

EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN EL PERÚ: LA REFORMA DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN PERSPECTIVA DE DERECHOS

Marco Barboza-Tello¹

RESUMEN

El presente artículo expone los principales aspectos de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, para luego, abordar tres aspectos claves en torno a su aprobación, desde una perspectiva de derechos: el reajuste programático de la doctrina sobre seguridad social y salud por parte del Banco Interamericano de Desarrollo; el Sistema de Entidades Prestadoras de Salud como modelo de regulación y financiamiento; y la continuidad de los discursos sobre los planes de aseguramiento. Se concluye que el énfasis en el aspecto económico y financiero que pone el aseguramiento, tal como lo desarrolla la ley, hace que las políticas públicas saludables o los derechos en salud se limiten a lo tangible, con una lógica de usuario externo cercano al discurso de calidad del servicio o a discursos de prevención de riesgos en salud individual.

Palabras claves: Acceso universal a servicios de salud; Estado; Legislación sanitaria; Derechos humanos; Perú; (fuente: DeCS BIREME).

UNIVERSAL ASSURANCE IN PERU: HEALTH FINANCING REFORM IN RIGHTS PERSPECTIVES

ABSTRACT

This article exposes the main aspects of the Law 29344, Framework Law on Universal Health Assurance, and then approaches three key aspects related to its approval, from a rights point of view: the programmatic readjustment of the doctrine about social security and health that held the Interamerican Development Bank; the System of the Health Maintenance Organizations, as models of regulation and financing, and the continuity of the speeches about assurance plans. We conclude that the emphasis in the economic and financial aspects that the assurance poses, as the law develops, limits healthy public policies and health rights to what is concrete, with an external-user logic, very close to the speech about quality of services or speeches on prevention of risks in individual health.

Key words: Universal access to health care services; State, Legislation, health; Human rights; Peru (source: MeSH NLM).

La Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, recientemente aprobada, busca garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. Define el aseguramiento universal en salud como un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud. Refiere, además, que la afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud es obligatoria para toda la población residente ⁽¹⁾.

Adicionalmente, la Ley define a las instituciones prestadoras de servicios de salud como los establecimientos públicos, privados o mixtos que brindan los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención. Asimismo, homogeniza a todas las instituciones o subsectores vinculados con la cobertura de salud, como Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (AFA). La Superintendencia Nacional de Aseguramiento

en Salud se crea con el fin de supervisar a las AFA, además, se establecen regímenes de financiamiento y planes de aseguramiento a cargo de éstas.

Todos los aspectos referidos en la Ley, implican cambios importantes asociados con una reforma del financiamiento de la salud en el país, asimismo, supone la concreción (formal) de la separación de las funciones de financiamiento y prestación de la salud, perspectiva que entienden la reforma de la salud sustentada en el modelo de "pluralismo estructurado" o de "competencia regulada" - cuyos elementos centrales son la protección del riesgo financiero de las familias frente a la enfermedad y la búsqueda de la satisfacción del interés económico, financiero y administrativo máximo ⁽²⁾. Con el fin de lograr una mejor comprensión de esta reforma desde la perspectiva de derechos, se presenta a continuación aspectos que consideramos relevantes.

¹ Abogado especialista en Derechos Humanos en Salud. Asesor de la Comisión de Seguridad Social, Congreso de la República del Perú. Lima, Perú.

REAJUSTE PROGRAMÁTICO DE LA DOCTRINA: LOS LINEAMIENTOS DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)

El aseguramiento universal en salud conjuga aspectos de seguridad social por su énfasis en la cobertura y el financiamiento de la salud, con elementos del derecho a la salud vinculados principalmente con la accesibilidad de tipo económico a los servicios de salud.

La doctrina acerca del derecho a la seguridad social hace referencia a aspectos como su exigibilidad frente al Estado, el otorgamiento de prestaciones integrales e idóneas que satisfagan necesidades ineludibles para el desarrollo de una vida digna, la solidaridad entendida como la redistribución de la riqueza, de los ricos a los pobres, de las generaciones activas a las pasivas, de las actuales a las pasadas, o la doble dimensión de universalidad subjetiva y objetiva, para todos los sujetos y todas las prestaciones, respectivamente ⁽³⁾.

Los elementos esenciales del derecho a la salud lo constituyen la *disponibilidad* de establecimientos bienes y servicios de salud; la *accesibilidad* a los servicios disponibles, que deben ser *aceptados* por los beneficiarios, en ejercicio de su autonomía, y, si es del caso, como desarrollo de condiciones especiales en cuanto a sexo, ciclo de vida, situación de discapacidad o diversidad cultural. Finalmente, los servicios de salud deben estar sujetos a estándares básicos de *calidad*. Estos elementos están concatenados, de tal forma que el Estado desconoce el entendimiento de la salud como salud integral cuando privilegia uno de estos factores en desmedro de otro u otros ⁽⁴⁾.

