Acceso a la Información Pública Nº 27806, debe publicar todas las cifras del gasto anual per cápita en aseguramiento.

1.2. En el sistema nacional de salud, de no afrontarse las ineficiencias ostensibles de los distintos consejos de salud y de persistir la inexplicable ausencia de evaluaciones, no podrá haber articulación ni desempeño coordinado efectivos.

1.3. La conflictividad laboral tiene que ser superada y resolverse la altísima migración al extranjero de los profesionales de salud. Sin embargo, con probables nuevos decretos legislativos como el N° 1153, la conflictividad corre el riesgo de generalizarse.

1.4. La política de Estado en salud es posible. Pero un pequeño grupo con delegación de facultades legislativas no la puede lograr. Con sustento solidario, financiero, técnico, democrático y político, se requiere emprender acciones en salud para recuperar el lugar que corresponde al Perú en América del Sur.

2. Existiendo desde hace varios años las condiciones para alcanzar 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. Pero esto no se puede hacer en un ambiente de conflictividad, con decretos legislativos elaborados por pocas personas y promulgados sin pre publicación. ¿Acaso no es posible concertar?

LA INEQUIDAD EN SALUD AFECTA EL DESARROLLO EN EL PERÚ

IV Simposio «Inequidad en Salud» de la Academia Nacional de Medicina e Instituto Nacional de Salud del 4 de diciembre del 2013

Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS
Presidente Emérito de la Academia Peruana de Salud

Las inequidades en salud son las diferencias injustas y evitables en el ejercicio de los derechos fundamentales a la salud y la seguridad social en salud, principalmente, en el acceso a los servicios y prestaciones de salud. Estas disparidades pueden identificarse en relación con los factores o determinantes de la salud, entre ellos el desempeño del sistema nacional de salud y su financiamiento. Se trata de diferencias no naturales que afectan la vida y los riesgos de enfermar y morir, e interfieren el desarrollo humano y social con múltiples efectos, inclusive en el crecimiento económico. Lindan asimismo con un componente ético, implícito en la Declaración de Alma-Ata (acápite II), cuando precisa que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población «…es política, social y económicamente inaceptable…».

En el ejercicio del derecho a la salud las diferencias injustas y evitables coexisten con la Declaración Universal de Derechos Humanos desde 1948. Algunas causas de la inequidad persistente se

* El artículo original completo aparece en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, 2013;30(4):676-682.

infieren después de Alma-Ata, tales como financiación insuficiente, desarrollo de los sistemas nacionales de salud sin adecuada priorización y, desde la década de 1980, con concertación económica para introducir el modelo de mercado en salud.

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 insatisfactoria realidad de salud y educación y la inequidad limitan el desarrollo del Perú.

La salud sigue siendo un ámbito de escasos avances en el país, continúan las insuficientes políticas del siglo XX y es recurrente la pérdida de oportunidades, incluyendo la que brinda el incremento del valor de las exportaciones desde inicios del siglo XXI. Para una reforma de salud exitosa hacia la equidad y el desarrollo, se requiere concertar una política de Estado, terminar con los vaivenes del sistema de nacional salud y establecer financiación moderna y equitativa del aseguramiento social.

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.

Por falta de una política de Estado, como en ningún otro país el sistema nacional de salud creado en 1978 afronta vaivenes permanentes. Sin previa evaluación, fue desacelerado en 1980, desactivado en 1985 y derogado en 1990. Por Decreto Legislativo Nº 584 fue creado el Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1990, nunca fue reglamentado, se crearon los sistemas locales de salud (Zonadis) en 1992, fueron desactivados en 1994 y eliminados el 2002. Por último, el actual Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) fue creado por Ley Nº 27813 el año 2002, desacelerado el 2003, nunca tuvo prioridad, se intentó derogarlo el 2008, se pretendió desnaturalizarlo con varios proyectos de Ley el 2012 y ha entrado a un proceso de reforma en el presente año con facultades legislativas otorgadas al Poder Ejecutivo por el Congreso de la República. Esto explica la gran inequidad y el atraso con relación a los sistemas de salud de América del Sur. Por ende, la concertación de una moderna política de Estado en salud es indispensable.

