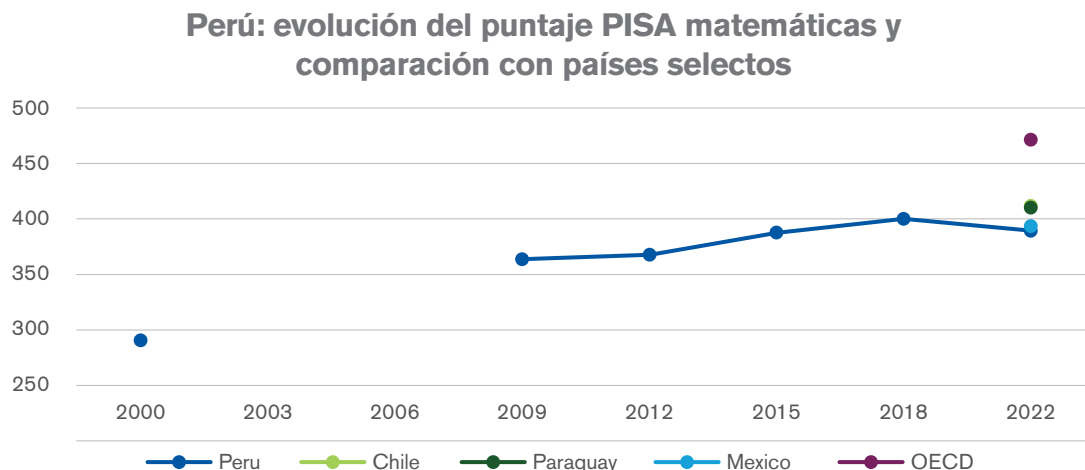
La urgencia de mejorar la educación

El sistema educativo, por los bajos resultados que obtiene actualmente en términos de aprendizaje, se encuentra en una situación de emergencia. Los bajos resultados ponen en riesgo tanto a los estudiantes como al país en su conjunto. Por un lado, los estudiantes actuales no podrán lograr llegar a su potencial, y estamos generando las condiciones para que tengan salarios y niveles de bienestar bajos. Por otro lado, a nivel agregado las tasas de crecimiento económico del país serán significativamente menores que las de los países vecinos y competidores que registran mejores niveles de aprendizaje.

La emergencia educativa empieza temprano, en los aprendizajes fundacionales: aproximadamente 1 de cada 2 estudiantes de 10 años no entiende un texto simple a finales de la educación primaria (Banco Mundial, 2024). Y, la emergencia continua en los años siguientes: si bien los estudiantes peruanos asisten a educación formal en promedio de 13.5 años, ellos sólo logran aprendizajes equivalentes a 8 años y medio de estudio (Banco Mundial, 2020), lo que implica una pérdida de oportunidades de los alumnos y de recursos por parte del estado y las familias.

Con relación al crecimiento de largo plazo, estudios sugieren que 50 puntos en la prueba del Programa para la Evaluación Internacional de los Estudiantes (PISA por sus siglas en inglés) contribuye en aproximadamente 1 punto de crecimiento económico de largo plazo (Hanushek y Woessman, 2011). En la actualidad, Perú tiene un puntaje promedio en PISA de 402, mientras que, por ejemplo, Chile tiene un puntaje promedio de 434. La mejor calidad de educación de Chile le estaría brindando casi punto porcentual de crecimiento anual de largo plazo vis a vis el desempeño del Perú.

Figura 4. Perú: evolución del puntaje PISA en matemáticas.



Fuente: OECD (s.f.) Resultados de las evaluaciones PISA. Disponibles en Datasets | OECD

Dada la naturaleza del sistema educativo: gran número actores de la sociedad, los procesos toman tiempo en implementarse, los resultados de los procesos tienden a no ser observados en el corto plazo (salvo los resultados medidos por pruebas estandarizadas), la provisión del servicio se da de manera muy descentralizada por cientos de miles de maestros en condiciones muy diversas; la emergencia en el sistema educativo requiere un conjunto amplio de medidas que permitan afrontar aspectos de la emergencia en el corto, mediano y largo plazo. La emergencia educativa requiere la participación directa e indirecta de todos los actores de la sociedad. Un claro liderazgo del Estado puede ayudarnos a enfrentar satisfactoriamente dicha emergencia.

3. Acciones de inversión en salud y educación

3.1 Acciones estratégicas en Salud

El desempeño de un sistema de salud se mide de acuerdo con el cumplimiento de cuatro objetivos importantes. El primero es la cobertura de los servicios, ello significa dar atención de salud a la mayor cantidad de personas que necesitan atención. El segundo es la calidad en la entrega de los servicios, lo cual implica que los servicios entregados respondan a las necesidades de salud y que los servicios cumplan con protocolos y estándares deseados. La tercera meta es que el sistema de salud asegure protección financiera a todos los ciudadanos del país, lo cual significa que se debe asegurar que las personas no paguen o paguen una proporción menor al 20% de sus gastos totales de salud de su bolsillo, y el cuarto, los resultados sanitarios asociados a las necesidades de salud (Cortez, Rafael 2025). Estos cuatro factores miden la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud. En Latinoamérica el sistema de salud se encuentra por debajo de sistemas de salud más sólidos como el de Chile, Cuba, Uruguay, Argentina, Colombia, Costa Rica, México, y Panamá (GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators (2022). El CEOWORLD magazine Health Care Index (2024)⁵ ubica el sistema de salud del Perú en el puesto 80 de un total de 110 países. Por tanto, hay una agenda pendiente en el fortalecimiento de nuestro sistema de salud. Las metas arriba mencionadas solo serán posibles de alcanzar con la construcción de un sistema de salud que construya arreglos institucionales eficientes y efectivos y un shock de inversiones alineados a estos nuevos arreglos y acciones. Los 12 ejes clave de inversión en salud incluyen un conjunto coordinado de políticas públicas que mejoren la calidad, pertinencia y el acceso a la salud se plantean a continuación:

(1) Mayor movilización de recursos financieros, y ajustes en el uso del presupuesto

En las últimas dos décadas se ha logrado un avance importante en la asignación de presupuestos en salud. El gasto en salud se ha triplicado desde 2005 al 2025 y ello ha permitido avances en la cobertura de salud. Sin embargo, estos mayores recursos asignados aún son insuficientes. El Perú destina al gasto en salud el equivalente al 6.3% del PBI, monto inferior a países de igual ingreso per cápita, con los países de la OECD en 10.2% y la región de Latinoamérica en 8.2% (Word Bank data 2025). Una meta impostergable para el Perú es que el gasto en salud sea el 8% del PBI en el 2030 y llegue al 10% en el 2040. Esto es posible en un contexto esperado de crecimiento de 4-5% en escenario estable lo cual duplicaría el PBI en el 2040. Es este marco, el logro de la meta de 10% del PBI destinado a la salud es factible. Con esto se asegurará que el 100% de la cobertura pueda disponer de servicios de salud de mejor calidad y capacidad resolutive. Esta meta es esencial porque el gasto de bolsillo contribuye a la desigualdad en el acceso a la salud siendo las personas de menores ingreso las más afectadas.

