

IMPLEMENTACIÓN DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD EN REGIONES PILOTO DEL PERÚ

Melitón Arce¹

RESUMEN

En abril de 2009 se promulgó la Ley N.º 29344 Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su implementación será gradual tanto en el número de asegurados como de cobertura de beneficios y de garantías explícitas. Primero se irá implementando en nueve zonas piloto de las provincias o distritos más pobres del Perú, para lo cual el Estado ha realizado cambios presupuestales que permitan su ejecución.

Palabras clave: *Sistemas nacionales de salud; Acceso universal a servicios de salud; Cobertura universal; Salud Pública; Perú (fuente DeCS BIREME).*

IMPLEMENTATION OF UNIVERSAL HEALTH ASSURANCE IN PILOT REGIONS OF PERU

ABSTRACT

In April 2009, the Law No. 29344: Framework Law on Universal Health Assurance was enacted, its implementation will be gradual in the number of insured as coverage of benefits and explicit guarantees. First will be implemented in nine pilot areas of the poorest provinces and districts of Peru, for which the State has made budgetary changes to allow its implementation.

Key words: *National health systems; Universal access to health care services; Universal coverage; Public health; Peru (source: MeSH NLM)*

INTRODUCCIÓN

Con la promulgación de la Ley N.º 29344 Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) ⁽¹⁾, se da inicio a uno de los acontecimientos más importantes para la salud pública de las últimas décadas en el Perú. Con el AUS, el Estado Peruano reconoce el derecho a la atención en salud, con calidad y en forma oportuna, que tienen todos los peruanos desde su nacimiento hasta su muerte. Este reconocimiento le da al AUS el carácter de un profundo cambio social que nos conduce a una sociedad moderna, más justa y equitativa ⁽²⁾.

ESTRATEGIAS DEL ASEGURAMIENTO

Para el logro de los objetivos de política del AUS, se requiere la definición de estrategias efectivas que permitan, tanto extender la cobertura de asegurados y la cobertura de beneficios, así como garantizar la calidad de la atención. Ampliar la cobertura de asegurados significa ampliar el porcentaje de la población que tiene acceso efectivo a los servicios de calidad y protección financiera;

ampliar la cobertura de beneficios se refiere a expandir gradualmente los beneficios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS); y, mejorar la calidad de atención significa la expansión gradual de las garantías explícitas, que actualmente se refieren a aspectos materno – infantiles, pero en los años siguientes se ampliarán a otras condiciones del PEAS (Figura 1).

La expansión de los beneficios del aseguramiento se sustenta en reformas del sector tales como mejorar el plan de beneficios, la definición de mecanismos de financiamiento y mecanismos de pago modernos, mejor focalización de los subsidios y la regulación del aseguramiento por el Estado.

DE LA GRADUALIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN

Un aspecto limitante en el corto plazo para la implementación del aseguramiento universal es la poca disponibilidad de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, para garantizar la prestación de los

¹ Médico pediatra, Doctor en medicina, Viceministro de Salud, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

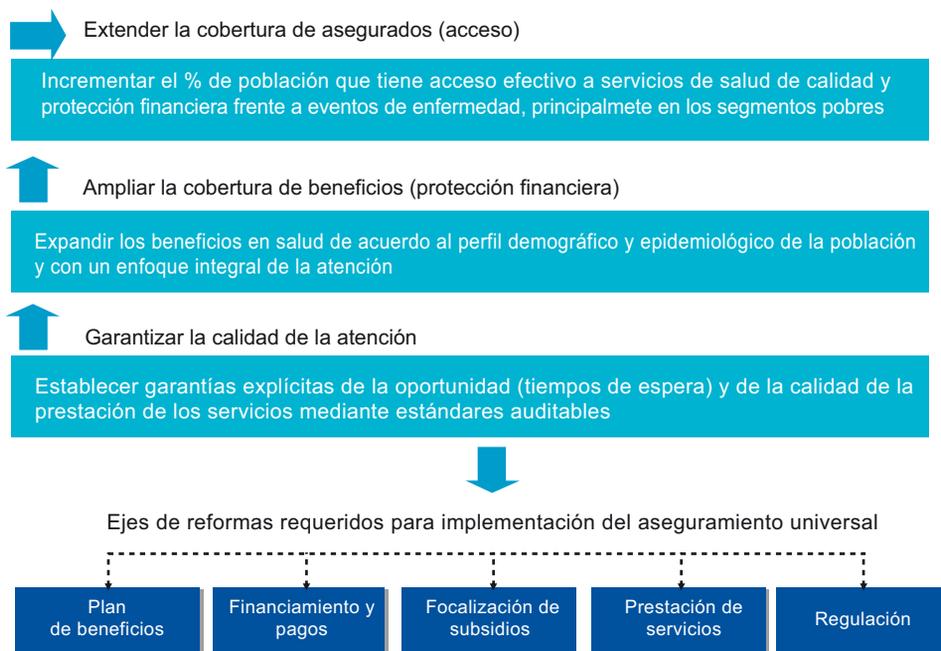


Figura 1. Ejes estratégicos de la política de aseguramiento universal en salud.

servicios contemplados en el Plan de Aseguramiento Universal de acuerdo con los estándares definidos (3,4). Asimismo, el SIS no cuenta con los recursos financieros requeridos para financiar la atención de toda la población en situación de pobreza. En este contexto, se plantea implementar gradualmente la política de aseguramiento universal en los siguientes términos (Figura 2).

