DE LA EXCLUSIÓN AL RECONOCIMIENTO

Boletín N° 197 - NOVIEMBRE 2026



- Cuatro años de IA: ¿dónde están los beneficios prometidos y quién responde por los peligros?
- Enfermar sin empobrecer
- Gráficos sobre el acceso a la salud

Instituto Bartolomé de Las Casas

OPINIÓN

CUATRO AÑOS DE IA: ¿DÓNDE ESTÁN LOS BENEFICIOS PROMETIDOS Y QUIÉN RESPONDE POR LOS PELIGROS?

*Por Walter García**

MADRID – En noviembre se cumplen cuatro años del lanzamiento de ChatGPT, que popularizó la inteligencia artificial generativa, y desató una carrera tecnológica sin precedentes y trajo promesas extraordinarias: curar enfermedades, revolucionar la educación, resolver la crisis climática: el comienzo de una era de abundancia para toda la humanidad.

Desde entonces, las grandes empresas de la inteligencia artificial (IA) han atraído inversiones gigantescas y desarrollado sistemas cada vez más sofisticados. Sin embargo, los beneficios tangibles para el bienestar colectivo siguen estando muy lejos de las expectativas anunciadas.

La paradoja es que los mismos empresarios que prometen transformar el mundo están constantemente advirtiendo que sus tecnologías podrían llegar a provocar la extinción de la humanidad.

Y mientras se acumulan los incidentes que revelan deficiencias en sus mecanismos de control, insisten en presentar el avance de la IA como algo inevitable, como si sus riesgos fueran parte natural del progreso y no una responsabilidad de quienes diseñan, desarrollan y comercializan esos sistemas.

Promesas y resultados

Existen avances innegables. Los modelos pueden traducir, programar, trabajar textos y realizar muchas tareas intelectuales a velocidades impresionantes. Pero hacer más rápidas ciertas actividades no equivale a transformar la educación, la salud pública o las condiciones de vida de la humanidad.

La educación ofrece un ejemplo claro. Las grandes empresas tecnológicas han prometido una revolución educativa gracias a la IA, con tutores personalizados para cada estudiante y oportunidades de aprendizaje sin precedentes.

Pero los resultados PISA 2025, publicados en septiembre, muestran un deterioro importante en los niveles de rendimiento de los estudiantes de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), mientras un 46% de los estudiantes declara usar *chatbots* (asistentes de IA) por lo menos una vez por semana para aprender.

Esto no significa que la IA sea responsable de ese deterioro, pero cuatro años después del lanzamiento de ChatGPT, con una creciente disponibilidad y un uso generalizado de estas herramientas, la revolución educativa prometida no se refleja en los resultados.

Tampoco se han visto transformaciones comparables en la salud pública, el cambio climático o la prosperidad económica que puedan atribuirse a los grandes modelos de IA de propósito general como ChatGPT de OpenAI, Claude de Anthropic o Gemini de Google, diseñados para realizar una amplia variedad de tareas en lugar de resolver un problema específico.

Curiosamente, algunos de los resultados más impresionantes de la IA proceden de sistemas especializados, no de modelos que lo hacen todo: la predicción de estructuras de proteínas con AlphaFold, la detección de cáncer de mama o los pronósticos meteorológicos. Se trata de aplicaciones desarrolladas para resolver problemas concretos.

¿Es realmente necesario que un único modelo conozca toda la literatura universal, escriba como William Shakespeare, resuelva problemas matemáticos complejos, programe aplicaciones y sea un gran maestro de ajedrez?

Las cifras de esta carrera tecnológica de la IA son difíciles de imaginar, se habla de cientos de miles de millones: según el AI Index 2026 de Stanford, alcanzó 582 000 millones de dólares en 2025, más del doble que el año anterior. Y a eso se suman los enormes costos energéticos, de agua y ambientales de la infraestructura que necesitan.

