

A

lgunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento UNIVERSAL EN SALUD en el Perú

AUGUSTA ALFAGEME *

La Ley de Seguro Universal de Salud (Ley 29344, de abril de 2009), plantea cambios institucionales en el sistema de salud para garantizar el derecho pleno y progresivo de la población a la seguridad social, según el mandato de la Constitución.

* Especialista Senior en Políticas Sociales del BCRP.
maria.alfageme@bcrp.gob.pe

PROTECCION SOCIAL Y SEGURIDAD DE SALUD.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social” (...) más allá de una ausencia de afecciones o enfermedad”. Lo que depende, en gran parte, de factores propios del individuo y su entorno, pero también, de las políticas públicas y la respuesta organizada de la sociedad. En ese sentido, el Estado debe orientarse no sólo a políticas de prevención y de salud colectiva (que involucran acciones muy diversas, saneamiento, nutrición, control del medio ambiente) sino, también, a garantizar que nadie quede excluido de una adecuada atención ante el evento de una enfermedad.

El carácter probabilístico de la enfermedad (riesgo de enfermar), ha motivado históricamente el desarrollo de una serie de modelos de seguridad social, adscritos en sus inicios al sector laboral, como instrumentos de protección social para lograr un “acceso igualitario a la provisión de prestaciones de salud” (Musgrove, 1983). Apoyada en la Constitución peruana, que declara a la seguridad social como un derecho universal y progresivo (Art. 10), la Ley de Aseguramiento Universal (Ley 29344 de julio de 2009) y su Reglamento (DS 008-2010) ha establecido el marco legal básico que guiará su implementación progresiva.

ANTECEDENTES Y REFORMAS EN EL SECTOR SALUD

La situación crítica del sistema de salud a cargo del Estado y el limitado acceso a la seguridad social, impulsó diversas propuestas para reformar el sistema de salud y lograr un acceso equitativo y universal a la cobertura de salud en la década de 1990. Así, se puso énfasis en mejorar las intervenciones de salud pública y ampliar la cobertura y calidad de la atención primaria (Alvarado Rony, 2009). Asimismo, al determinar las prioridades en el gasto de salud (gasto protegido, MEF), la atención se focalizó en los más pobres, en acciones dirigidas a mejorar la atención materna infantil para reducir la desnutrición y la mortalidad infantil. En ese esfuerzo, se aumentó la inversión en infraestructura de centros y puestos de salud primarios.

Paralelamente, se inician otras reformas para ampliar la producción y distribución de los servicios de salud en la seguridad social. Se separan los fondos de pensiones y de seguridad social (EsSalud aparece como entidad autónoma) y se crean las Empresas Prestadoras de Salud Privadas (EPS) a las que se destina un porcentaje del aporte de los trabajadores a seguridad social (ver Ley de Modernización de la Seguridad Social)¹. Asimismo, se introducen meca-

nismos para extender la afiliación de trabajadores del sector agrario y de microempresas con un menor aporte contributivo.

Las nuevas experiencias de aseguramiento público, como el seguro escolar y el seguro materno infantil, introducen un esquema de financiamiento solidario y focalizado en el sector público, expresado luego en el Seguro Integral de Salud (SIS), para ampliar el acceso de los pobres a los servicios de salud. El SIS, con sus dos componentes de aseguramiento subsidiado y de semi subsidio, se orientó a financiar, mediante un sistema de reembolso, las prestaciones básicas de salud (preventivas, recuperativas y de rehabilitación), incluidas en un plan mínimo obligatorio de salud denominado LPIS o “Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias” (DS 004-2007-SA) en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa).

La expansión del financiamiento y de los servicios de salud, junto con otras políticas públicas orientadas hacia grupos vulnerables, se ha reflejado en logros importantes en la condición de salud de la población expresados en el aumento de la esperanza de vida, la reducción de la mortalidad materna infantil y la desnutrición infantil². Subsisten, sin embargo, grandes brechas entre la población, según ingresos y ubicación geográfica, en los niveles de logro de estos indicadores, así como en la cobertura de los servicios de salud y la carga de enfermedad entre la población (Velásquez et al. 2009).

EL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ

El sistema de salud en el Perú se caracteriza por la presencia de una serie de agentes diferenciados por las funciones que realizan: financiamiento, intermediarios (fondos) y prestadores.

