



consorcio de investigación
económica y social

Importancia de la inversión en salud

Ana Güzmes

Observatorio del Derecho a la Salud.CIES

2004



Nudos críticos en políticas de salud

- La reforma del sistema de salud es una tarea pendiente
- Fragmentación del sistema de salud: múltiples focos de elaboración de políticas e improvisación
- **Insuficiencia, fragmentación, ineficiencia e inequidad en el financiamiento.** La salud ocupa un lugar secundario en la agenda política y social del país.
- Falta de políticas nacionales: medicamentos, recursos humanos, medio ambiente, agua y desagüe
- Inequidad, exclusión y discriminación en el acceso a la salud y sus determinantes.



Algunas herramientas vinculantes

- Acuerdos de Derechos Humanos, Marco Normativo.
- Acuerdo Nacional
- Ley de Transparencia y acceso a la información (2002)
- Leyes de descentralización



Y además....

- Existen consensos mínimos: discurso progresivo hacia el derecho a la salud, hacia modelos integrales de atención, en el financiamiento público (aseguramiento público de la salud), en el Estado democrático que respete, proteja y cumpla los derechos humanos, en la descentralización, y la necesidad de reforma político-institucional.
- Ampliación de actores preocupados.



El derecho a la salud en la base

- ☀ La salud es un derecho fundamental de las personas.
- ☀ *Los Estados tienen la obligación concreta y permanente de avanzar lo más rápida y efectivamente posible hacia la plena realización del derecho a la salud.*
- ☀ Los derechos humanos son universales, indivisibles, e interdependientes
- ☀ La salud es además *uno de los determinantes fundamentales del desarrollo*. Invertir en salud es invertir en desarrollo



Áreas de la realización del derecho a la salud

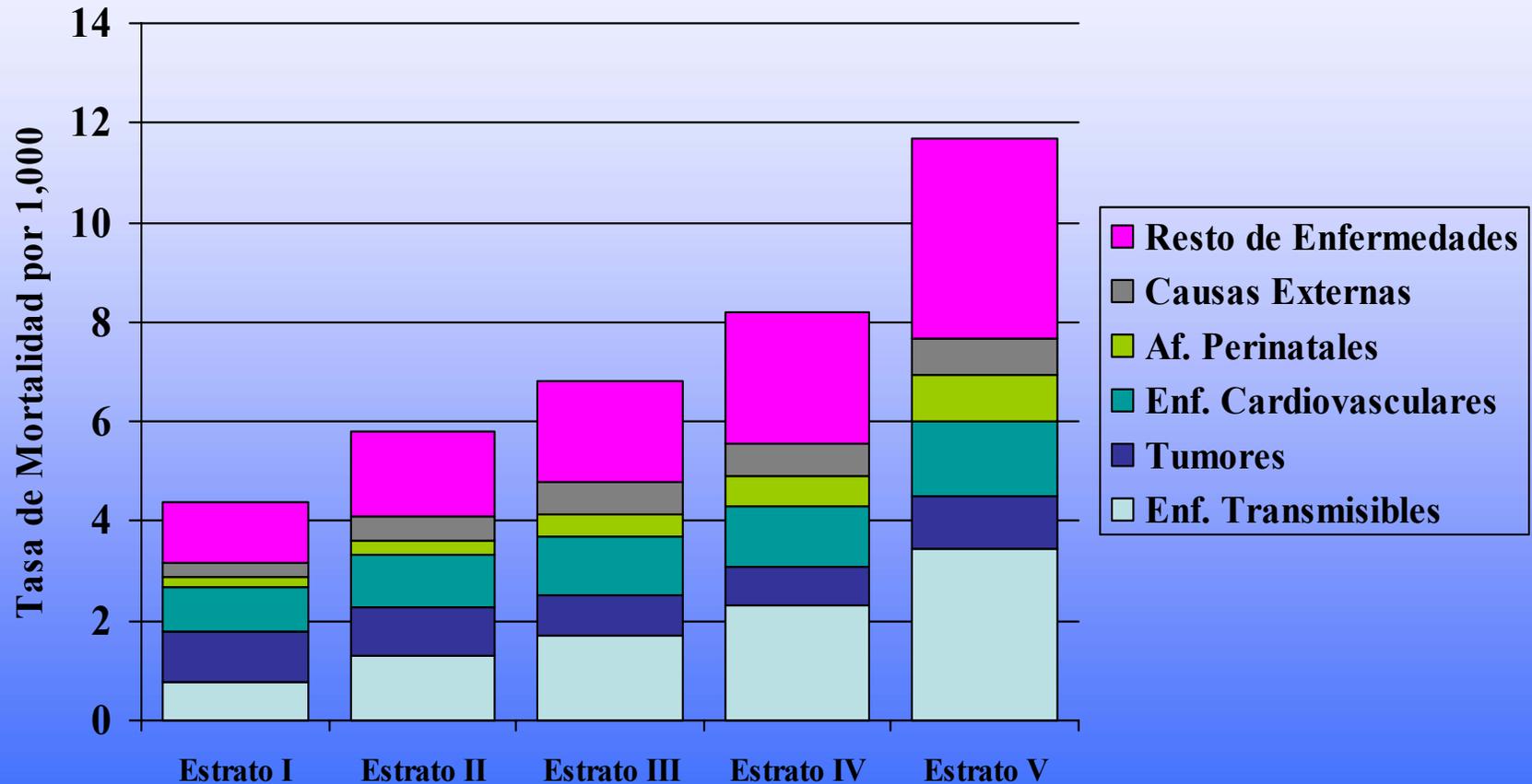
- **El más alto nivel de salud alcanzable.**
- **La organización del estado para atender sus obligaciones.**
- **La existencia de un entorno económico, social, ambiental y político saludable**