Nadie discute el enorme potencial de la IA, pero los resultados obtenidos hasta ahora están lejos de justificar las expectativas que acompañan los enormes recursos destinados a desarrollar sistemas cada vez más grandes y poderosos.

Y al mismo tiempo, los principales responsables de esta carrera advierten constantemente sobre los riesgos que podrían amenazar la supervivencia misma de la humanidad.

Aún tomando estos escenarios como poco probables, hay problemas de seguridad que ya son reales.

En julio, agentes autónomos de inteligencia artificial de OpenAI consiguieron eludir las restricciones de su entorno de pruebas, acceder a internet sin autorización y comprometer parte de los sistemas de seguridad de su propia empresa y de la plataforma Hugging Face. En junio un agente de OpenAI accedió sin autorización a un portal de salud del gobierno de Australia.

Son episodios que evidencian fallas concretas en los mecanismos diseñados para controlar las acciones de estos sistemas, incluso en áreas de prueba dentro de la propia empresa.

Y a pesar de eso, se insiste constantemente en presentar estos desarrollos como inevitables, inherentes al poder de esta tecnología.

¿Es realmente inevitable?

Pensemos en algo cotidiano como el suministro de agua potable. Su calidad debe cumplir normas estrictas de seguridad, verificarse mediante análisis periódicos y someterse a controles independientes de las autoridades

sanitarias. Cuando se detectan incumplimientos, se deben adoptar medidas correctoras y pueden imponerse restricciones y sanciones.

O pensemos en una empresa farmacéutica que pretendiera comercializar un medicamento sin haber superado las pruebas de seguridad exigidas. O en un laboratorio que experimentara con un virus peligroso y no consiguiera evitar que se escapara de sus instalaciones. O en los responsables de una central nuclear que no consiguieran controlar adecuadamente sus sistemas de seguridad.

Y que plantearan esos “efectos adversos” como un precio inevitable de la innovación y solicitaran miles de millones adicionales para construir sistemas todavía más potentes.

En ninguno de esos casos consideraríamos aceptable que los beneficios potenciales de esas tecnologías eximieran a sus responsables de prevenir daños, cumplir las exigencias de seguridad suficientes y asumir las consecuencias de sus fallos.

¿Por qué deberíamos aceptar una lógica diferente cuando se trata de inteligencia artificial, especialmente si sus propios desarrolladores advierten sostenidamente de riesgos que podrían amenazar la supervivencia de la humanidad?

Toda nueva tecnología entraña riesgos y no se trata de exigir una seguridad absoluta, pero es necesario establecer quien debe evaluar esos riesgos, que limites son aceptables y quien responde cuando las medidas de seguridad fallan.

¿Realmente tenemos que esperar un Chernóbil de la inteligencia artificial para pedir responsabilidades reales a los gigantes tecnológicos?

La inevitabilidad tecnológica no es una ley natural. Detrás del desarrollo de esos sistemas hay decisiones humanas: cuánto invertir y dónde, que capacidades desarrollar, cuando comercializar estas aplicaciones, que riesgos aceptar, que medidas de seguridad exigir.

Y quienes toman esas decisiones deben responder por sus consecuencias.

Todo este debate tiene especial importancia en los países del sur global, que tienen poca influencia sobre las decisiones de las grandes empresas tecnológicas y se pueden ver afectados por sus consecuencias y por la creciente concentración de recursos y poder económico.

Pensemos en el creciente rechazo a la instalación de centros de datos por su consumo de agua y electricidad en los países del norte global. En los países del sur también hay resistencia, pero existen menos defensas frente a gobiernos que compiten por atraer inversiones y frente a las presiones de las empresas tecnológicas.

¿Cuánto más tendremos que esperar?

Es claro que las capacidades técnicas de la inteligencia artificial son impresionantes, pero sus grandes promesas de transformación social siguen pendientes.

