

FINANCIAMIENTO DEL PRESUPUESTO DE SALUD



Ministerio del Interior de Perú (Licencia CC BY 2.0) - <https://www.flickr.com/photos/ministeriodeleleisaperu/49997738368/>



www.aisperu.org.pe



Red Peruana por una Globalización con Equidad – RedGE

Jirón Trujillo 678, Magdalena del Mar
Lima 17, Perú.

Teléfono: (511) 394-7212.

E-mail: redge@redge.org.pe

www.redge.org.pe

Con el apoyo de Oxfam



El contenido de la presente publicación es responsabilidad exclusiva de las/os autores y no representa necesariamente los puntos de vista de Oxfam.

El 60% de peruanos y peruanas accede a las prestaciones de salud mediante el Sistema Integral de Salud, conocido como el SIS. Este programa del Ministerio de Salud (MINSa) surgió de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley Nro. 29344 del año 2009 dirigido a las personas más vulnerables con el fin de captar y gestionar fondos para el otorgamiento de prestaciones de salud. Su cobertura se ha ido ampliando desde su creación, siendo que en el año 2011 habían más de 12 millones de asegurados y a finales del 2022 ya se contaban con más de 25 millones; es decir, en 11 años se ha duplicado la cantidad de asegurados.

El SIS se financia con recursos del Estado que subsidia completamente el “SIS gratuito” y el “SIS para todos”; sin embargo, también cuenta con el régimen semi contributivo orientado a los independientes y microempresas principalmente. Si bien, el Estado ha promovido una mayor cobertura de manera progresiva, de acuerdo con el portal de consulta amigable del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el presupuesto ejecutado en millones de soles del SIS pasa de 563 millones en el año 2011 a unos 2,463 millones en el 2022. Es decir, en el año 2012 se gastaba 44 soles en promedio por cada asegurado y para el año 2022 el gasto llegó a 97 soles en promedio, presupuesto aún bastante deficiente para cubrir las necesidades de salud.

En cuanto al gasto público en salud en el Perú, que incluye SIS, MINSa, Instituto Nacional de Salud (INS), Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), entre los años 2009 al 2019 no ha logrado aumentar ni un 1% del PBI, lo cual limita el presupuesto destinado a cubrir las prestaciones de salud y hace casi imposible mejorar las condiciones de infraestructura y equipamiento.

Esta limitación para poder atender adecuadamente la demanda que aumenta cada vez más de parte de los asegurados, genera el obligatorio gasto en salud de bolsillo para cubrir dichas deficiencias. En 2020, el 28% del gasto total en salud de la población era gasto de bolsillo¹, golpeando con mayor fuerza a las familias más pobres, en que la cifra subía a 37%².

BRECHAS DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y PERSONAL DE SALUD

La crisis sanitaria no llega con la pandemia del COVID-19 al país, se profundiza. En el año 2016 se declaró en emergencia sanitaria la prestación de servicios de Establecimientos de Salud en Lima Metropolitana³ y en ese mismo año el gobierno dictó medidas urgentes y excepcionales de carácter temporal destinadas a recuperar la capacidad operativa y la continuidad de los servicios de salud⁴. Asimismo, un año antes de la pandemia, en el 2018, se declaró nuevamente la emergencia sanitaria en 198 establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana⁵. Sin embargo, la precariedad de los establecimientos de salud no fue atendida debidamente a pesar de las alertas que daba el MINSA.

Conforme a los indicadores de brecha de infraestructura y equipamiento en salud, comparando los datos previos a la pandemia (año 2018) y los datos al año siguiente (año 2020), tenemos que en el Primer Nivel de Atención, que está compuesto por las postas y centros de salud más cercanos a la población, el 78% de los establecimientos de Salud tenían capacidad instalada inadecuada al año 2018, cifra que llegó al 97% en el 2020; es decir, la brecha aumentó en 19 puntos porcentuales, con una mayor severidad a nivel de las regiones. Asimismo, respecto a los hospitales, el 51% de hospitales presentaba brechas de infraestructura a enero de 2020, pasando al 96% en el mes de diciembre del mismo año, es decir, la brecha aumentó en 45 puntos porcentuales.

Respecto a la densidad de médicos, tenemos que en el año 2019 la densidad de médicos era de 1.35 por mil habitantes, mientras que en América Latina y el Caribe⁶ el promedio era de 2 médicos por mil habitantes y el promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de 3.5 médicos por mil habitantes. Si bien la cifra ha aumentado a 1.7 en el año 2021, no llegamos aún a alcanzar el promedio de la región.

En relación con la cantidad de camas hospitalarias en el país, según cifras de REUNIS⁷, tenemos que en el año 2019 contábamos con 1.59 camas por mil habitantes, cuando el número promedio de camas hospitalarias en América Latina y el Caribe es de 2.1 por mil habitantes y en la OCDE es de 4.7⁸. Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (2022)⁹, en 2021 el Perú contaba con 1.64 camas hospitalarias por mil habitantes.