En cuanto al financiamiento (Cuentas Nacionales de Salud 1995-2005, MINSa, CIES), los agentes más importantes han sido los hogares (34,2%), el gobierno (30,7%) y empleadores (30,5 %).

Respecto al gobierno, el gasto presupuestal devengado en la función salud ascendió en 2009 a S/. 6,1 mil millones (Cuadro 1). El grueso de ese gasto se orientó a financiar en forma directa las atenciones de salud, colectiva e individual, de los establecimientos y entidades que suministran los servicios de salud, entre los que se hallan las sanidades de las fuerzas armadas y policiales. El gasto del SIS (S/. 458,5 millones) representó el 7,5 % del mismo y estuvo destinado a reembolsar las prestaciones de salud efectuadas en los establecimientos públicos de las regiones y la provincia de Lima.

Se estima que los fondos de aseguramiento en 2005 ascendieron a S/. 5 mil millones (MINSa-

¹ Uno de sus objetivos fue promover mayor competencia entre prestadoras en el otorgamiento de un plan básico de salud, con el fin de reducir las prestaciones de menor complejidad en EsSalud que se enfocaría en las de mayor complejidad.

² La esperanza de vida aumentó de 69,3 años en 1995-2000 a 73,1 en 2005-2010. Entre 2000-2010 la mortalidad infantil se redujo de 33 por mil a 18 por mil, y la desnutrición infantil de 22,9 % a 17,9%.

CIES, 2005), de los que el 80 por ciento fue administrado por el régimen contributivo (EsSalud 70% y EPS 9,5%) y el resto por seguros privados y auto seguros. Recién con la Ley 29344, el SIS se constituye como un fondo de seguro de subsidio y semisubsidio.

En cuanto al número de afiliados, el Cuadro 2 muestra los modelos de seguros en el país, entre los que destacan el SIS (59,5%) y EsSalud (32,1%), con una mayor concentración del SIS en la población pobre. Sin embargo, un 31,9% de pobres y un 42,1 % de no pobres no están afiliados a seguro alguno.

Respecto a la demanda de prestadores de servicios (Cuadro 3), el 38,3% de la población que acudió a alguna entidad de salud se atendió en los establecimientos del MINSA, el 12,8% en EsSalud y un 16,8 % en el sector privado. En cambio, el 61,6 % de los pobres se concentró en los servicios del MINSA (Cuadro 3). Según la información de ENAHO un tercio de la población se atendió en farmacias.

EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD (AUS)

En el contexto de las reformas señaladas, la Ley Marco de Aseguramiento Universal y su Reglamento señala, entre sus grandes objetivos, fortalecer el sistema de salud, combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y avanzar en la equidad en los servicios de salud, aspectos considerados en las propuestas de reforma del sistema de salud desde fines de 1990. Uno de sus objetivos es consolidar, a través de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento (IAFAS) privadas, públicas y mixtas (EsSalud, SIS, sanidad de fuerzas armadas, aseguradoras privadas), mecanismos de financiamiento que aseguren la atención de sus afiliados en las instituciones prestadoras autorizadas. Se distinguen así tres regímenes: contributivo, subsidiado, semicontributivo y un Fondo Intangible Solidario (FISSAL) para enfermedades de alta complejidad en el régimen de subsidio. (Ver Tabla 1).

Las prestaciones de salud brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, tanto públicas como privadas- (EPS) deberán adecuarse en forma progresiva al nuevo plan de salud denominado "Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS)" que establece las condiciones mínimas asegurables en los paquetes básicos de salud que deben brindar las IAFAS (aunque permite incluir planes complementarios a un costo adicional). En el caso del SIS el PEAS reemplazaría al LPIS actual³.

La Ley garantiza, sin embargo, la vigencia de los planes adquiridos con EsSalud, sanidades de las fuerzas armadas y seguros privados. El MINSA continúa como ente rector del sistema, mientras que la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

CUADRO 1 ■ Función Salud: ejecución del gasto presupuestal devengado, año 2009 ^{1/} (En millones de nuevos soles)

	Valor	Porcentaje
Total	6 128,6	100,0
Sector salud	2 871,7	46,9
- MINSA	2 538,6	41,4
-SIS ^{2/}	118,5	1,9
-INEN	121,6	2,0
-SUNASA	9,2	0,2
-INS	83,7	1,4
Otros sectores ^{3/}	191,5	3,1
Gobiernos regionales y locales	3 065,4	50,0
-SIS	339,9	5,5
-Salud colectiva e individual	2 725,5	44,5

^{1/} NO INCLUYE GASTOS EXTRA PRESUPUESTALES DE ESSALUD Y SOCIEDADES DE BENEFICENCIA.