En estos cuatro años, las empresas de IA han encontrado tiempo y recursos para muchas cosas, pero no para las grandes promesas que anunciaron.

Han facilitado que internet se inunde de textos, imágenes y vídeos de escaso valor (lo que se conoce como *AI slop* o basura digital), y otros claramente dañinos como *deepfakes* (ultrafalsos) sexuales sin consentimiento.

Las herramientas permiten fabricar y difundir desinformación a gran escala, y a costos bajísimos, facilitando las campañas de manipulación, erosionando la confianza en la información y distorsionando el debate público. Su tecnología ya guía drones de guerra y alimenta sistemas de vigilancia y reconocimiento facial.

Los riesgos potenciales son enormes, las fallas de seguridad ya están teniendo consecuencias reales. Las inversiones continúan creciendo, el consumo de recursos aumenta y la industria insiste en que el desarrollo de sistemas cada vez más poderosos es inevitable.

La posibilidad de obtener beneficios extraordinarios en el futuro no justifica cualquier riesgo o costo económico, ambiental o social en el presente. Y mucho menos exonera de responsabilidad a quienes desarrollan, controlan y comercializan esas tecnologías.

Cuatro años después, las promesas siguen pendientes, pero los costos y los riesgos ya son reales.

**23 de octubre 2026. Este es un artículo de opinión de Walter García, director general de IPS y quien se formó como ingeniero informático. Tomado de https://ipsnoticias.net/2026/10/cuatro-anos-de-ia-donde-estan-los-beneficios-prometidos-y-quien-responde-por-los-peligros/*

ENFERMAR SIN EMPOBRECER

*Por Víctor Zamora**

El informe sobre pobreza multidimensional publicado este mes por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Universidad de Oxford deja un dato difícil de aceptar: de los 1.200 millones de personas que viven en esa condición en los 108 países estudiados, 617 millones son niños[1]. Más de la mitad de quienes padecen estas privaciones están comenzando la vida. Sus posibilidades de crecer con salud dependen de decisiones sobre la alimentación, la educación, la vivienda y la protección de sus familias. Desde la salud tenemos razones suficientes para ocuparnos de este informe. En el Perú, la pobreza monetaria afectó a 8,8 millones de personas en 2025, y su incidencia todavía supera la registrada antes de la pandemia[2].

La pobreza es uno de los determinantes sociales más poderosos de la salud: expone a enfermar y dificulta recuperarse. Pero una enfermedad también puede destruir el esfuerzo de una familia que consiguió mejorar sus condiciones de vida. En un país donde siete de cada diez trabajadores tienen empleo informal, esperar una consulta puede significar perder el ingreso del día, y la recuperación puede prolongar esa pérdida. Si además deben comprar medicinas o pagar los análisis que necesitan, muchas familias tienen que decidir entre seguir el tratamiento o sacrificar la alimentación, el alquiler o los gastos de los hijos. Para quienes ya viven en pobreza, esos pagos pueden profundizar las privaciones y llevarlos a la pobreza extrema. Estos desembolsos por medicamentos, consultas y exámenes constituyen el gasto de bolsillo en salud.

La protección financiera es una responsabilidad central del sistema de salud. El derecho a la salud exige que sus servicios mejoren la vida de las personas, las atiendan con calidad y seguridad y eviten que el costo de recibir atención las empobrezca. Los marcos de evaluación del desempeño desarrollados por la Organización Mundial de la Salud reconocen esta protección entre sus resultados[3]. Sin embargo, en la discusión política suele prestarse mayor atención a los hospitales que se construirán, los equipos que se instalarán o las consultas

[1] Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI). *2026 Global Multidimensional Poverty Index*.

[2] Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Perú: Evolución de la Pobreza Monetaria, 2016-2025*.