La mayor disponibilidad de recursos públicos facilitará el incremento de la protección financiera de la población y la disminución del gasto en bolsillo para acceder a servicios de salud, y medicamentos que representa un 40% del gasto total en salud (Cortez R, Medici A, Singh R.). En la actualidad un tercio del gasto en salud proviene de las familias. La meta es que en el 2030 se reduzca a un 20% en línea con los estándares de los países de la OECD (OECD 2023) que haga que la población no enfrente gastos catastróficos en salud que los empobrezcan.

El proceso de presupuestación es restrictivo porque los recursos se asignan por partidas y bajo un criterio de asignación histórica previa. Se requiere flexibilizar la distribución de los recursos de tal manera que las redes de salud tengan cierta flexibilidad en el uso de los fondos en gastos recurrentes, y los gastos laborales de esta manera se podría ganar eficiencia, y se debe ajustar las fórmulas de riesgo para garantizar un financiamiento suficiente al SIS basado en las necesidades sanitarias de la población. También hay que mejorar de la rendición de cuentas en relación con los establecimientos y usar presupuestos basado en los resultados para los principales objetivos de salud acordados previamente con las redes de salud y regiones. Finalmente, una acción clave es optimizar las compras farmacéuticas con pocas pero grandes licitaciones nacionales que permitan compras a escala y negociar mejores precios y ampliar la disponibilidad de medicamentos genéricos. Esto requiere una planificación de las compras y también ampliar contratos con el sector privado para la logística y distribución de los medicamentos a nivel nacional.

(2) Separación de roles y funciones

Los sistemas de salud exitosos tienen un factor común: la adopción de la separación de roles y funciones, en el que el Estado se encarga de ser el financiador principal a través de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas (SIS, EsSalud); y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas y privadas se organizan de manera tal en redes coordinadas para vender servicios de salud, en un contexto de un mercado competitivo regulado, donde el MINSA; y la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) deben cumplir un rol estratégico de rectoría en salud con la definición de protocolos, estándares y el cumplimiento de las normas establecidas que aseguran calidad de los servicios y control de las fallas del mercado en salud. De esta manera los fondos públicos y privados operan bajo un esquema de competencia regulada donde

5 <https://ceoworld.biz/2024/04/02/countries-with-the-best-health-care-systems-2024/>

las IAFAS públicas y privadas, comprenden servicios de prestadores mixtos públicos y privados y el dinero fluye de manera eficiente y transparente.

(3) Mecanismos de pago y pago por resultados

La adopción de mecanismos de pagos en salud para transferir los recursos de los fondos públicos hacia los prestadores es tarea urgente porque permiten la transferencia segura y eficiente de los recursos financieros a los prestadores haciendo posible que se pague por los servicios entregados reduciendo los riesgos de fraude y errores. A través de los mecanismos de pagos se determina cómo se financian, organizan y entregan los servicios médicos, influyendo directamente en la eficiencia, calidad, equidad y sostenibilidad del sistema sanitario. Los mecanismos de pagos definen los incentivos alineando comportamientos para alcanzar los objetivos sanitarios y mejorar la atención al paciente para alinear a los prestadores a reducir el gasto innecesario, controlar el fraude y evitar la sobreutilización o subutilización de servicios. Es decir, que promueven la transparencia, el control de riesgos y la rendición de cuentas mediante contratos claros y monitoreo de resultados. El SIS y EsSalud deben aplicar una combinación de mecanismos de pagos, la capacitación a nivel primario de la atención a todas las regiones y redes de salud; pero también pagos por diagnósticos y servicios a nivel de hospitales. De esta manera se pueden alinear los incentivos, garantizar eficiencia y calidad, y asegurar que los recursos públicos tengan el mayor impacto posible en beneficio de la población. Igualmente se pueden añadir incentivos por desempeño en cada red de salud y/o región, basados en un grupo de 10 indicadores de salud simples de seguir e identificar, de tal manera que por su cumplimiento se puede aportar recursos adicionales por desempeño. El seguimiento de estos indicadores debería hacerse con agentes externos para asegurar la no existencia de conflicto de interés y validación profesional externa del desempeño.

Los mecanismos de pago a ser adoptados por el SIS y EsSalud deben ser combinados o mixtos dependiendo de las características de los prestadores. La idea es tener un equilibrio entre la eficiencia, calidad y el control de costos, reduciendo los incentivos adversos que genera cada tipo de mecanismos de pago. Los mecanismos a pago a considerar son:

- **Pago por servicio (Fee-for-service):** Se paga al prestador por cada acto o servicio realizado. Con él se incentiva la producción y acceso a servicios; permite compensar lo efectivamente producido por el prestador. Sin embargo, hay que tener un marco de regulación sólido para evitar la sobreutilización de servicios.
- **Capitación (pago per cápita):** Se pagaría un monto fijo de 200 soles por persona al año, independientemente de los servicios prestados con el objetivo de promover la prevención de los servicios con foco en la atención primaria. Este gasto debe cubrir el costo fijo y variable de los servicios de un plan de beneficios establecido.
- **Pago por caso (GRD – grupos relacionados de diagnóstico/Case-based payment):** Se paga un precio fijo por episodio según el diagnóstico o tratamiento para facilitar un mejor control de costos y hacer que los hospitales operen de manera más eficiente. En este caso, la regulación debe enfocarse en evitar que el prestador reduzca la calidad, reduciendo las estancias en los establecimientos y rechazos de casos complejos de alto costo esperado.
- **Pago por desempeño (Pay for performance):** Se propone pagar un monto extra a cada región o red de salud que cumpla con las metas sanitarias previamente acordadas en un contrato de gestión el fondo público de salud (SIS o EsSalud) con sus prestadores respectivos que venden los servicios. La meta es promover la calidad y dirigir la atención a los usuarios, para ello hay que usar indicadores fáciles de medir.