Extensión gradual de los asegurados, que implica iniciar la implementación, en el 2009, en nueve zonas piloto: región Apurímac, región Huancavelica, región Lambayeque, ocho distritos de la provincia de Huamachuco (La Libertad), distrito de Salas (Lambayeque), cinco distritos del Bajo Piura, seis distritos de la Mancomunidad del Bajo Huallaga (San

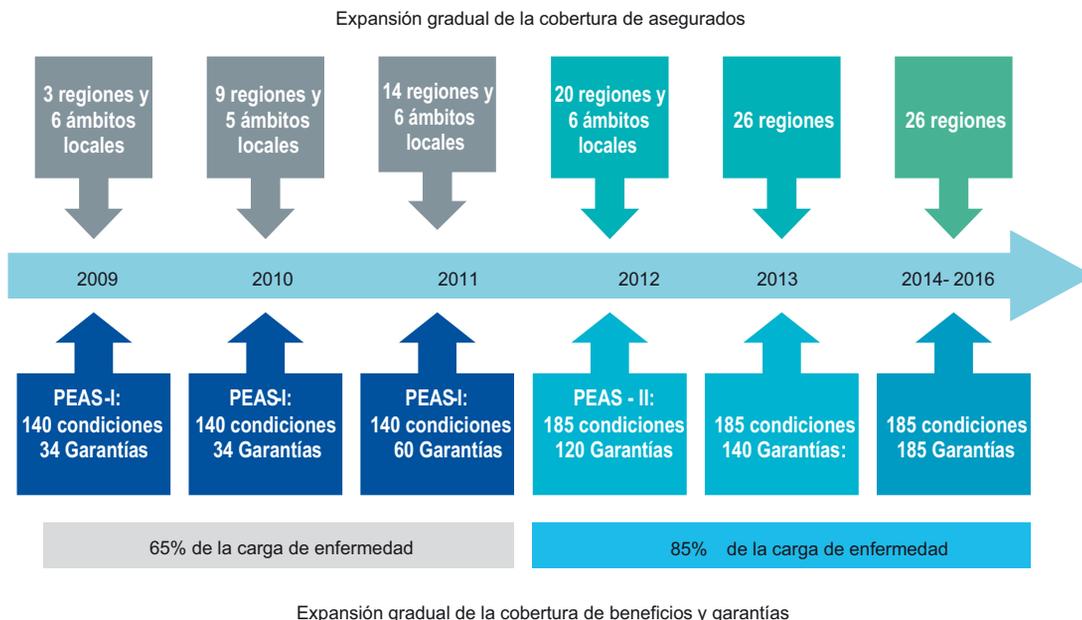


Figura 2. Estrategia gradual de implementación del aseguramiento universal en salud

Martín); asimismo, se incluyen tres distritos de la Convención (Cusco) y tres distritos de Satipo (Junín) correspondientes a la zona de los valles de los ríos Apurímac y Ene (VRAE).

Extensión gradual de la cobertura de beneficios, que implica ir ampliando los contenidos del PEAS en el tiempo. El plan de inicio cubre 140 condiciones asegurables que representan el 65% de la carga de enfermedad, previéndose su extensión a 185 en el 2012.

Extensión gradual de las garantías explícitas, que implica ir ampliando el número de condiciones asegurables del PEAS con garantías explícitas. Se prevé iniciar la implementación garantizando 34 condiciones asegurables, principalmente asociada con las condiciones obstétricas, ginecológicas y pediátricas. En el 2011 se elevaría a 60 condiciones asegurables y así sucesivamente.

IMPLEMENTACIÓN DEL AUS EN EL AÑO 2009

La implementación del Aseguramiento Universal se realizará en forma gradual de acuerdo con la siguiente secuencia (Tabla 1):

Primer grupo de implementación. El AUS se iniciará en el mes de septiembre en las provincias de Abancay y Andahuaylas en la región Apurímac; Huamanga, Huanta, La Mar y el distrito de Parinacochas, en la región Ayacucho; Huancavelica y Tayacaja en la región Huancavelica. Igualmente, en las zonas piloto de Lambayeque, La Libertad, Piura, San Martín y el ámbito del VRAE de Junín y Cusco.

Segundo grupo de implementación. Se iniciará en el mes de octubre en las provincias Aymaraes, Cotabambas y Chincheros en Apurímac; Huanta, Cangallo, Huancasancos, Lucanas y Parinacochas

Tabla 1. Implementación del aseguramiento universal en el Perú según grupos.