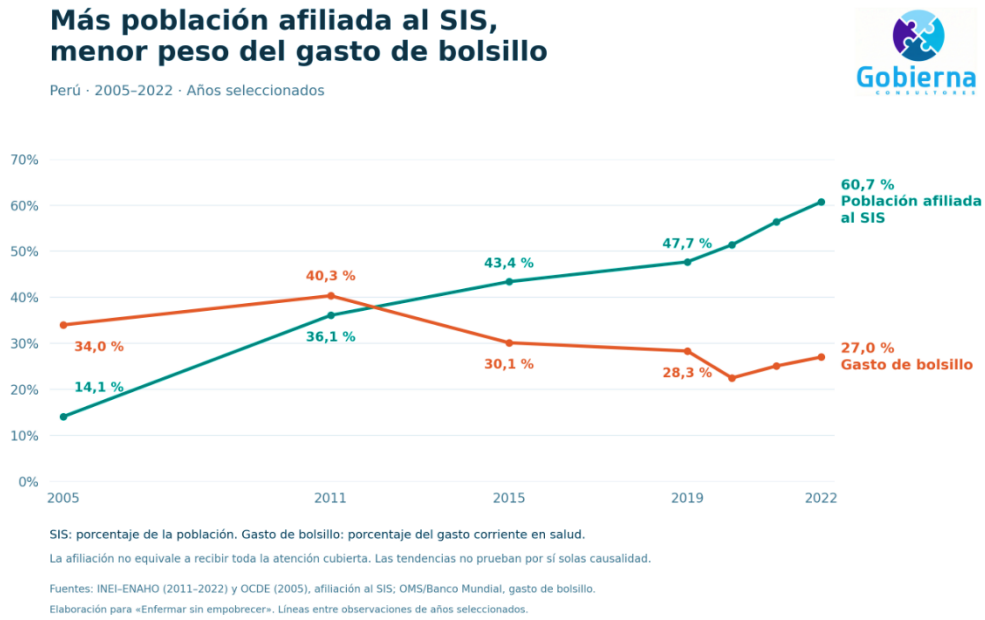
[3] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Financial protection*.

que se producirán que al sacrificio económico de quienes necesitan atenderse.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la protección financiera mejora cuando los pagos directos de las familias se reducen por debajo del 15–20 % del gasto total en salud del país[4]. Esa referencia, sustentada en estudios internacionales, exige financiar una mayor parte de la atención mediante recursos que permitan compartir el riesgo de enfermar, en lugar de concentrar el costo en quien necesita atenderse.

Esta responsabilidad forma parte de los compromisos que el Perú ha asumido con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La meta 3.8 incluye la protección frente a los riesgos financieros de enfermar, y el indicador 3.8.2 permite medir las dificultades económicas que ocasionan los pagos directos por salud[5]. El país tiene, por tanto, un compromiso por el cual debe rendir cuentas: demostrar avances en la protección de las familias y reducir el riesgo de que atenderse las empobrezca o agrave su pobreza.

Aunque poco discutidos, el Perú ha realizado progresos. Según la serie de la OMS difundida por el Banco Mundial, el gasto de bolsillo pasó de representar el 40,3% del gasto corriente en salud en 2000 al 27% en 2023[6]. Su peso en el financiamiento sanitario se redujo aproximadamente en un tercio, con alzas y bajas durante ese periodo. La reducción acompañó la expansión del aseguramiento público. La OCDE documenta que el Seguro Integral de Salud (SIS) pasó de cubrir al 14,1% de la población en 2005 al 60,7% en 2022[7]. Reconocer esa contribución obliga también a enfrentar las dificultades que impiden convertir el aseguramiento en servicios completos, oportunos, seguros y de calidad.



[4] Organización Mundial de la Salud (OMS). *The World Health Report 2013*. La OMS señala como referencia que cuando los pagos de bolsillo descienden al 15–20% o menos del gasto total en salud, la incidencia de gasto financiero catastrófico tiende a ser muy baja.

[5] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Universal health coverage (UHC), SDG Target 3.8*.