(4) Mejor distribución de recursos a nivel nacional: equidad e inclusión

Las políticas deben diseñarse con un enfoque explícito en reducir las desigualdades (género, socioeconómicas, territoriales, étnicas). No porque se tiene el dinero se van a resolver los problemas de salud. Si bien en estos últimos 20 años, se ha triplicado o cuadruplicado el presupuesto destinado salud, no se ha resuelto los temas de protección financiera, calidad de servicios y cobertura, especialmente en las poblaciones vulnerables y pobres de zonas remotas. Esto requiere un nuevo enfoque de respuesta de las políticas públicas, que incida en la focalización de servicios en los distritos más pobres, y concentrar más recursos en la atención primaria. Debemos asignar recursos masivos en los 300 distritos mas pobres del país, donde se concentra la mortalidad materna, e infantil, y la anemia de los niños. Esto debería llevarse a cabo a través de un proyecto de 10 años co-financiado y asistencia técnica de la banca Multilateral de Desarrollo, que permita priorizar estos distritos para alcanzar indicadores de salud en estas zonas equivalente al promedio nacional.

(5) Nuevo modelo de atención: foco en la atención primaria.

Es clave fortalecer la atención primaria de salud, en particular mediante la implantación de Redes Integradas de Salud que mejoren la capacidad de diagnóstico, la prevención y promoción de la salud, dentro del marco en el que un 80% de la carga de enfermedad se puede responder con una adecuada atención primaria. Esto implica responder a las emergentes necesidades de salud que el Perú enfrenta en enfermedades no transmisibles, obesidad, y creciente enfermedades infecciones y epidemias. Esto implica tomar acción y recomponer la composición del modelo de atención de priorizar la inversión y asignación de recursos humanos en el primer nivel de atención, donde debería reasignarse vía la nueva inversión de infraestructura de atención primaria abajo señalada hasta el 50% del personal de salud y 75% de la atención de salud como meta en el 2040, en un proceso gradual de inversión y asignación de recursos principalmente da los distritos más pobres con mayores necesidades de salud. Esta reasignación del personal supone la creación de incentivos al personal médico no solo monetario sino también con peso para ascensos en la línea de carrera sanitaria. Otra acción por considerar es que los médicos contratados por el Estado en su línea de carrera deben cumplir por lo menos 2 años de servicios en las regiones en su primer contrato con entidades del Estado (MINSA y EsSalud) o gobiernos locales.

(6) Shock de inversión en infraestructura y equipos de salud

En la actualidad el MINSA cuenta con más de 23,000 establecimientos de salud. El MINSA con EsSalud y las sanidades de las fuerzas policiales administran más de 8000 centros de primer nivel de atención⁶. El número de médicos y enfermeras registradas en el 2023 fue de 98,225 y 111,671 respectivamente. El número de enfermeras representa menos de la mitad que se requieren de acuerdo con estándares internacionales, siendo muy inferior al nivel latinoamericano. Por otro lado, hay un déficit de infraestructura física, camas y equipos. En este contexto, el sistema de salud público requiere un shock de inversión que genere impacto en la próxima década. Se estima por tanto una inversión adicional en 20 hospitales de alta complejidad de 100 camas y 2,000 centros de salud en los próximos 5 años. Estos deben estar equipados y con personal nuevo. Los 20 hospitales a un costo de US\$3,000 millones y los 2,000 centros de salud a un costo total de US\$4,000 millones. Es decir, una inversión en infraestructura en salud de 1,400 millones adicionales por año. Esto debería ser cubierto con parte de los recursos adicionales que deberían movilizarse hacia el sector salud todos los años hasta el 2030 para lograr que por lo menos el 9% del PBI se destine a la salud en el 2030, y un 10% del PBI en el 2040.

(7) Alianza con el sector privado

El sector privado puede apoyar al sector público dado que lo complementa en la prestación de servicios, con más eficiencia, innovación y ampliación de la cobertura de servicios con calidad de atención. En este contexto, acciones importantes es que EsSalud y el MINSA promuevan contratos bajo la modalidad de obras por impuestos para la inversión en **infraestructura y tecnología con el sector** privado aportando capital para la construcción de hospitales, clínicas y equipamiento tecnológico avanzado, mientras el sector público garantiza regulaciones y acceso universal a los servicios. La meta debería ser que por lo menos dos redes adicionales de EsSalud sean administradas por el sector privado y financiada por EsSalud y que 5 redes de salud pública en las regiones operen bajo la misma modalidad. Por otro lado, se plantea una participación del sector privado en coordinación con escuelas nacionales e internacionales de prestigio en la conducción de **Programas de capacitación conjunta** para la formación profesional para médicos y personal sanitario, mejorando la calidad de los servicios y promoviendo la educación en prevención y autocuidado en la población. La meta es capacitar a un mínimo de 5,000 profesionales de salud por año, promoviendo la transferencia de conocimientos y buenas prácticas entre los sectores privado y público, con el objetivo de fortalecer la carrera pública en salud.

(8) Sistema de información: una solución de inteligencia de negocios (BI) aplicada a los datos prestacionales de las IPRESS

La construcción de un sistema de información es esencial para las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y las Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) y se debe reflejar en la mejora de respuesta de necesidades de salud, el fortalecimiento de la cadena de abastecimiento de medicamentos e insumos, el manejo de los tiempos de espera y consultas, la planeación de escenarios de inversión y el monitoreo del desempeño del personal y de las redes de salud. Es notorio que las inversiones en sistemas de información toman mucho tiempo durante su implementación o generan resistencia al cambio por parte de los usuarios internos o limitaciones técnicas de adopción de *hardware* o *software*, en una organización completa y poco articulada como EsSalud o el MINSA, por ello hay que iniciar un shock de inversión a diez años para centralizar la información en la IAFAS y UGIPRESS de EsSalud y del SIS como condición necesaria para administrar el portafolio de riesgos, auditar facturas de servicios y monitorear el desempeño de los proveedores. Se requiere de una inversión de nuevos recursos, actualmente, no disponibles en EsSalud y el MINSA y, por tanto, este shock de inversión puede estar asociado no solo a recursos frescos del tesoro sino también a un proyecto con apoyo financiero y técnico externo. Se requiere un proyecto de un sistema de información que sienta las bases de cobertura de salud digital para EsSalud. Esta inversión es estimada en US\$ 50 millones por año que se expande a lo largo de un periodo de 10 años. El MINSA a través del SIS requeriría un monto similar. El objetivo sería posteriormente construir un sistema de información interconectado entre los dos grandes subsistemas públicos.