En el año 2002, el número de latinoamericanos que vive en la pobreza alcanzó los 220 millones de personas, de los cuales 95 millones son indigentes, lo que representa el 43,4 % y 18,8% de la población respectivamente. ¿Podrán los sistemas públicos de salud atenderlos bajo criterios de equidad y universalidad? La respuesta a estas interrogantes es central para el futuro de las reformas en la región.

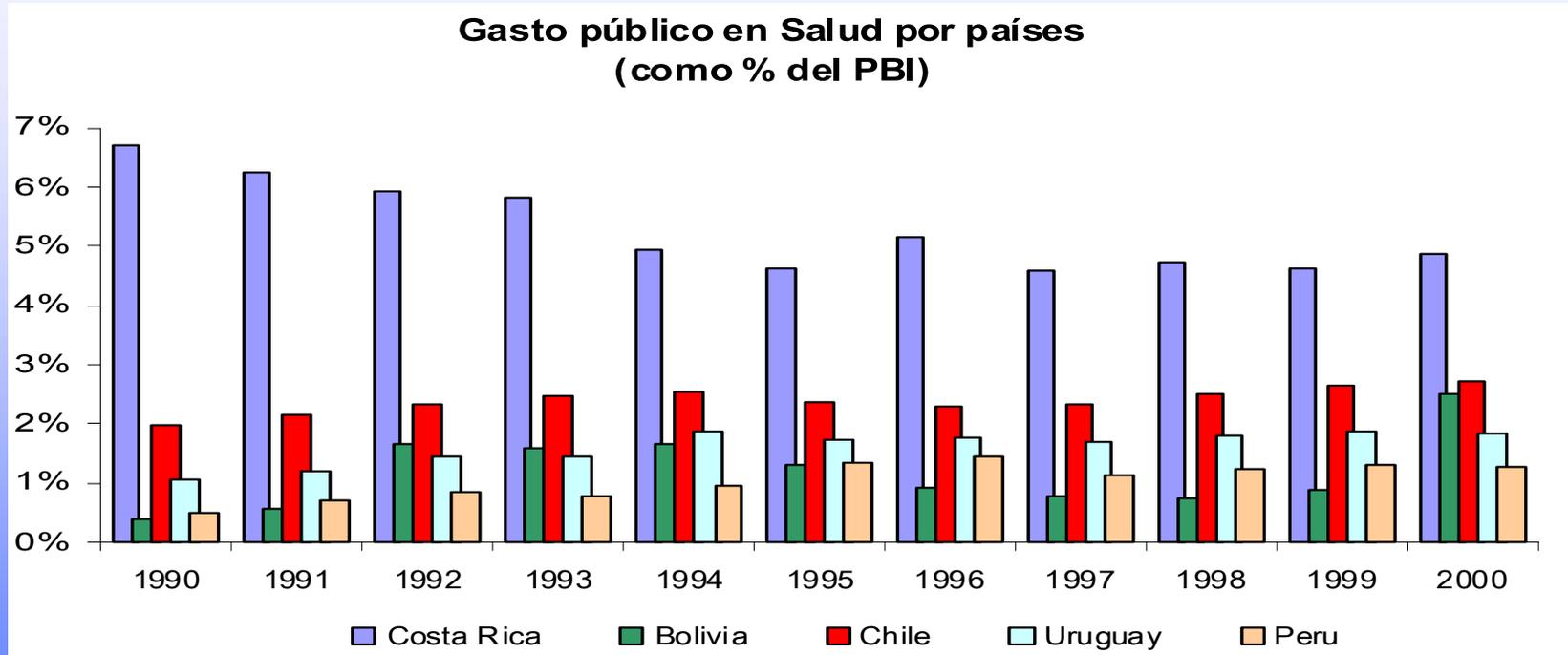


El Perú es un país con grandes inequidades





Insuficiencia de Gasto Público



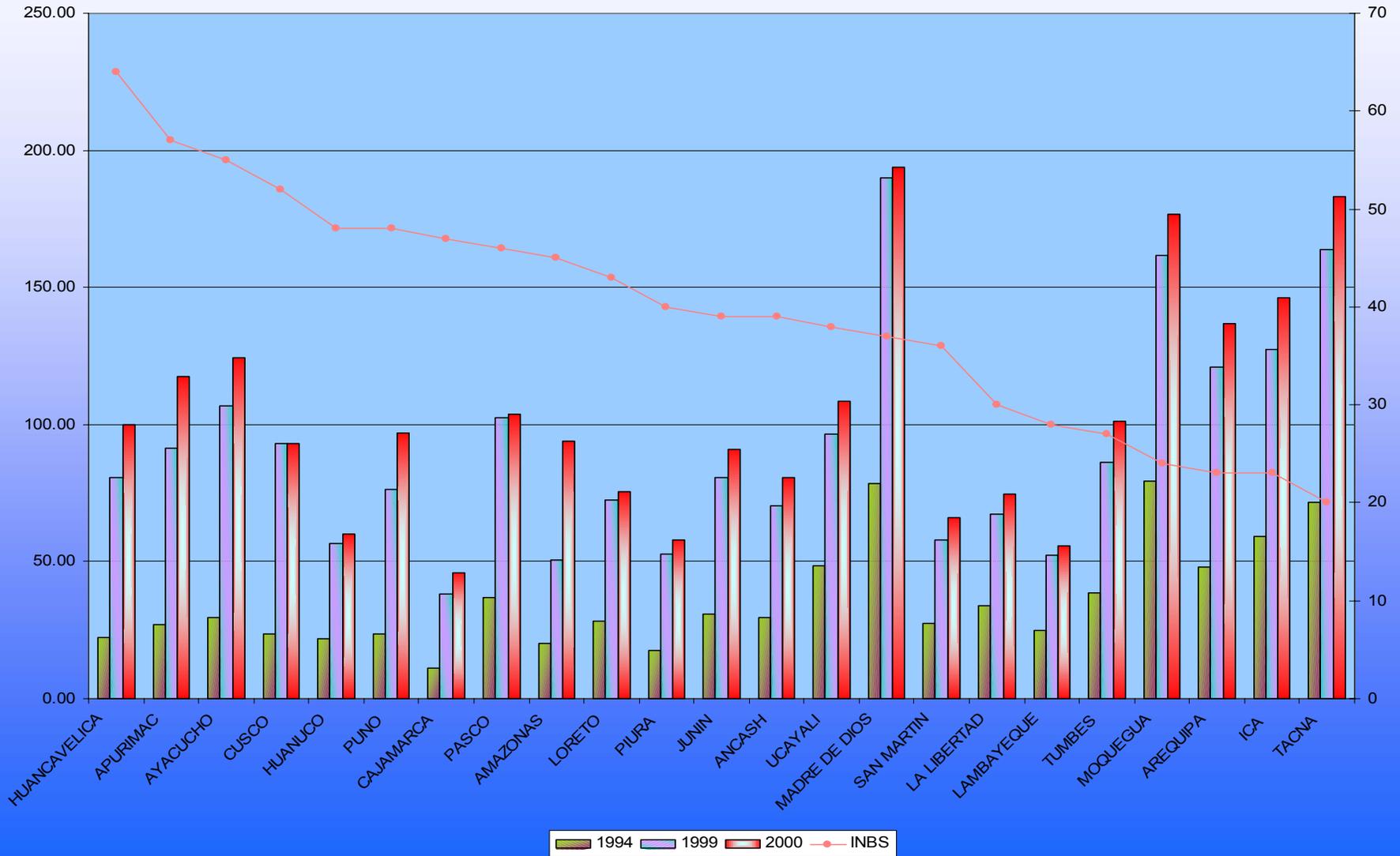
Fuente: CEPAL, FMI, INEI

Elaboración: Análisis Independiente del Presupuesto



Distribución inequitativa de acuerdo a necesidades de salud

GASTO PUBLICO- MINSA PER CAPITA POR DEPARTAMENTOS





Limitado e Inequitativo uso de servicios de salud

Reporte de enfermedad y utilización de servicios de salud según capacidad adquisitiva (gasto per cápita). Perú, ENNIV 2000

Notas:

1. Del total de la población que reporta enfermedad, malestar o accidente en las últimas 4 semanas previas a la encuesta.
2. La estimación de consulta se hace sobre el 100% del total de personas que reportan enfermedad, malestar o accidente en las últimas 4 semanas previas a la encuesta.

Decil poblacional según gasto per cápita	Reporte % ¹	Utilización % ²
1 (más pobre)	20.3	40.5
2	21.4	51.9
3	23.7	53.0
4	22.3	50.6
5	23.3	54.8
6	24.5	56.7
7	28.2	61.6
8	28.2	54.8
9	28.1	60.1
10 (más rico)	31.5	66.7
Promedio nacional		55.9



Alguna estadística de las economías doméstica e institucional

Fuentes de financiamiento en salud. Perú 1992 - 2000

Fuentes	1992*	1993*	1994*	1995**	1998**	2000***
Hogares	43.9	46.7	46.1	43.3	38.5	36.9
Empresas	30.1	27.7	28.3	27.7	34.1	33.5
Gobierno	25.4	24.9	24.4	24.8	24.8	25
Externas	0.6	0.7	1.2	1.5	2.6	1.1
Sub-total	100.0	100.0	100.0	100.0	100	100.0

