



Academia Peruana de Salud

La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú (*)

Dr. Francisco Sánchez-Moreno Ramos

Presidente Emérito

(*) Artículo publicado en la RPMESP del INS, vol. 30 (4), 2013

IV Simposio: “Inequidad en Salud”

ANM / INS - 4 de Diciembre del 2013

INEQUIDADES EN SALUD

1. **(Resumen)** Son las DIFERENCIAS INJUSTAS Y EVITABLES EN EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD, principalmente en el acceso a los servicios y prestaciones.

Estas disparidades pueden identificarse con relación a los determinantes de la salud, entre ellos el DESEMPEÑO del sistema nacional de salud y su FINANCIAMIENTO.

2. AFECTAN LA VIDA E INTERFIEREN EL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL CON MÚLTIPLES EFECTOS, inclusive económicos.

3. **Lindan con un componente ético:**

La grave desigualdad existente en el estado de salud “...es política, social y económicamente INACEPTABLE...”

(Declaración de Alma-Ata, acápite II)

INEQUIDAD MUNDIAL Y NACIONAL

1. Desde 1948 la **inequidad en salud** coexiste con la Declaración Universal de Derechos Humanos.

¡ CAUSAS MAYORES ! Ocurren después de Alma-Ata:
(1.1.) **Desarrollo de los sistemas nacionales de salud**.- **SIN ADECUADA PRIORIDAD;** (1.2.) **Financiación**.- **INSUFICIENTE;** (1.3.) **Concertación ECONÓMICA** desde **1980** para introducir el **MODELO DE MERCADO EN SALUD**.

2. En el Perú la **salud** sigue siendo un ámbito de **ESCASOS AVANCES, OSTENSIBLE INEQUIDAD y PARTICIPACIÓN LIMITADA EN EL DESARROLLO**.

Continúan las políticas insuficientes del SIGLO XX.
Y es recurrente la pérdida de grandes oportunidades (incluyendo la que desde **hace ya más de 12 años** significa el mayor valor de las exportaciones).

LA INEQUIDAD EN SALUD AFECTA EL DESARROLLO

- Es posible valorar el desarrollo de un país por el estado de salud de su población, la distribución de los problemas de salud en el espectro social y el grado de protección de las personas y de equidad en salud.
- Cuando no se otorga la importancia que corresponde a la SALUD y la EDUCACIÓN del ser humano y a los determinantes relacionados, EL DESARROLLO ES AFECTADO, como cotidianamente puede evidenciarse en los diferentes ámbitos del caso peruano.

EN CONSECUENCIA, LA INEQUIDAD Y LA INSATISFACTORIA REALIDAD DE SALUD Y EDUCACIÓN LIMITAN EL DESARROLLO DEL PERÚ.

TRES POLÍTICAS INSUFICIENTES

I. El Sistema de Salud peruano se caracteriza por su DISCONTINUIDAD y su desempeño ineficiente.

Urge iniciar la Política de Estado. Si cada gobierno continúa estableciendo “su” política, NO PODRÁ HABER EQUIDAD NI DESARROLLO.

II. Debido a la discontinuidad del Sistema, también se afecta el desarrollo y la equidad en sus Recursos Humanos:

Insuficiencia de profesionales en todos los niveles de atención, altísima migración al extranjero, bajas remuneraciones y conflictividad.

I. LO CIERTO: En 35 años 3 sistemas de salud

Desde su creación, el sistema nacional de salud ha afrontado **INESTABILIDAD POLÍTICA:**

A. Sistema Nacional de Servicios de Salud (Decreto Ley N° 22365) : Creado en 1978, desacelerado en 1980, desactivado en 1985 y derogado en 1990.

B. Sistema Nacional de Salud (Decreto Legislativo N° 584) : Creado en 1990, nunca reglamentado. **Sistemas locales (ZONADIS)** creados en 1992 y desactivados en 1994. Derogado el 2002.

C. SNCDS (actual Ley N° 27813) : Creado el 2002, desacelerado el 2003, nunca tuvo prioridad, se intentó derogarlo el 2008, se planteó desnaturalizarlo el 2012 y, sin evaluación, el 2013 es “reformado”.

II. MIGRACIONES SIN RETORNO *

PROFESIONALES	2004-2008	2009-2013 (a junio)	TOTAL
MÉDICOS	144 (29 anual)	6.162 (1369 anual)	6.306
ENFERMERAS	240 (48 anual)	7.628 (1695 anual)	7.868
OBSTETRICES	43	982	1.025
ODONTÓLOGOS	52	1.674	1.726
TOTAL	479	16.446 (3655 anual)	16.925

* Ministerio del Interior. Superintendencia Nacional de Migraciones, 23.07.2013. (Solicitado de acuerdo a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública N° 27806.)