Las tecnologías de información y comunicación (TICs) pueden realizar mejoras significativas en la prestación de atención médica mediante las decisiones basadas en la evidencia, la prevención de la duplicación y la ineficiencia en la prestación de la atención clínica. Pueden reorganizar la atención clínica para enfrentar los nuevos desafíos del manejo de enfermedades crónicas y que, en este sentido, permiten una mayor integración entre la atención primaria y especializada. Además, se requiere contar con un registro de salud electrónicos único a nivel nacional que permita mejorar los informes y la evaluación de la calidad clínica a nivel de todos los prestadores del sistema de salud. Para ello se requiere de un plan de inversión que considere (a) **los incentivos** para guiar la implementación y el uso efectivo; (b) **La privacidad y uso de datos** en el diseño de los sistemas y políticas de TIC para la salud; (c) **El intercambio de información** para maximizar las ganancias potenciales de compartir información.

Una acción clave que limita los procedimientos de integración de datos es la falta de homologación o estandarización de códigos de los catálogos que usan los actuales sistemas de información. Los catálogos por estandarizar son los siguientes: (i) procedimientos médicos (CPT), (ii) unidades productoras de servicios de salud (UPSS), (iii) actividades y subactividades asistenciales, y (iv) productos farmacéuticos.

La propuesta de inversión reside en un cambio en el actual modelo aplicado para gestionar la información prestacional de las IPRESS de EsSalud y del SIS:

6 Registro nacional de Instituciones Prestadoras de servicios de salud (RENIPRESS) de la Superintendencia nacional de salud (SUSALUD). <http://renipress.susalud.gob.pe:8080/wb-renipress/inicio.htm>

- a. Estandarizar los datos, y con ellos los catálogos o tablas maestras (Procedimientos médicos (CPT), Unidad productora de servicios de salud, actividades y subactividades asistenciales y productos farmacéuticos), ya que actualmente no se encuentran homologados dentro de las aplicaciones. Esta normalización servirá también para el intercambio electrónico de datos con otras entidades demandantes de información
- b. Definir el dominio de datos: Se deben definir las variables y las métricas que permitirán diseñar la estructura de las bases de datos de los *datamarts* y *datawarehouse*. Estas deberán responder a las necesidades de información de cada unidad prestadora de servicios de salud (UPSS) y demás unidades decisoras. El análisis deberá considerar las necesidades de indicadores y reportes considerando los datos disponibles de los sistemas transaccionales. El modelamiento de estos dominios deberá proponer el *matching* de varias tablas transaccionales para tener mejores resultados analíticos.
- c. Desplegar una estrategia que permita la integración de los datos transaccionales que se registran en el nivel operativo de las IPRESS, pues hacerlo garantizará accesibilidad y rapidez a nuevas variables. Se podrá soportar, en gran medida, la variedad de mediciones de impacto de la gestión hospitalaria. Las bases de datos del SGH requieren de un proceso de consolidación de datos que permita cargar la información hacia una base de datos centralizada. En las bases de datos de las IPRESS contratadas, se propone aplicar un proceso de consolidación de datos basada en la transferencia de paquetes de datos
- d. Implementar reglas de validación y consistencia de datos que garanticen su calidad.
- e. Construir un *datawarehouse* (o repositorio de datos) que contenga todas las estructuras de datos necesarias para responder a las necesidades de información.
- f. Definir el proceso de extracción y transformación de datos prestacionales

(9) Coordinación Intersectorial

La inversión en salud requiere un enfoque multisectorial para construir estrategias efectivas para la formación de capital humano, es esencial un enfoque integral y multisectorial. Las prioridades clave incluyen: (i) Ampliar el acceso a una educación inclusiva y de calidad en todos los niveles. (ii) Fortalecer los sistemas de salud para brindar cobertura universal e intervenciones específicas para grupos vulnerables, (iii) Integrar la nutrición, la salud mental y las habilidades para la vida en los planes de estudio y los programas de salud comunitarios, (iv). Aprovechar la tecnología para llegar vía telemedicina a las poblaciones desatendidas y mejorar la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios. En última instancia, las inversiones en la formación de capital humano en salud y educación no solo producen rendimientos económicos a través de una mayor productividad e innovación, sino que también fomentan la cohesión social, la equidad y la resiliencia.

(10) Participación civil y comunitaria en salud

Hay sustancial evidencia global y en el Perú que la participación de los usuarios conlleva a mejores resultados de salud, mayor equidad en salud y sistemas de salud más efectivos (Altobelli, 2002, Cortez, 1997). Las iniciativas comunitarias entienden mejor las necesidades de la comunidad, facilitan el diseño de prácticas más inclusivas, y culturalmente amistosas, y los recursos de salud se distribuyen con más equidad. La participación de los usuarios construye capital social y facilita abordar los problemas de salud y coordinar los recursos en favor de los usuarios. En el Perú hay evidencia por ejemplo que el enfoque comunitario en los servicios de salud mental ha logrado ampliar cobertura y la calidad de los servicios (Mnookin, 2016). Arequipa y Moquegua son los departamentos con casi la totalidad de atención primaria en salud ofertada por los Centros Locales de administración de Salud (CLAS) en regiones alejadas y sin atención. El número de postas y centro de salud bajo la modalidad CLAS debería ser incrementada transfiriendo capacidades de gestión e información constante los miembros de la comunidad que participen en los comités CLAS. Otro tema es asegurar la "representatividad" de los miembros de la comunidad con procesos claros y transparentes de elección de sus miembros. Cuando los miembros de la comunidad están comprometidos, y bien informados, pueden abogar por políticas y programas que reflejen sus necesidades reales, ayudando a dar forma a la prestación de atención médica hasta la asignación de recursos, y dar respuesta efectiva a las disparidades de salud, haciendo que los servicios de salud sean más sostenibles, transparentes y adaptados a las necesidades de la población. Bajo estas condiciones los CLAS funcionarían mejor y se observa esta situación en las zonas urbanas y regiones menos pobres. (Cortez, 1997)