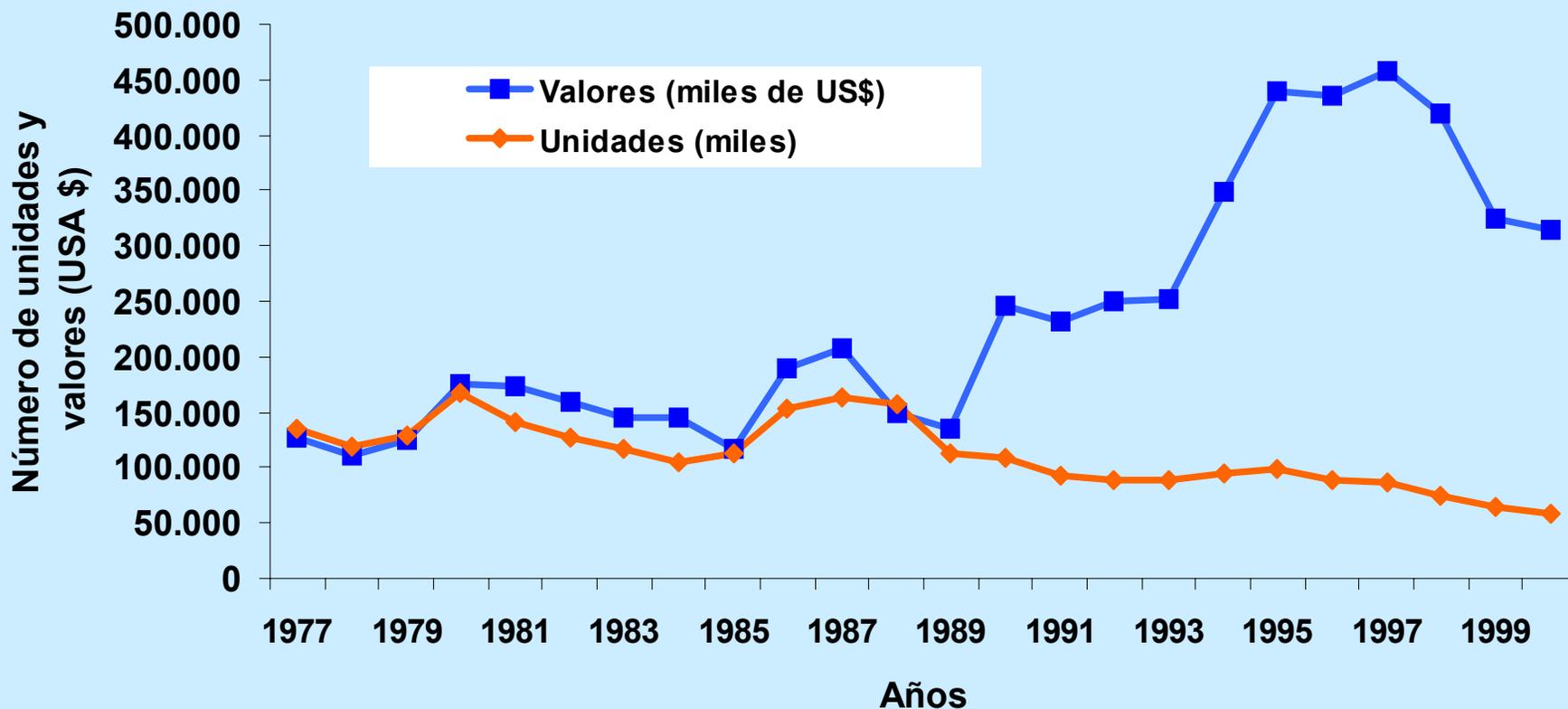
Fuentes: * MINSA. Proyecto 2000. Análisis del financiamiento del sector salud.