Departamento	Provincia	Distrito
Primer grupo		
Apurímac	Abancay	Todos
	Andahuaylas	Todos
Ayacucho	Huamanga	Todos
	Huanta*	Sivia, Ayahuanco, Santillana, Llochegua
	La Mar*	San Miguel, Anco, Santa Rosa, Ayna, Chungui
Huancavelica	Huancavelica	Todos
	Tayacaja*	Todos
Lambayeque	Salas	Todos
La Libertad	Sánchez Carrión	Todos
Piura	Piura	La Arena, La Unión, Cura Mori, El Tallán, Catacaos
San Martín	Lamas	Pongo de Caynarachi, Barranquita
	San Martín	El Porvenir, Papaplaya, Chipurana, Huimbayoc
Cusco	La Convención*	Kimbiri, Pichari, Vilcabamba
Junín	Satipo*	Mazamari, Pangoa, Río Tambo
Segundo grupo		
Apurímac	Aymaraes	Todos
	Cotabambas	Todos
	Chincheros	Todos
Ayacucho	Cangallo	Todos
	Huancasancos	Todos
	Huanta	Todos
	Lucanas	Todos
	Parinacochas	Todos
Huancavelica	Acobamba	Todos
	Angaraes	Todos
Tercer grupo		
Apurímac	Grao	Todos
	Antabamba	Todos
Ayacucho	Paucar del Sara Sara	Todos
	Sucre	Todos
	Víctor Fajardo	Todos
	Vilcashuamán	Todos
Huancavelica	Castrovirreyna	Todos
	Churcampá	Todos
	Huaytará	Todos

* Zona del VRAE

(todos los distritos) en Ayacucho; Acobamba, Angaraes y Tayacaja en Huancavelica.

Tercer grupo de implementación. Se iniciará en el mes de diciembre en los distritos de Grau y Antabamba en Apurímac; Paucar del Sara Sara, Sucre y Víctor Fajardo en Ayacucho y Castrovirreyna, Churcampa y huaytará en Huancavelica.

En preparación del inicio de pilotos en el año 2010, el Ministerio de Salud dará asistencia técnica a otras cinco regiones que ingresarán al esquema del AUS. Estos preparativos tienen que ver con el planeamiento presupuestal 2010, el diseño de su Plan Operativo Institucional y los requerimientos financieros para la nueva población asegurada en el año 2010.

INTERCAMBIO DE SERVICIOS

El AUS infiere una cobertura universal a través de varios prestadores los cuales pueden intercambiar servicios para beneficiar al asegurado. Cuando los establecimientos de los gobiernos regionales tengan limitada capacidad resolutive, los asegurados del SIS podrán ser atendidos en establecimientos de EsSalud o clínicas privadas de mayor complejidad sobre la base de convenios de prestación de servicios que éstos definirán y viceversa. De modo que, mediante esta forma los asegurados podrán ser atendidos en forma complementaria por su sistema de salud regional, articulado y funcional.

RECURSOS PARA EL AUS

La implementación del AUS, requiere de recursos para mejorar la capacidad de los servicios con la finalidad de atender las prestaciones previstas en el PEAS. Para atender estos nuevos recursos el Gobierno Central ha destinado una partida presupuestal de S/. 40 millones de soles para el período septiembre – diciembre 2009.

Adicionalmente, el MINSA ha destinado 644 profesionales serumistas adicionales, los que ya prestan servicios en las regiones de aseguramiento, dando atención a los asegurados en las zonas de menor accesibilidad

geográfica. A estos recursos se suma la reposición de equipamiento médico y el mantenimiento de establecimientos que el MINSA está financiando mediante los Decretos de Urgencia 036-2008 y 022-2009.

Colofón

“Sin prisa pero sin pausa” dice el adagio que se puede aplicar a la gradualidad del aseguramiento universal. Los peruanos y el Estado iremos construyendo nuestro futuro en el aseguramiento con los recursos que tenemos y otros que podremos alcanzar, pero con una voluntad indeclinable de construir una sociedad más integrada, más protegida: una sociedad mejor.

Conflictos de Interés

El autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Perú, Congreso de la República.** Ley N.º 29344: Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima: Congreso de la República; 2009.
2. **Ugarte O.** Aseguramiento universal en salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(2): 133.
3. **Perú, Ministerio de Salud.** Diagnóstico físico funcional de infraestructura, equipamiento y mantenimiento de los hospitales e institutos del Ministerio de Salud. Lima: MINSA; 2006.
4. **Jaramillo M, Escalante G, Pollarolo P, Rubio A, Parodi S, Del Carpio L, et al.** Estudio de los recursos humanos en salud en el Perú: gestión, distribución, normatividad, regulación, condiciones laborales y salariales y formación. Informe final. Lima: GRADE; 2006.

Correspondencia: Dr. Melitón Arce Rodríguez.

Dirección: Av. Salaverry 801, Lima11, Perú.

Teléfono: (511) 315-6600

Correo electrónico: marcer@minsa.gob.pe