^{2/} TRANSFERENCIAS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE LIMA.

^{3/} RECURSOS CORRESPONDIENTES A LOS MINISTERIOS DEL INTERIOR, DEFENSA Y FUERZAS ARMADAS.

FUENTE: MEF-SIAF.

CUADRO 2 ■ Población con acceso a seguro de salud año 2009 (En porcentajes)

	Pobre	No pobre	Total
Población	100,0	100,0	100,0
- Asegurada	68,1	57,9	61,4
- Sin seguro	31,9	42,1	38,6
Asegurados	100,0	100,0	100,0
- SIS	90,9	39,8	59,5
- EsSalud	8,1	47,1	32,1
- EsSalud y SIS	0,2	0,3	0,3
- Otros ^{1/}	0,7	12,8	8,2

^{1/} SEGUROS PRIVADOS, ESCOLAR Y UNIVERSITARIO.

FUENTE: ENAHO 2009.

(SUNASA), a través de dos intendencias, deberá velar por la sostenibilidad económica y financiera de los fondos de las IAFAS y supervisar la calidad de las prestaciones y cumplimiento de los planes de salud ofertados por prestadoras de salud incluyendo las condiciones mínimas asegurables en el régimen de subsidio.

AVANCES EN SU IMPLEMENTACIÓN

El proceso de aseguramiento universal ha continuado con la promulgación de normas complementarias indicando los procedimientos para su desarrollo gradual. A través de medidas extraordinarias se dispuso la reestructuración del SIS y algunos mecanismos para incrementar la cobertura de aseguramiento a través de algunos programas pilotos en algunas localidades y la utilización del Sistema de Focalización de Hogares (SISFHO) para la selección de beneficiarios (DU 048-2010).

Asimismo, se han señalado algunos mecanismos para la afiliación progresiva al seguro universal. Entre

³ El PEAS ha incorporado 140 condiciones asegurables que representan un 65 % de la carga de enfermedad en el Perú, se espera que se extienda paulatinamente a más condiciones (Velázquez (2009).

ellos, la exigencia de afiliación a algún seguro para poder obtener créditos del sistema financiero, lo que ha generado observaciones respecto a su impacto en la bancarización (DS. 034-2010- SA).

La “Ley de Financiamiento de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del AUS” (Ley 29761 de julio de 2011) que están a cargo del SIS (convertido en IAFA público) ha establecido los principios (eficiencia, sostenibilidad y transparencia) y las reglas fiscales para el uso de los recursos del Estado, así como los mecanismos de pago a las prestadoras de salud por las atenciones realizadas. En su financiamiento se consideran los créditos presupuestarios, los aportes de la población al régimen semicontributivo y los recursos destinados por gobiernos regionales y locales.

En el régimen contributivo, se busca incentivar la competencia entre aseguradoras (con base al PEAS) y entre las prestadoras de salud para mejorar la eficiencia y calidad de sus servicios. En esa línea, EsSalud y las aseguradoras privadas están trabajando para atraer nuevos afiliados con paquetes especiales para trabajadores independientes de medianos y más altos ingresos. Por otro lado, EsSalud está analizando la posibilidad de incluir, a través de un esquema mixto con financiamiento estatal, a trabajadores informales y de microempresas.

ALGUNOS PROBLEMAS EN EL DESARROLLO DEL AUS

La amplitud de objetivos de esta reforma, la intervención de una multitud de actores y la heterogeneidad geográfica y de ingresos de la población plantean varios retos y problemas para su implementación. Además, enfrentándose a escasos recursos para el objetivo universal de aseguramiento y a la limitada capacidad de gestión ante los cambios complejos que se quiere realizar.