** OPS. Perfil del sistema de servicios de salud de Perú, 2001.

*** OPS. Proyecciones de financiamiento de la atención de salud. Perú 2002-2006. Lima, julio de 2002.



Ausencia de una política de medicamentos

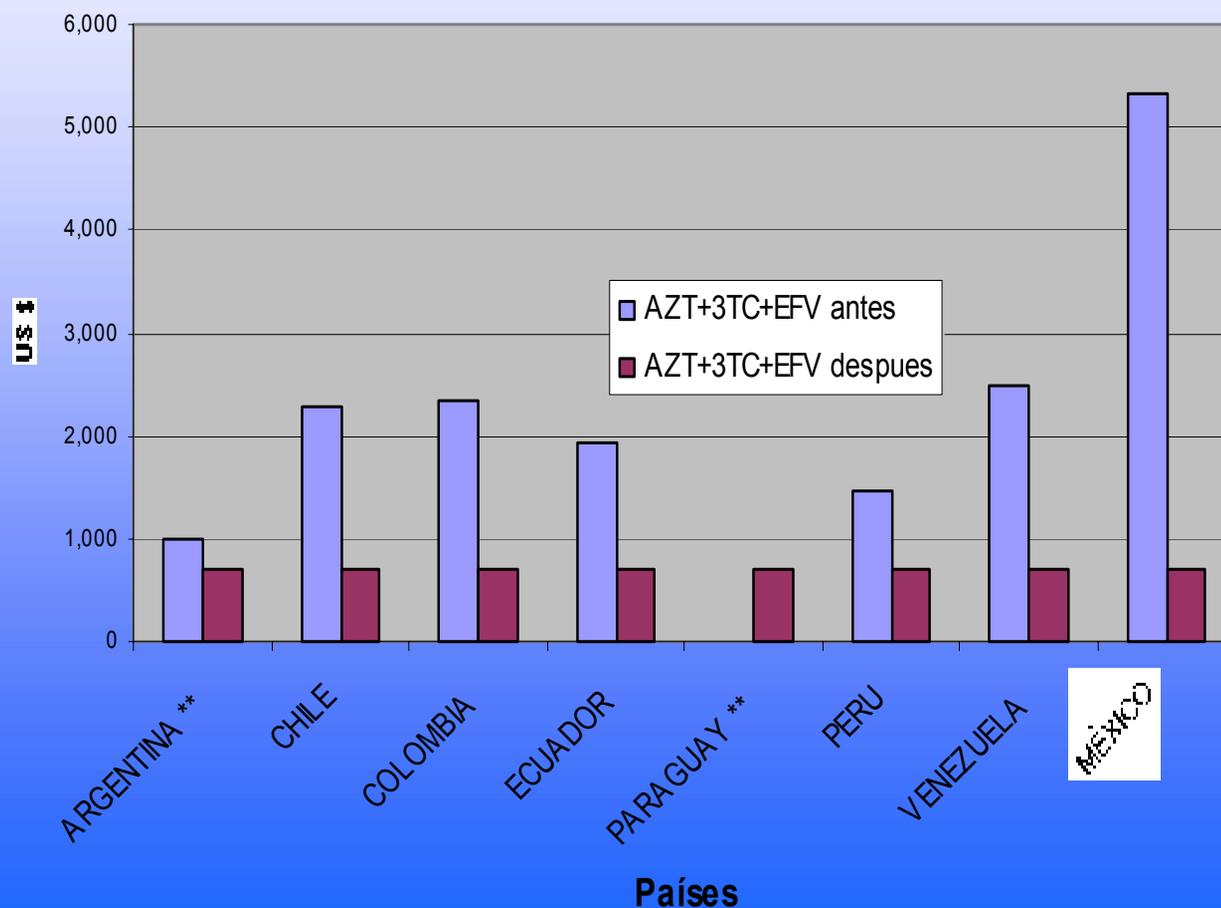




Resultados

Costo Esquema Triple Terapia (AZT+3TC+EFV) Paciente /Año

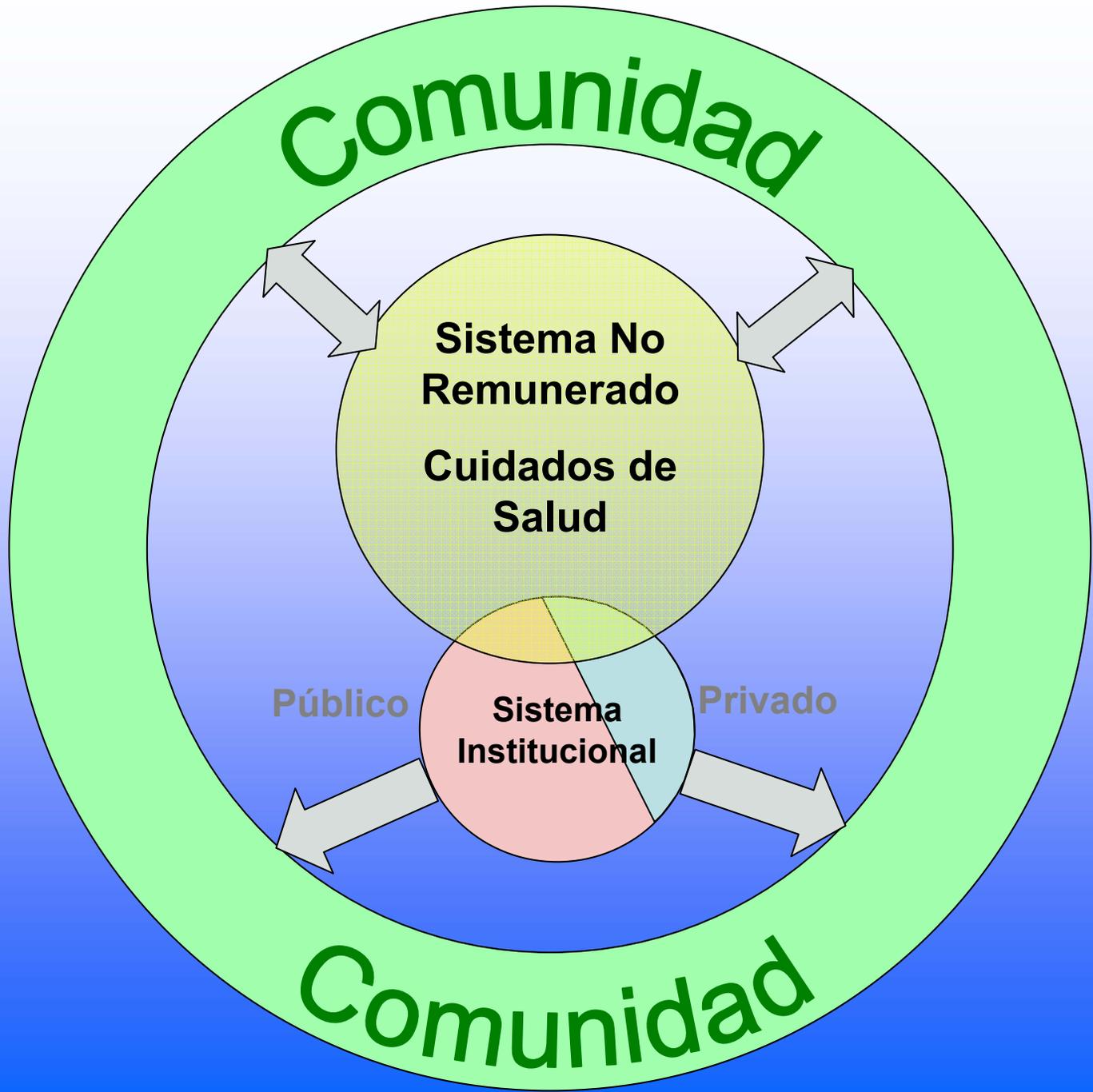
Antes y Después de la Negociación





La ausencia del enfoque de género

- Así la OMS define la equidad como “*el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos.* Consecuentemente, la equidad en la *atención de salud* significaría que los recursos para la salud sean asignados de acuerdo con la necesidad, los servicios sean recibidos de acuerdo con las necesidades y la contribución al financiamiento de los mismos sea hecho de acuerdo con la capacidad económica”





La dimensión familiar y comunitaria del cuidado de la salud

¿Que comprende el cuidado doméstico? Prediagnostico, compañía, aplicación y vigilancia de medicamentos, gestiones para acceso de enfermos a instituciones, tramites, pagos, búsqueda de informacion, cuidado de niños, enfermos, discapacitados.

¿Quienes son sus actores? Las mujeres, suerte de enfermeras domesticas. Lo nuevo es que los abuelos son ahora “nuevos padres” por el ingreso de la mujer al trabajo.