Respecto a las camas UCI, en el 2020 el Perú contaba con 2.9 camas UCI por 100 mil habitantes¹⁰, mientras que en la región el promedio en el 2019 era de un 7.5 camas UCI por cada 100 mil habitantes, y entre el 2020 y 2021 esta cifra aumentó al 15.2 (CAF, 2022)¹¹. Con datos de SUSALUD¹² al 2022, el Perú aumentó a 3,771 camas UCI, es decir contamos con 11 camas por cada 100 mil habitantes.

En cuanto a los ventiladores mecánicos operativos con los cuales el Perú contaba al empezar la pandemia, según los datos de “Salud con Lupa” el Perú tenía 1,418 ventiladores, mientras que Chile contaba con 3,001, Colombia con 2,817 y México con 10,401 (Salud con Lupa, 2020). Según datos de la CAF (2022), el promedio en la región era de 10.7 ventila-

1 OCDE & Banco Mundial (2020) “Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020”

2 Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020) “Encuesta Nacional de Hogares 2020 – ENAHO”

3 A través del Decreto Supremo Nro. 038-2016-SA

4 A través del Decreto de Urgencia Nro. 01-2016

5 A través del Decreto Supremo Nro. 019-2018-SA

6 OCDE & Banco Mundial (2020) “Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020”

7 Tomado de: MINSA - REUNIS (2023)

8 OCDE & Banco Mundial (2020) “Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020”

9 Véase en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3839281/Compendio2022_Tomo_1.pdf

10 OCDE & Banco Mundial (2020) “Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020”

11 Corporación Andina de Fomento (2022). Ideal 2022: Energía, agua y salud para un mejor medio ambiente.

12 Véase en: <https://data.larepublica.pe/capacidad-sanitaria-en-peru-cuanto-cambio-nuestro-sistema-de-respuesta-a-dos-anos-de-la-pandemia/>

dores por cada 100 mil habitantes en el 2019 y 16.7 en 2020-2021. Según datos de SUSALUD¹³, al 2022, el Perú había logrado tener 3,286 ventiladores mecánicos operativos, es decir, 9.7 ventiladores mecánicos por cada 100 mil habitantes.

LA INFORMALIDAD Y LA PRECARIEDAD COMO FACTORES AGRAVANTES

La elevada informalidad laboral en el Perú ha permitido que durante la pandemia del COVID-19 no se cumpliera debidamente con el aislamiento social obligatorio, siendo un factor que permitió el aumento de los contagios. Según datos del INEI, el empleo informal superaba el 70% de la PEA ocupada en el año 2019, situación que se agravó los años siguientes ya que para sobrevivir las familias tuvieron que seguir movilizándose para generar sus ingresos al no contar con protección social alguna. A ello se suma la precariedad en la que viven la mayoría de los peruanos y peruanas, sin acceso a los servicios básicos como el agua, desagüe y electricidad, viviendas hacinadas, entre otros factores que corresponden a problemas estructurales que hacen más vulnerables a los peruanos frente a una crisis sanitaria.

MUY POCO FINANCIAMIENTO PARA PREPARAR LA RESPUESTA INICIAL A LA PANDEMIA

Mientras los países del mundo y de la región se preparaban para afrontar la alerta sanitaria internacional frente a la pandemia del COVID-19 desde finales del año 2019, en el Perú recién el 31 de enero de 2020 se publicó el “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCov” que destinó un presupuesto de apenas 3.6 millones de soles, siendo este el mayor error estratégico del MINSA.

Comparando con otras amenazas a nivel de pandemias o epidemias que el Perú ha tenido que afrontar, el monto destinado demuestra una diferencia marcada del tratamiento que se dio para la prevención y preparación que se necesitaba. En el año 2014, el MINSA destinó 37 millones para el virus del Ébola y en el año 2009 se destinó 103 millones para la influenza, y ninguno fue tan mortal en nuestro país como el COVID-19, lo que demuestra el desinterés de los funcionarios públicos de ese entonces frente a proteger la salud y la vida de las personas.

Asimismo, con el magro presupuesto destinado al sector Salud durante los años previos a la pandemia, no se fortaleció el Primer Nivel de Atención, el que debió ser el primer muro de contención para evitar los cuadros de gravedad en los pacientes del COVID-19, continuando en el abandono y la precariedad a pesar de las alertas lanzadas por el MINSA. Peor aún, en plena pandemia se cerró el Primer Nivel de Atención, no por una directiva, sino por no contar con la capacidad adecuada para enfrentar la crisis sanitaria.