TRES POLÍTICAS INSUFICIENTES

III. En el ASEGURAMIENTO
LA INEQUIDAD Y LA
EXCLUSIÓN SON
DRAMÁTICAS.

III (A). POBLACIÓN OCUPADA (de 15 y más años) que **COTIZA** a la Seguridad Social: América Latina, 2009

Atraso que debe concluir

	Población (%)		Población (%)
10. Perú	25,1	5. Panamá	49,6
9. El Salvador	28,7	4. Brasil	54,6
8. Ecuador	30,2	3. Uruguay	67,4
7. México	35,8	2. Costa Rica	69,9
6. Colombia	37,8	1. Argentina	70,1
AMÉRICA LATINA (T)	46,2	SEGURIDAD SOCIAL UNIVERSAL EUROPEA	Se aproxima al 100%

Fuentes: [a] Casali, Pablo. La iniciativa del piso de protección social. Contribuyendo al financiamiento sostenible de sistemas de salud de cobertura universal (OIT), p. 95. I Conferencia Internacional de Aseguramiento Universal en Salud, nov. 2010. Organización Panamericana de la Salud. Lima, 2011. [b] INEI, Informe técnico N° 04, dic. 2010. Condiciones de vida en el Perú. Encuesta Nacional de Hogares. [c] Misión francesa de seguridad social en el Perú, 2001.

III (B). PERÚ: INEQUIDAD Y EXCLUSIÓN

ASEGURAMIENTO EN SALUD Gasto Anual Per Cápita, 2012

Entidad *	US \$	Población (%)	Población (tercios)
SIS	35	42,1	SIS + sin seguro
<i>Sin seguro</i>	0	20,0	2/3
ESSALUD	196	30,4	Essalud + EPS
EPS	542	01,7	1/3

- Fuentes: Información solicitada a las entidades respectivas en julio 2013, de acuerdo a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública N° 27806.

III (C). Gasto per cápita en Salud, 2009 (*)

¿Es aceptable que sigamos así?

<i>País</i>	GASTO 2009 US \$	<i>País</i>	GASTO 2009 US \$
PERÚ	236 (incluye gasto de “bolsillo”)	América del Sur	493
España	3.032	Italia	3.323
Reino Unido	3.440	Alemania	4.723
Francia	4.840	Noruega	7.533

(*) Informe, 2009. Organización Mundial de la Salud (publicación 2012).
<http://www.who.int/whosis/whostat2012.pdf>

III (D). CLAVE del cambio: FINANCIAMIENTO MIXTO

- **El Aseguramiento Social Universal, está al alcance del Perú si es diseñado con FINANCIAMIENTO MIXTO (SUBSIDIADO y CONTRIBUTIVO).**

En los países de menor desarrollo, cuando es solo impositivo tiene enormes limitaciones.

- **El aporte contributivo SOLIDARIO debe ser OBLIGATORIO y EQUITATIVO para TODOS LOS TRABAJADORES FORMALES E INFORMALES, en proporción a sus ingresos.**

III (D). CLAVE del cambio: FINANCIAMIENTO MIXTO

- **Se propendería a que el aporte del trabajador sea PARTE DEL VALOR DEL PRODUCTO QUE VENDE (ropa, bebidas, etc.) o DEL SERVICIO QUE PRESTA (taxi, vigilancia, mensajería, etc.), COMO LO ES EN LA EMPRESA CON EL TRABAJADOR FORMAL.**
- **Todo pago se haría con TECNOLOGÍA DE ÚLTIMA GENERACIÓN.**

Reflexiones finales

¿Qué hacer para afrontar la **INEQUIDAD**?

1. Se requiere una **NUEVA VISIÓN** que inicie la **POLÍTICA DE ESTADO EN SALUD.**
2. Comenzar con lo más importante y urgente.

¿Qué es lo **MÁS IMPORTANTE Y URGENTE**?

- A. **CONCERTAR** la **Política de Estado en Salud.**
- B. **NORMAR UNA FINANCIACIÓN EFECTIVA Y MODERNA** del **Aseguramiento Social en Salud.**
- C. **TERMINAR CON LOS VAIVENES** del **Sistema Nacional de Salud, evaluarlo y fortalecerlo.**

Hacia la Equidad y el Desarrollo

Conclusión

Existiendo en el **PERÚ** desde hace más de 12 años las condiciones para alcanzar CON EQUIDAD un nivel muy superior en salud y aseguramiento social, **TODOS** los peruanos debemos asumir la responsabilidad de **iniciar de inmediato un PROCESO EXITOSO DE REFORMA.**

Para lograrlo **NO HAY OTRA POSIBILIDAD QUE CONCERTAR.**

¿ACASO NO ES POSIBLE CONCERTAR?