¿Qué dimensiones tendrá la economía doméstica del cuidado de la salud? En España cada persona dedica un promedio de 277 horas al año para cuidado de la salud: 21 los hombres y 338 las mujeres, los hombres 27% para cuidado de otros y las mujeres 65% para cuidar a otros (Diario Medico España). En total las horas de trabajo equivalen a 650,000 asalariados a tiempo completo, lo que equivale decir que el 88% del tiempo dedicado al cuidado de la salud se realiza sin remuneracion, por fuera del sistema institucionalizado.



Perú: Cuidado de los niños mientras la mujer en edad reproductiva trabaja, 1996

Indicador	Total	Lugar de residencia	
		Urbana	Rural
Menores de 6 años en casa			
Ningún niño en casa	60.3	66.0	44.8
Uno o más niños en casa	39.7	34.0	55.2
Total	100.0	100.0	100.0
Quien cuida los niños mientras la mujer trabaja			
Ella misma	47.7	38.1	63.8
Esposo/compañero	3.0	3.9	1.5
Otro familiar	20.3	26.2	10.3
Vecina/amiga	0.7	0.8	0.5
Empleada	4.4	6.3	1.0
Institución/escuela	3.4	4.2	2.0
Otras hijas	11.3	9.9	13.6
Otros hijos	2.8	2.5	3.1
Otras personas	4.9	5.9	3.1
Sin información	1.7	2.1	1.0
Total	100.0	100.0	100.0



¿Qué sabemos?

- Las mujeres contribuyen más al financiamiento de la atención en sistemas no solidarios. Esta desigualdad absoluta se agudiza en términos proporcionales, al tomar en cuenta las mayores necesidades y menor capacidad económica que, como grupo, tienen las mujeres.
- La discriminación de género opera en los sistemas que utilizan tablas de mortalidad, esperanza de vida y riesgos diferenciadas por sexo (que incluyen el embarazo) que generan desventaja para las mujeres.
- Los costos de la reproducción humana son adjudicados a las mujeres y se constituyen en una limitación para el acceso o un elemento de mayor costo de aseguramiento.
- Las mujeres son menos rentables para las aseguradoras debido a los costos de la maternidad a sus menores ingresos y a su mayor presencia en el empleo formal por lo que pueden ser rechazadas en los sistemas privados.



OTRA MIRADA

- **Más allá del sector....abarcando los determinantes de salud para actuar sobre ellos**
- **Más allá del estado...alianza del estado y de la sociedad civil**
- **Más allá de la oferta....desde la necesidad y desde la demanda. Desde la reproducción social: rol de la mujer, de la familia, de la comunidad y sus grupos organizados**
- **Mirada intercultural**
- **Más allá de los promedios...para revelar las inequidades**
- **Más allá del curar.....el cuidar...hacia la atención integral... hacia los derechos humanos**
- **Aseguramiento: más allá de la eficiencia....asegurar universalidad y equidad**



SINERGIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Se requiere...

Políticas económicas que "reflejen un mayor equilibrio entre mercados y estado; que superen excesivo énfasis en la inflación para atender más la creación de empleos; que no se concentren en la privatización de empresas existentes, sino en la creación de empresas nuevas, y que se alejen de la creencia en el goteo del crecimiento y centren la atención en la reducción de la pobreza, de manera que la agenda económica de reforma se oriente hacia la transformación de la sociedad....", Stiglitz, 2003



**Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de
toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud
física y mental
Misión al Perú
7 – 15 junio 2004**

Aunque el Perú se encuentre comprometido con el derecho a la salud constatamos que, en años recientes los gastos en salud han disminuido en términos reales, como porcentaje del presupuesto nacional y como porcentaje del PIB. Más aun, el Perú gasta menos en el sector salud que el gasto promedio en el mismo sector en otros estados de la sub-región. El Relator Especial recomienda de manera enfática que dicha disminución en los gastos sea atacada y que grandes recursos financieros sean invertidos en el sector de la salud, en línea con los compromisos hechos en el Acuerdo Nacional, así como también con las obligaciones internacionales del Perú en materia de derechos humanos, y que estos recursos sean utilizados de acuerdo a la política de salud en favor de los mas pobres, basada en la equidad.