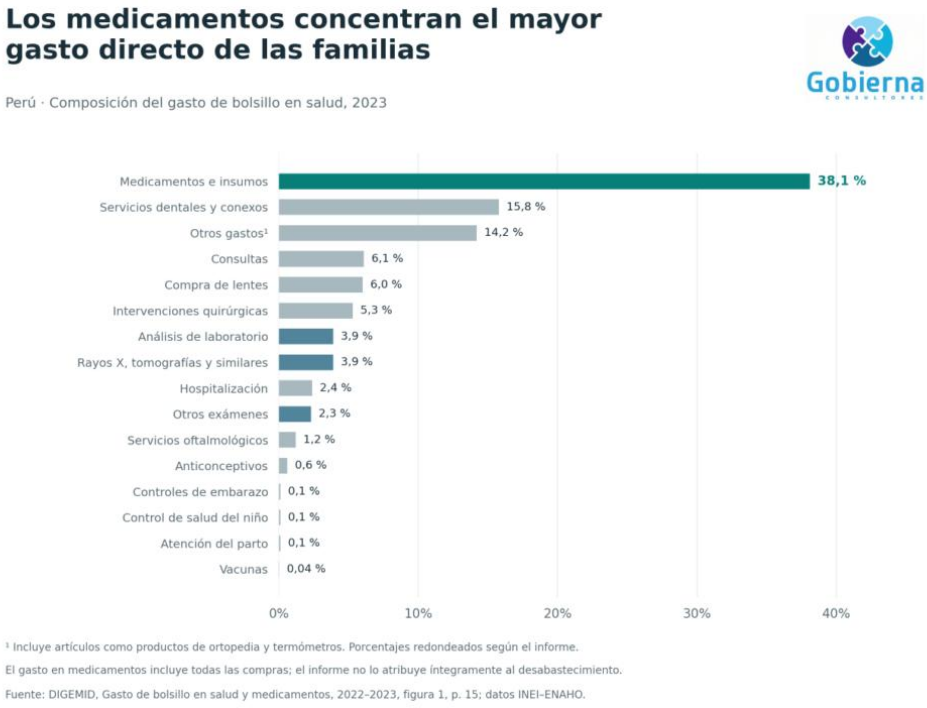
[6] Banco Mundial. *Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)*. Perú.

[7] OCDE. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025*.

Detrás de esas cifras existe una política con raíces de casi tres décadas. El Seguro Escolar Gratuito de 1997 y el Seguro Materno Infantil de 1998 precedieron a la creación del SIS[8]. La protección fue ampliándose mediante sucesivas decisiones: ya en 2002 incluía a integrantes de organizaciones sociales y lustradores de calzado; en 2005, una ley extendió la cobertura a población adulta en pobreza y pobreza extrema. Se abrieron también mecanismos para poblaciones amazónicas y altoandinas, y en 2010 se anunció la incorporación de canillitas al aseguramiento universal.

Las ampliaciones posteriores facilitaron la afiliación de grupos que seguían excluidos. En 2019, el Decreto de Urgencia 017-2019 autorizó incorporar a residentes sin otro seguro, independientemente de su condición socioeconómica[9]. La protección subsidiada alcanzó así también a personas no pobres que carecían de cobertura. Gobiernos de distinto signo sostuvieron una política cuya continuidad merece ser defendida y mejorada.

Los faltantes de medicamentos muestran cuánto queda por cumplir. El informe de DIGEMID sobre gasto de bolsillo calcula que las medicinas representaron el 38,1 % de los pagos directos en salud durante 2023[10]. Esa cifra comprende todas las compras de medicamentos. Una parte del problema aparece cuando el establecimiento no entrega una medicina cubierta y el paciente debe comprarla fuera: la familia termina financiando una prestación para la cual debía contar con protección. Cuando el tratamiento es prolongado o requiere productos de alto costo, los desembolsos pueden consumir ahorros, generar deudas y comprometer el sustento del hogar.