El rol de los usuarios por el éxito de la reforma en ESSALUD: adicionalmente, en el marco de un proceso gravitante propuesto como es la separación de funciones como IAFAS y como IPRESS, se requiere crear desde el inicio del proceso, condiciones de viabilidad, legitimidad y sostenibilidad para la implementación de la propuesta de reforma para el caso de EsSalud. Tres aspectos son importantes: (a) Viabilidad que es reducir la resistencia al cambio, ganar consenso al interior y exterior de la institución y fortalecer alianzas para llevar adelante las acciones de reforma; (b) La legitimidad del proceso de reforma debe basarse en el reconocimiento por parte de la institución de la opinión, las expectativas y los intereses de los asegurados recogidos en las propuestas específicas a través de consultas periódicas y el funcionamiento de espacios de información sobre las acciones de reforma así como para la coordinación de la participación efectiva de los asegurados; y (c) la sostenibilidad del proceso con acciones que sostengan la propuesta técnica. La participación de los usuarios de EsSalud en monitorear resultados y exigir transparencia y rendición de cuentas es esencial para el éxito de reformas como coproductor de la atención de salud y; como vehículo de control de la atención. Los usuarios pueden representar una fuerza transformadora. Estos cambios tienen un sustento político también, el de impulsar la confianza del ciudadano en ESSALUD y el MINSA e incrementar la satisfacción de usuarios. Esto requiere: 1) elaborar una línea de base, 2) institucionalizar un proceso

de evaluación participativa; 3) coleccionar información local por cada IPRESS; 4) elaborar semestralmente un ranking de satisfacción y ejercicio de derechos y deberes por cada IPRESS; 5) evaluación anual que se comparte públicamente sobre el desempeño de las redes de salud; 6) ejecución de acuerdos y obtención de resultados

(12) Monitoreo y evaluación de impacto.

Contar con un marco de monitoreo y evaluación (M&E) en salud es esencial para garantizar que los programas y sistemas de salud sean efectivos, eficientes y respondan a las necesidades de los ciudadanos (Iaz T, Rasanathan K, Meribole E, Maina I, Nsona H, Aung K M et al. 2018). A partir de aquí, es más fácil para todas las partes interesadas evaluar el progreso hacia los objetivos de salud, identificar brechas y problemas existentes en el sistema de salud, informar la toma de decisiones y la asignación eficiente de recursos, garantizar la rendición de cuentas de los proveedores y el personal de salud, facilitar el aprendizaje y la mejora sabiendo que funciona y qué no; y ayudar a apoyar sistemas de salud integrados en todos los programas y sectores, para avanzar en la cobertura universal de salud (Danforth K, Ahmad AM, Blanchet K, Khalid M, Means AR, Memirie ST, Alwan A, Watkins D, 2023). Para el caso del caso peruano, proponemos un conjunto de 15 trazadores clave para seguir el desempeño del sector salud: (i) gastos de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, (ii) porcentaje de medicamentos recetados pagados por las familias, (iii) indicador de disponibilidad de medicamentos e insumos esenciales, (iv) satisfacción del usuario, (v) tasa de mortalidad infantil, (vi) tasa de mortalidad materna, (vii) tasas de cáncer cervicouterino, cobertura de atención médica, (viii) tasa de prevalencia de diabetes, (ix) porcentaje de mujeres con controles prenatales completos, (x) tiempos de espera en establecimientos de salud, (xi) tiempos de obtención de una cita médica, (xii) porcentaje de niños nacidos en entornos institucionales, (xiii) tasa de desnutrición crónica, (xiv) porcentaje de cobertura de servicios de salud mental, (xv) tasa de cobertura de inmunización,

Estos indicadores pueden utilizarse a nivel nacional y regional para evaluar el desempeño del sistema de salud y determinar si una política debe continuarse, modificarse o suspenderse, medir si las políticas logran los objetivos de salud e identificar áreas de mejora; y orientar la asignación de recursos en áreas o regiones específicas promoviendo la equidad en salud. Al mismo tiempo, es clave la recopilación rápida de datos específicos para la actividad de monitoreo anual, a través del uso de datos de encuestas de salida de usuarios, encuestas de hogares, y encuestas a poblaciones atendidas de los centros de atención primaria de salud.

3.1 En educación

Para lograr que los estudiantes logren manejar las habilidades fundamentales y satisfacer el perfil de egreso, es necesario que la estrategia de la provisión de los servicios educativos sea clara sobre el fin de la educación y que estos servicios se brinden bajo las condiciones adecuadas. La inversión principal se debe dar en los maestros, materiales de educación e infraestructura.

Claridad sobre el sistema educativo, perfil del egresado, tarea de todos:

Dada la complejidad del sistema educativo, es importante considerar que la función principal del sistema educativo es formar habilidades, por lo tanto, las habilidades tienen que ser un elemento cohesionador de la política educativa. Por otro lado, todos los actores tienen que interiorizar la naturaleza sistémica del sistema educativo. Esta naturaleza sistémica llama a una coordinación permanente entre los diversos tipos de actores involucrados.

Urge definir las habilidades que el sistema educativo busca generar, y los mecanismos necesarios para su continua actualización dada la creciente aceleración del progreso tecnológico. El consenso que se logre en el país sobre estas habilidades debe reflejarse en el perfil del estudiante egresado del sistema educativo. Este perfil debe permitir a los estudiantes acceder satisfactoriamente al mercado laboral y adaptarse a los cambios de este. A la vez, los estudiantes que terminan la educación primaria deben estar capacitados para continuar con educación post secundaria y un posterior aprendizaje continuo, inclusive a nivel individual.

En el Perú, el Currículo Nacional de Educación Básica, aprobado en el 2016, define el perfil del egresado y esta bajo implementación actual en el sistema educativo. El currículo está diseñado con un enfoque de competencias, que busca asegurar que los estudiantes puedan usar los conocimientos, versus enfoques pasados que priorizaban solo la memorización de conocimientos.

La constante difusión y actualización del Currículo Nacional y del perfil del egresado asociado es necesario, este proceso que debe contar **con la participación de todos los actores de la sociedad**, bajo el liderazgo del Ministerio de Educación y del Consejo Nacional de Educación, y con activa participación del sector privado y la sociedad civil.

El perfil del egresado de la educación básica es acompañado por el marco de cualificaciones, con un enfoque mayor en el sector productivo. El Marco Nacional de Cualificaciones – MNCP, aprobado en 2022, debe ser revisado y actualizado constantemente, al igual que con el perfil del egresado de la educación básica, con la participación del sector privado y la sociedad civil.

Campañas para cerrar brechas fundacionales

Si bien el perfil de egresado y el marco de cualificaciones son de gran importancia para una buena alineación entre el sistema educativo y el sector productivo, ajustes en el perfil del egresado recién se observarán en el mediano plazo, cuando los estudiantes finalicen sus estudios. No existen medidas objetivas sobre nuestros logros en obtener el perfil de egresado. Los bajos resultados en las pruebas PISA, en que la mayoría de los estudiantes no logran obtener los resultados necesarios para el mercado laboral del siglo XXI, confirma la percepción que el sistema educativo no está generando los resultados esperados.

