

El Aseguramiento Universal en Salud en el Perú

Dr. José C. Del Carmen Sara

EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS DEL SEGURO PÚBLICO DE SALUD

El Aseguramiento Universal en Salud constituye una de las principales políticas públicas impulsadas en la última década y que trasciende a una estrategia programática de un gobierno en particular, para constituirse en un modelo que surge del logro de un consenso político que tiene como importante hito la decimotercera Política de Estado, suscrita en el año 2002 a través del Acuerdo Nacional, en el que las principales fuerzas políticas, contando con la participación de Instituciones Académicas, Gremiales, Sindicales, Religiosas y de la Sociedad Civil, arribaron a un consenso sobre los lineamientos que deberían tener los futuros gobiernos democráticos y que permitan trazar una ruta hacia el desarrollo y la justicia social en nuestro país, dentro de los cuales se suscribe el compromiso de “asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables”.

Es así que en el año 2002, mediante Ley No. 27657, se crea el Seguro Integral de Salud (SIS) como Organismo Público Descentralizado adscrito al Ministerio de Salud, sobre la base de la Unidad de Seguro Integral de Salud, constituida por Resolución Suprema el año anterior y que a su vez congregaba los recursos desplegados para la implementación del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil en el quinquenio precedente.

Para el año 2005, a través del impulso de la cooperación técnica internacional y de

organizaciones de la sociedad civil, se promovió la firma de un segundo instrumento de consenso, que fue el llamado “Acuerdo de Partidos Políticos en Salud”; en el se priorizan seis líneas de intervención para los años 2006-2010, una de las cuales se enfocaba en el Aseguramiento Universal en Salud, precisándose el compromiso de “universalizar progresivamente la seguridad social en salud partiendo de las condiciones de aseguramiento actual, tomando como punto de partida los avances realizados a la fecha”. De este modo en el año 2007, el aseguramiento en salud es consignado dentro de los objetivos estratégicos a ser implementados y evaluados en el marco del Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado por Resolución Ministerial No. 589-2007/MINSA; dicho Plan fue elaborado con participación de representantes de los Consejos Regionales de Salud a nivel nacional, Colegios Profesionales, Cooperación Técnica Internacional y representantes de la Sociedad Civil.

Es así que en el año 2009 el Congreso de la República aprueba la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, que se constituye como el principal hito para impulsar esta política consensuada inscrita en el Acuerdo Nacional y el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, determinando así que nuestro país asuma por primera vez el reto de llevar adelante una política de estado, no solo como una política de un gobierno en particular, sino como el producto de un consenso apropiado durante una década, por representantes de diversos sectores de la sociedad en su conjunto.

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se plantea como un “proceso orientado a lograr que

toda la población residente en el territorio nacional, disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)”.

De este modo, la ruta planteada para el país en el “proceso” de aseguramiento universal, no debe ser entendido únicamente como un esfuerzo del Estado para garantizar el acceso a la salud de los más pobres, sino también a la necesidad de extender la cobertura de seguridad social en la población con empleo formal y la promoción de una “cultura de aseguramiento” para los trabajadores independientes, acostumbrados a solventar sus gastos en salud en establecimientos públicos o privados, pero que igualmente se encuentran expuestos a una gran vulnerabilidad, al no estar en la posibilidad de cubrir el costo de la atención de salud ante eventos catastróficos e incluso de mediana o alta complejidad. En tal sentido, el modelo del aseguramiento universal nos plantea la necesidad de sumar esfuerzos de los diferentes subsectores de salud, diferenciar y fortalecer el rol de los financiadores y establecer una rectoría clara del sistema, cautelada por la institución creada para tal fin, sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud y que vino a constituirse como la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), cuyo rol deviene en fundamental para la supervisión y regulación del sistema.

En relación a los resultados alcanzados como consecuencia de la aplicación de esta importante política de estado, es posible apreciar a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), un progresivo incremento en el porcentaje de población que declara poseer algún tipo de seguro de salud, cifra que para el año 2003 alcanzaba solo al 37.3% a nivel nacional, y que se ha visto incrementada a setiembre del año 2011 a cerca del 66%, reduciendo casi a la mitad el porcentaje de población no asegurada.