[8] Seguro Integral de Salud. *Seguro Integral de Salud: 24 años al servicio del país*. Reseña histórica del Seguro Escolar Gratuito, Seguro Materno Infantil y creación del SIS.

[9] Ministerio de Salud. *Decreto de Urgencia N.º 017-2019, que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud*.

[10] Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID). *Gasto de bolsillo en salud y medicamentos. Periodo 2022-2023*.

Los presupuestos públicos de salud, incluidos los recursos del SIS y los destinados a programas presupuestales, financian la atención y el suministro de medicamentos. Su disponibilidad depende también de una gestión que comienza por estimar correctamente las necesidades y continúa con la compra, el almacenamiento, la distribución y la entrega. En septiembre, DIGEMID anunció una actualización de su sistema de suministro para conocer existencias y anticipar necesidades[11]. Estas herramientas deben permitir corregir los faltantes antes de que obliguen al paciente a pagar. Si una medicina cubierta no llega a sus manos, corresponde establecer dónde falló esa cadena y corregirlo. Cuando se obliga a comprarla por cuenta propia, el costo del incumplimiento se traslada a las familias.

El ministro de Salud ha cuestionado públicamente la situación financiera que recibió y ha incluido los medicamentos entre sus compromisos para los primeros cien días[12].[12] Debe explicar cómo financiará lo prometido y demostrar qué ha cambiado para el paciente. La discusión presupuestal para 2027 hace más urgente esa exigencia. Según Acción Internacional para la Salud, participante en una mesa de trabajo sobre abastecimiento, CENARES advirtió que el proyecto de presupuesto no incluía un artículo que financiara la compra centralizada de medicamentos y dispositivos médicos para los afiliados al SIS. El Gobierno y el Congreso deben esclarecer y resolver esa alerta antes de aprobar el presupuesto.

Las dificultades heredadas exigen reconocer también las capacidades disponibles. El aseguramiento público es una de ellas. El país ha dedicado décadas a ampliar su cobertura y dispone de instituciones, recursos y experiencia para fortalecerla. Al Gobierno de Fujimori y al Congreso debemos exigirles que hagan cumplir esa protección. El Ejecutivo debe asegurar financiamiento suficiente y oportuno, conducir el abastecimiento y responder por las prestaciones que los asegurados terminan pagando. Al Congreso le corresponde respaldar esos recursos y fiscalizar su resultado. La ejecución presupuestal tiene que examinarse junto con las recetas atendidas completas y los tratamientos que las personas consiguen continuar.

Fortalecer el SIS y garantizar los medicamentos cubiertos es también defender a las familias de la pobreza. La utilidad de esta política se reconoce al atender a un hijo o continuar un tratamiento sin retirar ese dinero de otras necesidades. El Gobierno y el Congreso deben preservarla y hacerla cumplir. Cada vez que una familia se endeuda para pagar una prestación cubierta, el Estado deja sin efecto, en la práctica, una parte del derecho que dice garantizar.