En la necesidad de lograr que los estudiantes logren el perfil de egresado, hay que trabajar sobre las brechas en las habilidades fundacionales como la lectoescritura y matemáticas básicas. Si bien, a priori pareciesen menos relevantes, que, por ejemplo, las habilidades del Siglo XXI, sin capacidad de leer y comprender un texto simple, o realizar operaciones aritméticas básicas, será difícil para los estudiantes acabar con el proceso educativo de forma satisfactoria y participar en el mercado laboral. Es urgente establecer como prioridad que **todos los niños tengan capacidad de leer y entender en el final del primer ciclo de primaria un texto simple**. Lograr este objetivo requiere la acción conjunta urgente de profesores, directores, padres y madres de familia, gobiernos, academia y la comunidad en general, y probablemente se requiera distintos tipos de acciones para diferentes tipos de escuelas y alumnos.

Romper inercias

Enfrentar la emergencia del sector educativo también requerirá romper ciertas inercias que han caracterizado el sector. Por ejemplo, si bien el currículo actual está basado en competencias, es importante analizar si este nuevo enfoque se ha implementado firmemente en el aula. De la misma forma, se debe incorporar la flexibilidad en el sistema educativo dado que no todos los estudiantes progresan a la misma velocidad, y en muchos casos, enseñar sin ajustar la enseñanza al nivel adecuado afecta el proceso de aprendizaje del estudiante. La evidencia internacional sobre la importancia de enseñar a nivel correcto es abrumadora y creciente, porque sería urgente **implementar principio de enseñanza a nivel correcto** en el sistema educativo peruano.

Constante monitoreo de la calidad

Logro de perfiles de egresado, monitoreo de habilidades fundamentales, implementación de esquemas de enseñanza a nivel correcto requieren la existencia de información sobre resultados educativos. Afortunadamente, en Perú existe gran cantidad de información sobre aprendizajes de los estudiantes, tanto por la participación en pruebas internacionales como por las evaluaciones realizadas por el Ministerio de Educación. Es importante seguir **evaluando a los alumnos en pruebas estandarizadas a nivel nacional e internacional**.

A nivel internacional, Perú ha participado continuamente en todas las pruebas PISA desde el 2009, así como en la prueba del 2000. Esta participación continua nos ha permitido observar aumentos importantes en los puntajes de los alumnos. En la actualidad, Perú se ubica en América Latina en 4to lugar en Matemática, 6to en Ciencias y 7mo lugar en Lectura. pero todavía muy rezagados a los países desarrollados. Perú también ha participado en las diversas pruebas organizadas por UNESCO (ERCE). Dada la urgencia de medidas que se relacionen de mejor medida con habilidades fundacionales, el Perú debería evaluar la participación en las pruebas PIRLS que miden la comprensión lectora de estudiantes de cuarto grado, y TIMSS (son las siglas de "Trends in International Mathematics and Science Study"), que evalúa el rendimiento en matemáticas y ciencias en estudiantes de cuarto y octavo grado.

A nivel nacional, se vienen realizando evaluaciones estandarizadas durante décadas. En el 2024, se ha realizado la Evaluación Nacional de Logros de Aprendizaje 2024, que incorporó una prueba censal a estudiantes a 4to grado en Matemáticas y Lenguaje, y una prueba censal a estudiantes de 6to grado. Los resultados en cuarto grado muestran que ya estaríamos recobrando los niveles pre-COVID en Lenguaje, no obstante, todavía no se recuperan esos niveles en Matemáticas. Los resultados de las pruebas muestran importantes diferencias entre escuelas privadas y públicas, urbanas y rurales, y entre regiones.

Es indispensable **potenciar el uso de los resultados de las evaluaciones en la gestión educativa** reforzando la autonomía y capacidad institucional del proceso de elaboración de estos, y de la capacidad de los que reciben la información para tomar decisiones. Las bases de datos de los resultados de desempeño escolar deben continuar siendo de libre acceso a investigadores y la academia para dar más información para la toma de decisiones y así que se informe al público de la eficiencia del uso de los recursos públicos en educación para hacer los ajustes de gestión que sean necesarios.

Profundizar acciones con relación a profesores

Con relación a los profesores, el Perú ha institucionalizado que los docentes deben ser sujetos a evaluaciones de entrada, de promoción y de permanencia según lo determinado por la Ley de la Reforma Magisterial (aprobada en 2012), que expandió la cobertura de la Ley de la Carrera Pública Magisterial (aprobada en el 2007). Estas leyes buscaban introducir la meritocracia dentro del sistema educativo. No obstante, la aplicación de dichas leyes ha sido parcial dado que la mayoría de los maestros no han participado en procesos de evaluación incorporados en las mismas. Es urgente que los mecanismos incorporados en dichas leyes se retomen, de tal forma que **todos los maestros en el aula tengan la oportunidad de demostrar su capacidad** para impartir las competencias incluidas en el currículo y lograr el perfil de egreso. Mas allá de posibles efectos positivos de la ley de Reforma Magisterial si es que se aplica a profundidad, otras medidas complementarias son necesarias para lograr maestros excelentes. Entre ellas:

- **Urgente necesidad de que los mejores postulen a la docencia**, para ello la carrera docente tiene que ser competitiva, con atractivos profesionales similares a los de otras carreras profesionales. Las oportunidades de formación post secundaria, en institutos pedagógicos y universidades deben estar disponibles a costos razonables y los beneficios pecuniarios y no pecuniarios de ser docente deben ser similares a los de otras profesiones. Si bien se ha avanzado en el establecimiento de una estructura meritocrática en base a la Ley de Reforma Magisterial, todavía la aplicación es limitada. Un gran número de docentes son contratados con condiciones laborales inferiores a los contratados bajo dicha ley. Es urgente un monitoreo continuo en el nivel de atracción de la docencia como profesión. Si bien se ha avanzado en compensar a docentes para que acepten plazas en lugares de difícil acceso, un especial énfasis se debe dar en garantizar que dichas plazas permanezcan

atractivas. Es importante mencionar que los jóvenes no solo estarían interesados en aspectos pecuniarios, y campañas de promoción a la docencia que resalten el impacto positivo de los profesores han tenido resultados importantes.