Entre 2007 y 2009, la población afiliada al SIS se incrementó de 6,9 a 12,6 millones de personas, respectivamente⁴. La prioridad de atención a las madres gestantes y niños menores de 5 años habría tenido impacto positivo en la reducción de la mortalidad y la desnutrición infantil. Aunque su rápida expansión ha puesto en evidencia la precariedad de algunos establecimientos de salud y la existencia de una brecha de infraestructura y personal sanitario en algunas regiones. En ese contexto, el gasto anual por afiliado, se ha reducido de S/. 64,1 en el 2007 a S/. 37,1 en 2010 (Observatorio de la salud, 2012), lo que habría implicado una acumulación de deudas del SIS con los establecimientos de salud.

La Ley plantea, también, la necesidad de diseñar mecanismos, como señala De Habich (2010), para articular a los prestadores en redes integradas. Lo que implica la construcción de un nuevo modelo de

CUADRO 3 ■ Centros de atención de la población que declaró enfermedad año 2009 (En porcentajes)

	Pobre	No pobre	Total
Buscó atención	40,1	56,7	51,0
Lugar de atención	100,0	100,0	100,0
Minsa	61,6	29,8	38,3
- Puesto de salud MINSA	38,2	13,5	20,1
- Centro de salud MINSA	14,6	7,4	9,3
- Centro o puesto de salud CLAS	3,4	1,4	1,9
- Hospital MINSA	5,3	7,5	6,9
EsSalud y otros	3,3	16,2	12,8
- Posta, Policlínico EsSalud	0,8	4,1	3,2
- Hospital del seguro (EsSalud)	2,1	10,6	8,4
- Sanidad FF.AA. Y Policía Nacional	0,3	1,5	1,2
Privado	6,4	20,6	16,8
- Consultorio médico particular	4,0	10,4	8,7
- Clínica particular	1,9	9,5	7,5
- En su domicilio (del paciente)	0,5	0,7	0,7
Farmacia o botica	26,3	31,7	30,2
Otros ^{1/}	2,5	1,7	1,9

^{1/} HUESEROS, CURANDEROS, ETC.

FUENTE: ENAHO, 2009.

organización y gestión de servicios, que permita un mejor balance en los esfuerzos públicos y privados para atender la salud individual y colectiva, incluyendo los factores de riesgo.

El cambio de un esquema de financiamiento a través de transferencias directas de recursos del Estado a los establecimientos de salud, como sucede hoy, a un sistema basado en la lógica del riesgo, implicaría un trabajo conjunto con el MEF para compatibilizar las metas presupuestales de salud (bajo un sistema de gasto focalizado o protegido), con un esquema de financiamiento que requiere fondos de previsión, ante la enfermedad como un evento probabilístico (De Habich 2010).

Al respecto, es importante evitar, como ha sucedido en Colombia, dada la complejidad de su sistema, un aumento de gastos en burocracia en los diversos esquemas de administración de recursos. También es importante estudiar otras experiencias para desarrollar medidas que ayuden a reducir la tendencia de segmentación de los seguros, por riesgo de enfermedad o por ingresos, que en el caso de Chile ha llevado a una participación de los grupos de mayor riesgo en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) (Blackburn, y otros, 2004).

Con el fin de mejorar los recursos financieros del régimen de subsidio, De Habich (2010), plantea la necesidad de evaluar el espacio fiscal o el margen presupuestal para elevar el gasto de salud, sin perjudicar

⁴ En 2011, se contabilizaron 12,7 millones de los que el 97 % estaba bajo el régimen de subsidio. El 87% de los afiliados continúa, todavía, bajo los planes del LPIS.

la estabilidad macroeconómica. Lo que implica, también, mejorar la eficiencia del gasto a través de nuevos mecanismos de pago y contratos basados en el desempeño del prestador.

El debate reciente de algunos países, como Chile, sobre los nuevos espacios para mejorar el financia-

miento de salud (Vergara, 2006), ha puesto énfasis en tres aspectos: la eficiencia y eficacia de la recaudación y la asignación de recursos al sistema de subsidio; la posibilidad de introducir mecanismo de mancomunación o reparto de fondos (*Pooling* en inglés) y en desarrollar mecanismos de compras estratégicas previstas en la Ley de Contrataciones del Estado para aprovechar los beneficios de las economías de escala.

La Superintendencia de Aseguramiento debe avanzar, también, en el diseño de instrumentos para supervisar el sistema público y garantizar la satisfacción de los asegurados. Lo que implica el desarrollo de nuevas capacidades en los prestadores de servicios, mejorar los sistemas administrativos en las direcciones regionales de salud y la gestión para supervisar tanto a los prestadores, como a las administradoras de los fondos de seguros.