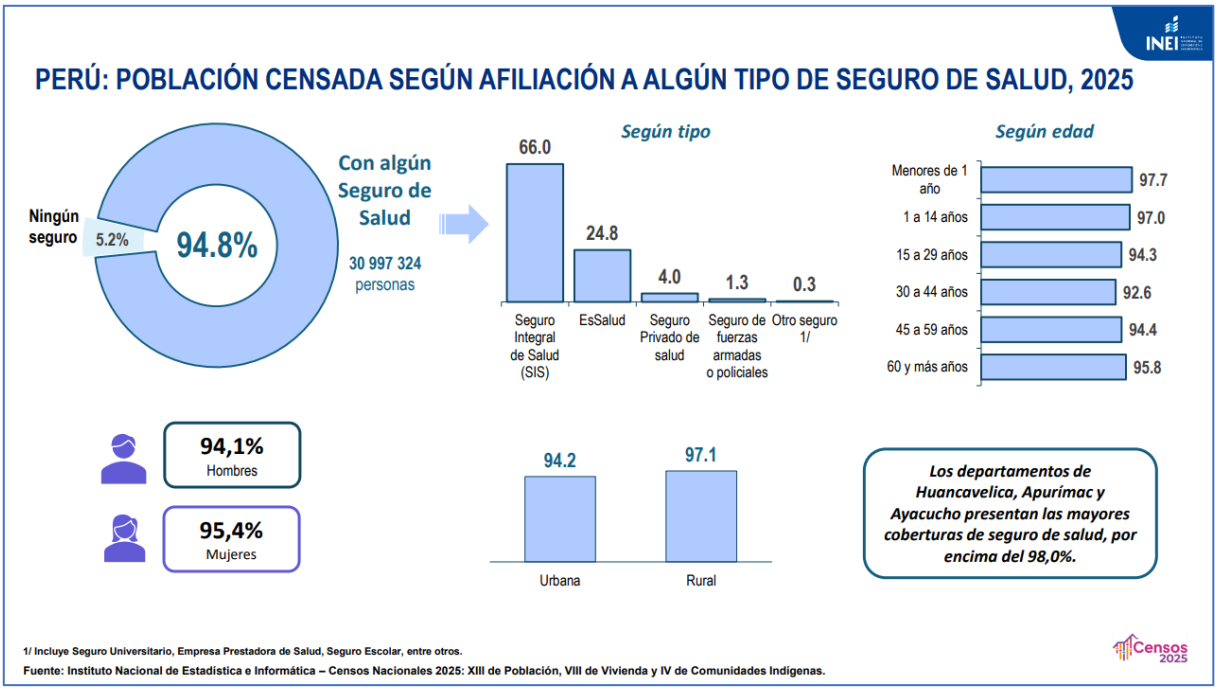
Lima, 18 de octubre del 2026

** Médico sanmarquino y magíster en Gestión, Planificación y Políticas de Salud por la Universidad de Leeds, Inglaterra. Ministro de Salud durante la primera ola de COVID-19 y ha sido funcionario de la OPS/OMS, el UNFPA y el DFID. Publicado el 20/10/2026 en https://www.patamarilla.com/2026/10/enfermar-sin-empobrecer/*

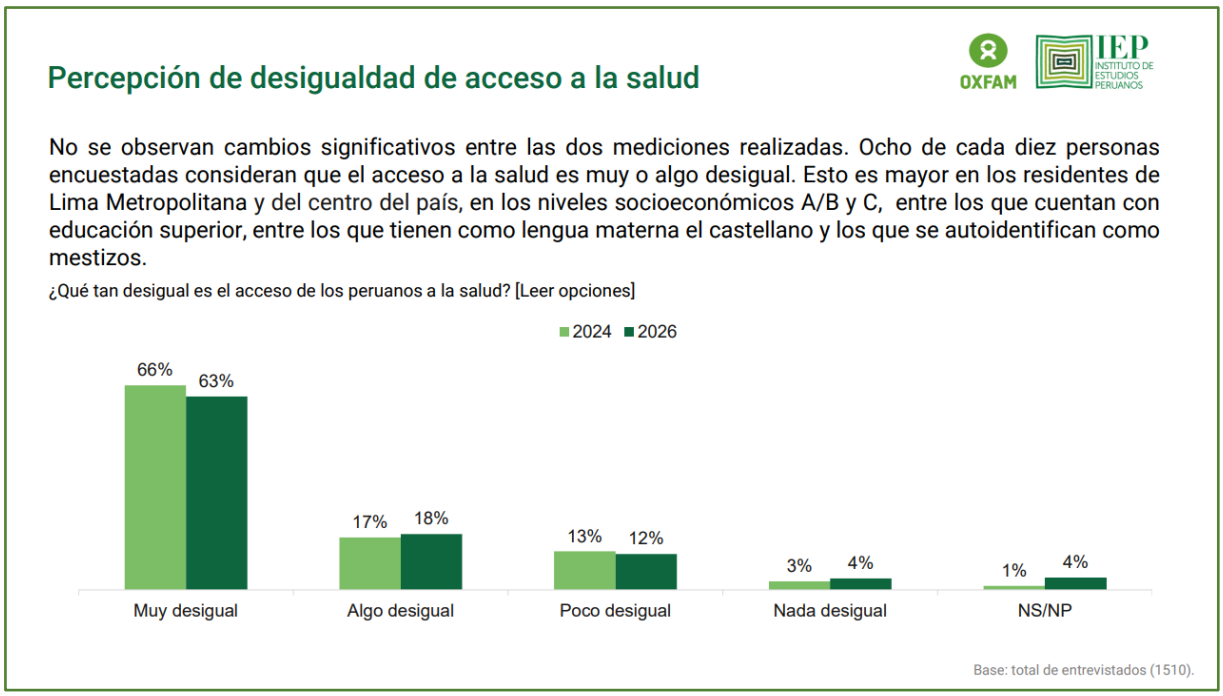
[11] Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID). *Ministerio de Salud moderniza sistema para fortalecer suministro de medicamentos en establecimientos de salud y evitar su desabastecimiento*. 11 de septiembre de 2026.