Este importante avance, se sostiene fundamentalmente en el crecimiento en la cobertura de afiliación del Seguro Público de Salud, que amplió su cobertura en ese mismo periodo de 14.9% a 38.2%, especialmente en las áreas rurales donde para el año 2003 el 24.7% de la población declaraba estar afiliado al Seguro Integral de Salud, mientras que a setiembre del 2011 el 74.6% de dicha población señala estar afiliada al SIS.

Es importante destacar que este incremento en la cobertura de afiliación, ha sido acompañado para el caso del Seguro Público de Salud, a un crecimiento en el Plan de Beneficios y sus alcances por grupo de edad, dado que para el año 2002 este estaba enfocado en la atención de madres gestantes y niños, incluyendo las condiciones de emergencia que pudiesen afectarles. A partir del año 2006, esta cobertura se amplía para casos de emergencia en otros grupos de edad en condición de pobreza.

En el año 2007 se aprueba mediante Decreto Supremo No. 004-2007-SA, el “Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias” (LPIS), que incorpora intervenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación, destinada a cubrir las necesidades de atención en salud de la población pobre en los diferentes grupos de edad. Este hecho se ha visto reflejado en un progresivo incremento durante el periodo 2007 al 2011, de la población afiliada adulta y adulta mayor, con el consecuente incremento en la demanda de servicios de mayor complejidad.

Con la aprobación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), mediante Decreto Supremo 016-2009-SA, se establece en las zonas denominadas como “Pilotos” del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), la incorporación de la cobertura para enfermedades no transmisibles como la Hipertensión Arterial, Diabetes, afecciones mentales, entre otros; dicha cobertura sin embargo, no contemplaba algunas patologías que si eran cubiertas en las zonas “no AUS”, generando un inicial descontento que fue revertido a través de la emisión de la Resoluciones Jefaturales No. 133 y 134- 2010/SIS, que establecen los planes complementarios en el ámbito del aseguramiento

universal, incorporando todas aquellas atenciones que no se encontraban en el PEAS y que venían siendo cubiertas por el seguro público antes de su aprobación. En el momento actual, se ha elevado una propuesta de Decreto Supremo que permita unificar los Planes de Beneficios del Seguro Integral de Salud tanto en las zonas piloto de Aseguramiento Universal con las del resto del país, evitando así los rechazos no justificados como resultado de la confusión por trámites administrativos diferentes para los pacientes de los ámbitos “AUS y no AUS”.

Como un indicio de la mejora en el acceso a los servicios de salud relacionada a la implementación de esta política pública, podemos encontrar que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares, para el año 2004, el 24.7% de la población señalaba como motivo para no acudir a un establecimiento de salud frente a una enfermedad el carecer de dinero para solventar los gastos. Para el mes de diciembre del año 2011, este porcentaje se ha reducido al 12% como promedio nacional.

Sin embargo, es necesario señalar que a través de la misma fuente podemos encontrar que mientras en el año 2005 el 70% de los afiliados al SIS señalaban que su atención de salud había sido totalmente cubierta por su seguro público, en el año 2010 solo el 46% señalaron haber sido cubiertos por dicho seguro. Este hecho guarda relación con la disociación entre el incremento en el número de afiliados al SIS que alcanzó el 150% entre los años 2005 al 2009, con el incremento del financiamiento canalizado a través de las transferencias realizadas por el SIS, que se incrementó en ese mismo periodo en un 53%, así como el incremento en la asignación presupuestal del tesoro público para atenciones de salud individual, que se incrementó en un 44% a nivel nacional.

Como consecuencia de este desfase, es posible explicar la progresiva pérdida de credibilidad del Seguro Público en el Perú, reflejado en reclamos por falta de pago de las diferentes Direcciones de Salud u Hospitales a nivel nacional, que tuvo particular incidencia durante los años 2009 y 2010.

Mediante un importante esfuerzo para el ordenamiento del marco normativo y de las asignaciones presupuestarias para el pago de las prestaciones básicas y especializadas, el Seguro Integral de Salud, conjuntamente con el Ministerio de Salud y los diferentes representantes de las Direcciones Regionales de Salud, dieron inicio a un proceso de conciliación de los estados financieros, a través del cual se hizo posible revertir la situación señalada e instaurar a partir de noviembre del año 2011, un nuevo mecanismo de pago por adelantado de las prestaciones de salud para los pacientes afiliados al SIS, transfiriéndose así un monto de 120 millones de nuevos soles a nivel nacional, a través de la firma de “Convenios de Gestión” con más de 145 Unidades Ejecutoras de Salud a nivel nacional; mediante ellos se estableció el compromiso de garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud, la adecuada dotación de insumos y medicamentos, así como la eliminación de cobros indebidos a los pacientes afiliados al Seguro Integral de Salud.