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS PARA ENFRENTAR EL COVID Y SUS CONSECUENCIAS

El financiamiento total destinado por el Estado para afrontar la pandemia del COVID-19 en el Perú fue de un 20.6% del PBI, según datos del MEF¹⁴. De dicho monto, sólo el 0.9% fue destinado a la atención inmediata de la emergencia, que incluyó el fortalecimiento de los servicios de salud, bonos para el personal, orden público y traslado de ayuda humanitaria, entre otros. El resto del presupuesto fue distribuido en: 4.9% del PBI para el soporte económico a las familias vulnerables con el otorgamiento de subsidios, liberación de la Compensación de Tiempo de Servicios (CTS) y de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), entre otros; 1.8% del PBI a brindar soporte económico a las MYPES, principalmente alivios y beneficios tributarios; y el 13.1% fue destinado a mantener la cadena de pagos, apoyo y soporte a la economía, incluyendo el programa Reactiva Perú, el que favoreció principalmente a las grandes empresas.

13 Véase en: <https://data.larepublica.pe/capacidad-sanitaria-en-peru-cuanto-cambio-nuestro-sistema-de-respuesta-a-dos-anos-de-la-pandemia/>

14 MEF (2020) Informe de actualización de proyecciones macroeconómicas 2021-2024.

LA CARRERA POR LA VACUNAS

La adquisición de las vacunas ha sido una carrera desigual entre los países, siendo los industrializados y con mayor poder económico los que negociaron desde la etapa de investigación. De esta manera, quienes pudieron pagar primero cerraron contratos con las farmacéuticas y acapararon los primeros lotes de vacunas.

Según datos de OXFAM¹⁵, durante el año 2020, el 13% de la población mundial que representan a los países ricos, acapararon el 51% de las dosis prometidas de candidatas a vacunas, cuando aún no había culminado la Fase III de su desarrollo. A sólo dos meses desde que la primera vacuna fue aplicada en el mundo, en febrero de 2021, el 75% de las vacunas contra el COVID-19 habían sido acaparadas por 10 países ricos, mientras que más de 130 países no habían recibido ni una sola dosis, como anunciaba el secretario general de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Si bien la creación de las vacunas contra el COVID-19 puede ser uno de los principales logros científicos en tiempo récord, y a pesar de que el financiamiento para su desarrollo provino principalmente del sector estatal, su producción y venta estuvo en manos de las empresas farmacéuticas, las que impusieron sus condiciones en todo momento.

PAPEL DE LOS ORGANISMOS REGIONALES EN LA RESPUESTA A LA PANDEMIA

Los principales organismos regionales de Salud son la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS), y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORASCONHU) que forma parte del sistema de integración andina comprendido por Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. En ambos casos, su función estuvo enfocada en la vigilancia y seguimiento de la situación epidemiológica, generando espacios de coordinación entre los gobiernos de la región para compartir experiencias sanitarias de los funcionarios de las carteras de Salud.

Conforme al proyecto COVAX (por sus siglas en inglés de COVID-19 Vaccines Global Access) para apoyar a los países de América Latina, la OPS cumplía el rol de facilitar y promover la adquisición de vacunas contra la COVID-19, logrando movilizar 160 millones de dosis. Si bien, el mecanismo COVAX permitía a los países de menores recursos económicos acceder a las vacunas, no se cumplieron con sus plazos de entrega, demorando el inicio de la vacunación, situación que no tuvo un adecuado seguimiento por la OPS.

Por su parte, los países de la región tuvieron que enfrentar cada uno con sus propias estrategias la carrera por la adquisición de las vacunas para proteger a su población, donde se comprobó la dependencia sanitaria y la falta de unidad latinoamericana para negociar los contratos de las vacunas frente a las corporaciones. Los organismos regionales de Salud no cumplieron una función articuladora para tener mejores condiciones para acceder a la vacuna contra el COVID-19, que en ese momento era la principal preocupación de los gobiernos de la región.

EN CONCLUSIÓN

- El Perú, en comparación con los demás países de la región, tenía las peores condiciones para afrontar la pandemia.
- Aumentar asegurados al SIS sin destinar mayor presupuesto al Sector Salud profundiza la precariedad de los servicios de salud y resta capacidad adecuada de respuesta del Estado.
- Si no se destina financiamiento adecuado, las personas seguirán poniendo de su bolsillo para la salud.
- La elevada informalidad laboral es un factor de vulnerabilidad frente a pandemias.
- La falta de acceso a los servicios básicos, la precariedad de las viviendas, los riesgos del transporte público, la seguridad social, entre otros factores, no permiten cumplir con el aislamiento social obligatorio.
- Es urgente la reforma del Sistema de Salud que haga realidad un sistema universal y gratuito.
- La pandemia agudizó aún más las desigualdades entre los países ricos y el resto del mundo, lo que se evidenció con el acaparamiento de las vacunas contra el COVID-19.
- El papel de los organismos internacionales para el acceso equitativo a las vacunas ha sido limitado.

15 OXFAM (2020) Small group of rich nations have bought up more than half the future supply of leading COVID-19 vaccine contenders.