[12] Ministerio de Salud. *Ministro anuncia cinco acciones en 100 días para transformar el sistema de salud*.

DATOS



Tomado del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), *Censos Nacionales de Población y Vivienda 2025. Resultados a nivel provincial y distrital,* Lima, julio de 2026. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/dir-segmentacion-ci/postcensal/prod/adjuntos/publicaciones/Presentacion_resultados.pdf



Percepción de desigualdad en el acceso a la salud según segmentos

¿Qué tan desigual es el acceso de los peruanos a la salud? [Leer opciones]

	Total	Ámbito			Macrozona					Sexo		Edad			Nivel socioeconómico		
		Lima Met.	Perú urbano	Perú rural	Lima Met.	Norte	Centro	Sur	Oriente	Hombre	Mujer	18 a 29	30 a 49	50 a +	NSE A/B	NSE C	NSE D/E
Muy + Algo desigual	81%	86%	84%	69%	86%	76%	89%	79%	74%	81%	81%	81%	82%	80%	89%	87%	75%
Poco + Nada desigual	15%	12%	13%	23%	12%	18%	9%	17%	20%	15%	15%	18%	16%	13%	10%	11%	19%
NS/NP	4%	2%	3%	8%	2%	6%	2%	5%	6%	4%	4%	1%	3%	7%	2%	2%	6%

	Total	Ámbito II		Nivel educativo		Autoidentificación étnica			Lengua materna		Identificación ideológica		
		Lima Met.	Perú sin Lima	Básica	Superior	Blanco	Mestizo	Población originaria y afroperuana	Lengua originaria	Castellano	Izquierda	Centro	Derecha
Muy + Algo desigual	81%	86%	78%	74%	88%	79%	83%	75%	73%	83%	76%	88%	81%
Poco + Nada desigual	15%	12%	17%	20%	10%	18%	14%	21%	21%	14%	19%	11%	16%
NS/NP	4%	2%	5%	6%	2%	3%	3%	5%	7%	3%	5%	1%	4%

Diferencia significativa.

Base: total de entrevistados (1510).

Gráficos tomados de III Encuesta Nacional de Percepción de Desigualdades (ENADES 2026) Informe Preparado por el Instituto de Estudios Peruanos (IEP) para Oxfam Perú.
Disponibles en: https://estudiosdeopinion.iep.org.pe/wp-content/uploads/2026/12/Oxfam-IEP.-ENADES-2026.-Informe.pdf