Un elemento a resaltar, es la reciente implementación del mecanismo de “pago per cápita para el primer nivel de atención”, mediante el cual se busca cautelar la asignación de recursos para la atención primaria, incentivando las actividades preventivo promocionales que se llevan a cabo fundamentalmente en los centros y puestos de salud que están más cerca de la población; a través de este mecanismo se ha incrementado en un 36% el financiamiento destinado a las prestaciones brindadas en el primer nivel de atención en cuatro regiones con las que se han suscrito el convenio respectivo, así mismo, se han establecido indicadores sanitarios bajo cuyo cumplimiento, se brindan incentivos financieros que buscan impulsar la priorización del cuidado de la salud de las personas, su familia y la comunidad y no solo enfocarse en el tratamiento de las enfermedades que las afecten.

Para abordar la creciente demanda de atención de enfermedades de alto costo, en el presente año se ha dado inicio a las actividades del Fondo Intangible

Solidario en Salud (FISSAL) como Unidad Ejecutora del Seguro Integral de Salud, con el objeto de administrar el presupuesto público destinado al financiamiento de neoplasias, leucemias, enfermedad renal crónica en sus afiliados. Para el presente año se estima utilizar un monto de 120 millones de nuevos soles, buscando evitar que la barrera económica sea un impedimento para que la población más pobre de nuestro país acceda al tratamiento de este tipo de enfermedades.

Sin duda, para llevar adelante este propósito, no basta con destinar recursos financieros para el pago de prestaciones, dado que en muchas regiones de nuestro país no existe la capacidad resolutoria para la atención de este u otro tipo de patologías complejas; en este sentido, se ha logrado viabilizar a través del Decreto Supremo No.005-2012 SA, que dicta disposiciones complementarias para el Intercambio Prestacional y compra de servicios entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Seguro Social de Salud (EsSalud), dentro de los alcances de la Ley No. 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud; mediante este dispositivo se busca mejorar el acceso a los servicios de salud, tanto para la población afiliada al SIS que requiere atención compleja en regiones donde no exista oferta pública de salud, como también para los afiliados a EsSalud que habitan en lugares donde dicha institución no cuenta con establecimientos para su atención, en especial en el primer nivel de atención. De esta manera, el Seguro Público de Salud en el Perú, viene contribuyendo a articular nuestro fraccionado sistema de salud, a fin de optimizar el uso de los recursos disponibles. En esta misma línea, se tiene prevista para el presente año, la firma de convenios para el Intercambio Prestacional y compra de servicios con los Ministerios de Defensa e Interior, estando abierta la posibilidad de implementar la

compra de servicios a otros prestadores, donde la oferta pública sea inexistente.

Sin duda, estos nuevos desafíos demandan un inmediato y efectivo abordaje de los mecanismos que garanticen la adecuada dotación de recursos financieros, que permitan llevar adelante esta importante Política de Estado y propicien su sostenibilidad en el tiempo. Para ello, mediante Ley No. 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicolaborativo del Aseguramiento Universal en Salud, ha quedado establecido que la asignación presupuestal anual del Seguro Integral de Salud, deberá efectuarse teniendo en cuenta el número de afiliados a su cargo y el valor de la prima calculada mediante un estudio actuarial, sobre la base del costo total del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Es en este contexto que el Seguro Público de Salud en el Perú, inicia su segunda década con avances y nuevos desafíos, habiendo contribuido en la implementación de una de las principales Políticas Públicas emanadas de un consenso, que involucra a diferentes actores y apunta a lograr que la totalidad de nuestra población se encuentre protegida a través de un seguro de salud que garantice su acceso a una atención con calidad y oportunidad, brindándoles protección financiera en materia de salud. Ello implica avanzar hacia la articulación de un Sistema de Salud que optimice el uso de sus recursos, a través de la complementariedad, intercambio y/o compra de servicios; fortalecer y delimitar el rol de los financiadores, cautelando la intangibilidad de sus fondos y su autonomía administrativa; garantizar la adecuada asignación de recursos presupuestales para el aseguramiento público en salud, a efectos de generar las condiciones para un efectivo acceso universal a la salud en beneficio de las poblaciones más vulnerables de nuestro país.