- **Apoyo constante a la formación docente, pre-servicio y en servicio y en servicio.** Se debe revisar la capacidad de los institutos pedagógicos y universidades para formar docentes capaces de implementar de forma adecuada el currículo nacional básico que conduzca a estudiantes a satisfacer el perfil de estudiantes y de lograr que los estudiantes dominen las habilidades fundamentales. Se debe brindar apoyo a estas instituciones en la medida que las acciones propuestas apunten a la mejora de estas habilidades. Se debe facilitar el acceso de maestros a sistemas de capacitación constante en línea, que tomen ventaja de la inteligencia artificial, estos procesos deben ser acompañados por capacitaciones presenciales y coaching en clase. En esta dirección, se plantea una inversión sostenida de becas de estudios para los docentes. Capacitar a unos 5,000 maestros por años con estudios de maestría en el exterior a un costo total anual de US\$150 millones.
- **Potenciar el sistema de aseguramiento de calidad.** Si bien es necesario garantizar que los mejores estén en el sistema, al mismo tiempo es necesario que siempre los alumnos en el aula estén frente a profesores capaces. Los sistemas de aseguramiento de la calidad docente contemplados en la Ley de Reforma Magisterial deben ser implementados con mecanismos para que los docentes que no demuestren la capacidad tengan oportunidades para mejorar dichas capacidades, y, en caso no se materialicen dichas reformas, sean removidos del aula de clase para no afectar el aprendizaje de los alumnos.

Continúa mejora en las condiciones de provisión del servicio educativo

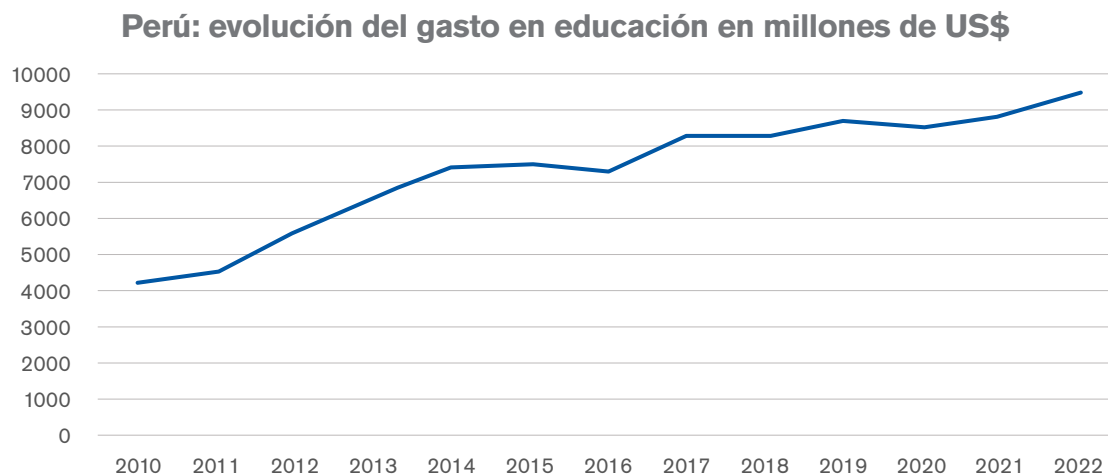
- **Mejoras en las condiciones para la provisión del servicio educativo.** Las escuelas deben tener los recursos para garantizar que los estudiantes logran los objetivos del currículo. Y que esto se realice garantizando que todos los alumnos logren alcanzar su potencial, independiente de sus condiciones económicas, sexo, u otros. Si bien en Perú se ha avanzado en la provisión de materiales educativos, los cuales en los colegios públicos estarían llegando de forma oportuna al comienzo del año escolar, las escuelas en su gran mayoría necesitan de recursos informáticos (12 y 7 estudiantes por computadora en primaria y secundaria) y conectividad (no cuentan con internet 6 de cada 10 escuelas públicas y 3 de cada 10 escuelas públicas de primaria y secundaria, respectivamente), para que los estudiantes puedan acceder a una mayor fuente de materiales y desarrollen con mayor efectividad las competencias del siglo XXI. En este contexto, se requiere promover la lectura de nuestros niños de manera acelerada para ello hay que invertir en libros, un paquete de 30 dólares por alumno, con un total de inversión aproximado anual de US\$200 millones. Esto debería complementarse con espacios dedicados a la lectura en las aulas y difusión y promoción de la lectura en los hogares.
- **Un shock de inversión en infraestructura educativa** para garantizar que todos los alumnos del Perú asisten a centros educativos con los estándares encontrados en las Escuelas Bicentenario. Recursos para dicho shock deben ser adicionales al 20% y financiarse con recursos no planeados que el estado pueda obtener. Sería aconsejable que el estado considere la creación de fondos soberanos para financiar gastos de educación futuros con recursos no planeados que obtengan. La tarea de invertir en nueva infraestructura es tarea urgente. En Perú se estima un importante déficit en las condiciones de infraestructura de las escuelas, con aproximadamente 60% de las escuelas con brechas significativas. Es decir, del total de 55,300 escuelas públicas del censo educativo de 2023, tenemos unas 33,000 que no cumplen con requerimientos mínimos de infraestructura. Se requieren Iniciativas recientes, como el Programa de Escuelas Bicentenario, que están contribuyendo a cerrar dichas brechas, pero la velocidad frente a la magnitud de los retos es muy limitada, y el modelo puede no ser adecuado para todas las escuelas del país. Se propone construir/mejorar 1000 escuelas nuevas anualmente que den cobertura a 500-800 alumnos en promedio cada una, equipadas de manera completa, con luz, electricidad e internet anualmente para que en 10 años se reduzca significativamente la brecha de infraestructura. Esto representa una inversión anual de US\$2,000 por año durante 10 años. Esto representa el 0.8 % del Producto Bruto Interno (PBI) de hoy y es factible de asignar dado nuestras tasas de crecimiento económico esperado en la próxima década donde se espera un mayor PBI.
- **Dar soluciones en la provisión de servicios educativos que responda a la diversidad de la geografía y distribución poblacional del Perú.** Tienen que idearse soluciones tanto para las escuelas de importante tamaño, urbanas, como para escuelas de tamaño reducido en zonas rurales. Asimismo, estas soluciones deben tener en consideración las dinámicas poblacionales de distintas regiones del Perú, y posibles disminuciones futuras de la disminución de la población escolar por caídas en la tasa de fertilidad⁷. Por ejemplo, se debe ampliar las experiencias con escuelas internados y otras alternativas para evitar la construcción de escuelas de gran tamaño en zonas rurales.

Recursos adicionales bienvenidos para cerrar brechas estructurales

- **Movilización de recursos.** El Perú se encuentra realizando un esfuerzo considerable para financiar el sistema educativo. En el 2025, se destinó aproximadamente el 20% del presupuesto público a gasto educativo, monto alineado con las recomendaciones internacionales sobre gasto público a educación. No obstante, ello, el gasto por estudiante todavía es muy bajo situándose en US\$ 1000 mientras que el promedio de la OECD es de US\$7000.