Como consecuencia de la desorganización del sistema y su deficiente financiamiento, tampoco hay equidad en el campo de los recursos humanos: bajísimas remuneraciones, conflictividad permanente, múltiples deficiencias en la formación y gestión, insuficiencia ostensible de profesionales en hospitales y en todos los niveles de atención, y altísima y creciente migración al extranjero jamás ocurrida, como lo demuestran las migraciones sin retorno. De los médicos: 834 el 2011, 1.739 el 2012 y 2.532 de enero a junio del 2013; y de los enfermeros: 1.349 el 2011, 2.243 el 2012 y 2.357 de enero a junio del 2013.

En el aseguramiento en salud la inequidad y la exclusión son dramáticas. La Ley de Aseguramiento Nº 29344 de abril del 2009 no afrontó la insuficiencia de sustento financiero a fin de lograr una disminución efectiva de la inequidad. Apenas consideró incrementos presupuestales inestables y, en el contexto neoliberal con seguro privado alternativo en que fue elaborada, hubo omisión en diseñar el financiamiento contributivo factible de los trabajadores informales.

El diseño de los aportes debió ser modernizado hace dos o tres décadas, pues con inequidad financiera extrema excluye a la creciente y ya enorme población ocupada con trabajo informal. Tal exclusión afecta severamente el financiamiento del Seguro Integral de Salud y el Seguro Social de Salud, porque del total de trabajadores peruanos –muchos teniendo ingresos de nivel medio y alto– solo el 25,1% cotiza al seguro social, cuando en América del Sur aporta el 46%, en Argentina el 70% y en varios países de Europa cerca del 100%.

El año 2012 el Seguro Integral de Salud (SIS) tuvo apenas un gasto de 35 dólares per cápita al año (para 42,1% de la población), mientras en ESSALUD fue 196 dólares (30,4% de la población) y en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) 542 dólares (apenas 1,7% de la población), según sus propias cifras institucionales. Más aún, el 20% de los peruanos carece de aseguramiento en salud.

En América del Sur el gasto per cápita en salud fue el 2009 de 493 en promedio y en los países de Europa entre 3000 y 7000 dólares al año, de acuerdo al informe de la Organización Mundial de la Salud publicado el 2012. Esta severa inequidad debe ser la primera prioridad en cualquier reforma de salud en el Perú y es elemental que se informe anualmente sobre las cifras per cápita del gasto en salud de todas las instituciones nacionales.

La seguridad social universal es factible, pero en un largo plazo no menor de 15 años. Su extensión a todos requerirá un gasto nacional anual per cápita en salud estimado en más de 700 dólares constantes. Esto implicará gradualidad en el cumplimiento pleno de los principios de la seguridad social debido a la complejidad del proceso de financiamiento.

En el Perú la financiación moderna y equitativa del aseguramiento es posible y para una reforma de salud exitosa, imprescindible. Al respecto, en el año 2011 la Academia Peruana de Salud presentó a los poderes públicos un Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal Solidario en Salud. La clave del cambio es el financiamiento mixto, porque el financiamiento solamente subsidiado o impositivo

es insuficiente y en las naciones de menor desarrollo tiene limitaciones insalvables. Por tanto, resulta imprescindible normar el aporte contributivo solidario y obligatorio de los trabajadores formales, informales e independientes, en proporción a sus ingresos.

Como es en la empresa con el trabajador formal y con base en la equidad financiera, se propendería a que el aporte del trabajador informal sea parte del valor del producto que vende (ropa, bebidas, etc.) o del servicio que presta (taxi, vigilancia, mensajería, etc.). Los pagos se harían con tecnología moderna.

Hacia una política de Estado en salud

Emprender la transformación por el derecho fundamental a la salud, la equidad y el desarrollo requiere decisión, otorgar la prioridad que corresponde a la salud y concertar con todos el logro de una política de Estado. Lo más urgente es establecer el aseguramiento social financiado con estrategias efectivas, recaudación moderna e inversión nacional mayor al romedio de América del Sur. Con este objeto, urge concertar una Ley de Aseguramiento Social Universal en Salud: obligatorio, factible, efectivo, progresivo y con la moderna estrategia de incorporación contributiva de los trabajadores informales.

La prioridad siguiente es terminar con los vaivenes del sistema nacional de salud, desarrollar sus funciones, alcanzar pronto el desempeño eficiente, evaluarlo periódicamente y fortalecer la débil e involutiva rectoría sectorial. El modelo coordinado de sistema propende a una transición progresiva hacia la seguridad social universal y ésta ha demostrado en distintos países ser el modelo de sistema de salud más completo y equitativo.