Finalmente, el proceso de aseguramiento universal debe considerar los cambios demográficos que permiten prever el crecimiento de una población de adultos mayores sin sistemas de protección. Lo que implica el desarrollo de una cultura de aseguramiento e incentivos a los trabajadores independientes del sector formal e informal para incorporarse en mayor número al sistema contributivo.

En síntesis, el desarrollo del nuevo modelo de aseguramiento universal plantea la necesidad de estrategias que ayuden a desarrollar instituciones sólidas y adecuadas al nuevo modelo y mecanismos sostenibles de asignación de recursos financieros. El MINSA como conductor de este proceso debería compatibilizar las prioridades nacionales y regionales de salud, con énfasis especial en las acciones de prevención, mejoramiento en la gestión de recursos y acceso equitativo a la salud de calidad. ■

TABLA 1 ■ **Perú: Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud (Ley 29344, abril 2009)**

Características	Obligatorio, progresivo, garantizado, regulado, descentralizado, transparente, sostenible y portable en todo el territorio nacional.
Dirección, conducción: MINSA	Formular, las normas y políticas para su implementación gradual.
Supervisión: Superintendencia Nacional de Aseguramiento de Salud	Autonomía técnica, funcional administrativa, económica y financiera. Velar por el uso eficiente y oportuno de los fondos de aseguramiento. Registrar, autorizar, supervisa y regular a las administradoras de fondos de aseguramiento y prestadoras de servicios de salud Velar por la calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones. Organizar y reglamentar los aspectos relacionados con la recolección, transferencia y difusión de la información por los agentes vinculados al proceso del aseguramiento universal. Establecimiento de mecanismos de conciliación y arbitraje entre los usuarios y las instituciones prestadoras y financiadoras. Asegurar la transparencia y accesibilidad de la información en resguardo de los derechos de los asegurados.
Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento (IAFAS)	Privadas, públicas y mixtas: Seguro Integral de Salud (SIS), EsSalud, sanidades de Fuerzas armadas y Policía, compañías de seguros privados, entidades con servicios de salud prepagados, auto seguros, fondo de salud y otras modalidades.
Instituciones prestadoras de servicios de Salud	Establecimientos autorizados para brindar servicios de salud con diferente nivel de atención y complejidad. Articulación, bajo criterios de estandarización de intervenciones para cada plan, con sistemas para difundir identidad de asegurados y mecanismos de pago para intercambio de servicios.
Régimen de financiamiento	Régimen contributivo: aportantes a las IAFAS en forma directa o a través de empleadores. Régimen subsidiado: restringido a poblaciones vulnerables y de menores recursos. El subsidio se otorga a través del Seguro Integral de Salud financiado íntegramente con aportes del Estado. Régimen semicontributivo: financiamiento parcial del Estado y el aporte del asegurado o su empleador. Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) destinado a financiar enfermedades de gran complejidad (tanto a sectores del sistema contributivo como subsidiado).
Fuentes de financiamiento del régimen subsidiado y semi- contributivo	Recursos del SIS, aportes y contribuciones de afiliados al SIS y fondos que gobiernos regionales y locales asignen. Otros que la Ley les asigne.

REFERENCIAS

- Alvarado Betty y Lenz Rony, 2009, Políticas pro pobre en el sector público de salud en el Perú.
- Arce Melitón, 2009, Implementación del aseguramiento universal en salud en regiones piloto del Perú, Simposio Aseguramiento Universal, 2009.
- Blackburn, S. y otros, 2004, "Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno. CEPAL, 2004
- De Habich, Midori, 2010, El aseguramiento universal en salud en el Perú. Noviembre.
- Foro Salud, Límites del aseguramiento universal en salud. www.forosalud.org.pe.
- Ministerio de Salud (MINSA), 2009, Fortaleciendo el SIS en zonas de pobreza.
- Observatorio de la salud, 2012, Estadísticas 2010, CIES.
- USAID, 2009, Financiamiento del aseguramiento universal en salud: experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú, agosto.
- Vergara-Iturriaga M, Martínez MS, 2006, Financiamiento del sistema de salud chileno. Rev. Salud Pública, Mx.
- Velásquez Aníbal y otros autores, 2009, La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. MINSA/USAID.