⁷ Si bien la tasa de matrícula ha aumentado en los últimos 10 años, la dinámica exacta requiere mayor estudio dado el impacto de la migración venezolana y el COVID. Pero, por ejemplo, entre 2023 y 2024, la matrícula en educación inicial cayó de 1.726 millón a 1.695 millón y en primaria de 3.847 millón a 3.771 millón.

Figura 5. Evolución del gasto en educación (millones de US\$).



Fuente: UNESCO (s.f.) Education Finance Watch. Disponible en <https://www.unesco.org/gem-report/en/publication/2024-education-finance-watch>

Hacia adelante se debe al menos mantener un gasto similar para garantizar el funcionamiento de un sistema educativo de calidad. Mantener las tasas actuales pueden financiar las propuestas mencionadas anteriormente, incluyendo la de infraestructura. A medida que la economía crezca, se registrará un aumento similar de recursos al sector educativo de mantenerse las proporciones constantes.

4. Mensaje Final: Tiempo de actuar

En el mediano plazo, para que el Perú alcance tasas de crecimiento que nos permitan llegar a ser un país desarrollado y mejorar las condiciones de vida de todos los peruanos, es fundamental que el sistema educativo forme individuos con las habilidades adecuadas, y que el sector salud de protección financiera, y servicios de atención primaria con calidad que involucre como aliado estratégico al sector privado en la prestación de servicios. La definición precisa de las nuevas habilidades educativas y de vida de nuestros niños, y el fortalecimiento de la salud de la población constituyen el eje central del fortalecimiento del capital humano en el Perú que conlleve a un mayor bienestar del individuo y sus familias, para esto se requiere un liderazgo que involucre a todos los agentes clave de la sociedad. Las acciones actuales en materia de capacitación docente, infraestructura y medición de la calidad educativa, así como la inversión en infraestructura de salud, separación de roles de financiamiento y provisión, e inversión en recursos humanos en ambos sectores deben reforzarse con un shock de inversiones.

En el corto plazo, es crucial que todos los alumnos puedan leer con fluidez al final de la primaria, y la sociedad en su conjunto debe enfocarse en lograr este objetivo. En salud debemos ampliar la movilización de recursos en salud al 9% del PBI y lograr una protección financiera del 20% en el 2030, que son metas factibles. Los recursos existen y con una población que espera respuestas del Estado, es tiempo de pasar a la acción.

5. Referencias

- Altobelli, L. (2002). "Participación Comunitaria en la Salud: La Experiencia Peruana de los CLAS". En *La Salud Peruana en el Siglo XXI, Capítulo VI*. Lima: Centro de Investigación Económica y Social.
- Banco Mundial (2024), *Learning Poverty Brief*. Disponible en <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099060124164539924/pdf/P179209-edf569b0-13e4-46a8-bed2-1be70d0c0afa.pdf>
- Banco Mundial (2020), *Perú : Human Capital Index 2020*. Disponible en https://databankfiles.worldbank.org/public/ddpext_download/hci/HCI_2pager_PER.pdf
- Censo Escolar. Disponible en https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fm.inei.gob.pe%2Fmedia%2FMenuRecursivo%2Findices_tematicos%2Fcd0_12.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK
- Cortez, Rafael (1997). *Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS*. Lima: Universidad del Pacífico
- Cortez, R. (1999). *Salud y productividad en el Perú: Un análisis empírico por género y región*. <https://doi.org/10.18235/0012027>
- Cortez R, Medici A, Singh R. Out-of-Pocket Spending and Financial Equity in the Access to Medicines in Latin America: Trends and Challenges: 2010-2020. (2023). *J Law Med Ethics*. 2023;51(S1):17-38. doi: 10.1017/jme.2023.136. Epub 2023 Dec 29. PMID: 38156357.
- Cortez, Rafael. "Políticas de Salud Post COVID-19", 2025. En: *Por un salto cualitativo de la gestión pública*. Cortez, Rafael, Morales Armando (editores). Fondo editorial de la Universidad del Pacífico. 2025.
- Danforth K, Ahmad AM, Blanchet K, Khalid M, Means AR, Memirie ST, Alwan A, Watkins D. Seguimiento y evaluación de la implementación de paquetes esenciales de servicios de salud. *BMJ Salud global*. Marzo de 2023; 8 (Supl 1): e010726. doi: 10.1136/bmjgh-2022-010726. PMID: 36977532; PMCID: PMC10069525.
- GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators (2022). *Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019*. *The Lancet. Global health*, 10(12), e1715–e1743. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00429-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00429-6)
- Hanushek, Eric & Woessmann, Ludger. (2011). 'The economics of international differences in educational achievement', in E.A. Hanushek, S. Machin and L. Woessmann (eds.), *Handbook of the Economics of Education*, North Holland, Amsterdam, Vol. 3, pp. 89–200.
- INE 2024. *Página Web del INEI*: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6749463-cifras-de-pobreza-2024>
- Iaz T, Rasanathan K, Meribole E, Maina I, Nsona H, Aung K M et al. Marco y estrategia para el monitoreo y la evaluación integrados de los programas de salud infantil para una programación receptiva, rendición de cuentas e impacto *BMJ* 2018; 362 :k2785 doi:10.1136/bmj.k2785
- MINEDU (2016), *currículo Nacional de educación básica*, Disponible en <https://www.minedu.gob.pe/curriculo/pdf/curriculo-nacional-de-la-educacion-basica.pdf>
- MINEDU (2021), *Marco Nacional de Cualificaciones*, Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/2119133-321-2021-minedu>
- MINEDU (s.d.), *Resultados de evaluaciones censales*. Disponibles en <http://umc.minedu.gob.pe/uresultados/> MINEDU (s.d),
- Mnookin, Seth (2016). *Out of the shadows: making mental health a global development priority*. World Bank 2016.)
- Luque, Javier (2025), "El sector educación necesita un zamacon". En: *Por salto cualitativo de la gestión pública*. Cortez, Rafael, Morales Armando (editores). Universidad del Pacífico.

OECD (s.f.) Resultados de las evaluaciones PISA. Disponibles en Datasets / OECD

OECD (2025). Health overview: Peru

OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Ribero, Rocio and Núñez, Jairo, Productivity of Household Investment in Health: The Case of Colombia (January 1999). IDB Working Paper No. 98,

World Bank data (2025). <https://data.worldbank.org/>