Medici ⁽⁵⁾ planteó como acciones esperadas en el marco de la reforma de la seguridad social en salud: el ajuste de la demanda a las necesidades para superar las imperfecciones del mercado, a través de los estudios de carga de enfermedad; la separación institucional de las funciones de regulación, financiamiento y prestación de servicios; la focalización por la cual la universalización no significaba gratuidad universal. Adicionalmente, eran objetivos de las reformas de la salud: la equidad, que suponía la identificación y focalización de las acciones de salud a los grupos marginados sin cobertura y capacidad de pago; la redefinición del sector privado como organizador y proveedor de servicios; la prioridad a la atención primaria, con base en modelos jerarquizados de asistencia médica (reversión del centralismo hospitalario), como parte de la viabilidad y sostenibilidad fiscal y financiera de los servicios de salud.

Cada uno de estos lineamientos del BID confluye en torno al aseguramiento universal en salud en nuestro país, y

su ejecución en este último quinquenio ha sido bastante apegada a ese modelo, de modo previo (sustento técnico) o complementario (políticas conexas) a la Ley. Así tenemos en primer lugar, los estudios de carga de enfermedad y sus análisis consecuentes ⁽⁶⁾; los estudios acerca de la supervisión universal de la salud en el Perú ⁽⁷⁾; y finalmente, las Unidades Básicas de Atención Primaria (UBAPS) o la Medicina Familiar, como experiencias ligadas a la actual reforma de gestión del Seguro Social de Salud -no del sistema de salud en su conjunto- que instrumentaliza la atención primaria para legitimar un nuevo modelo de financiamiento y de asignación de recursos ⁽⁸⁾.

Sin embargo, a pesar de la fidelidad de la ejecutoria de políticas expuesta en el párrafo anterior, respecto a las recomendaciones del BID, hay un punto que fue recomendado por éste y no se ha cumplido en la reciente Ley aprobada. Y es que el BID también recomendaba la libre elección del organismo organizador y, en lo posible, del prestador de servicios por parte del usuario ⁽⁶⁾. En marzo de 2004, a través del Proyecto de Ley 09926 que creaba el Sistema de Aseguramiento Universal en Salud, se señalaba como derecho del afiliado la libre elección entre las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud y el traslado a aquella de su elección. La Ley 29344 sólo señala que la condición de asegurado, una vez incluido en el sistema, acompaña a éste en todo el territorio nacional.

Existe una gran diferencia entre elegir libremente el ente a cargo de la atención de la salud y "ser incluido" dentro de dicho organismo. El derecho a la salud se relaciona con la primera opción, prevaleciendo más bien en la segunda una lógica tutelar y de privilegio de una coordinación sistémica, más preocupada en el financiamiento de la cobertura, con poca o nula participación de los usuarios.

EL SISTEMA DE ENTIDADES PRESTADORAS EN SALUD (EPS) COMO MODELO DE REGULACIÓN Y FINANCIAMIENTO

Mediante la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud de 1997, se crearon las EPS, que surgen para complementar la atención que brindaba EsSalud del siguiente modo: capa simple a cargo de las EPS y capa compleja a cargo de EsSalud.

Es preciso mencionar que las EPS son empresas privadas, que brindan servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, que se encuentran bajo la regulación de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS). Actualmente las EPS autorizadas para operar son: RIMAC, PER SALUD, PACIFICO y MAPFRE Perú.

Haciendo un poco de historia, en 1998 se suscribió un convenio de cooperación técnica no reembolsable entre la República del Perú y el BID –suscrito el 28.12.1998 y ratificado por D. S. 004-99-RE– el cual tenía dos objetivos centrales:

- Crear un entorno normativo y reglamentario que propicie la participación del sector privado en el sistema de salud de la previsión social;
- Desarrollar y fortalecer las funciones regulativas e informativas de la SEPS y la calidad gerencial y técnica de las EPS.

Un primer momento del proceso iniciado por este convenio se relacionó con el desarrollo de una nueva ley de la seguridad social privada en salud, que buscaba precisar la competencia de la SEPS, así como una serie de criterios técnicos para impulsar su desarrollo ⁽⁹⁾.

Hubo una serie de propuestas legislativas entre 2001 y 2006 que buscaban modificar las condiciones establecidas por la Ley 26790 para las EPS en el ámbito del aseguramiento en salud. A continuación reseñamos las más significativas:

- *Proyecto de Ley 04279*, presentado el 21 de noviembre de 2002, del congresista Jaimes Serkovic Santos (Perú Posible), por el cual toda EPS, como EsSalud, incluyendo las llamadas compañías prepago y, todas las que se puedan crear en el futuro para los mismos fines, quedan bajo el ámbito de la supervisión de la Superintendencia de las Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).
- *Proyecto de Ley 05256*, presentado el 16 de enero de 2003, del congresista Jaimes Serkovic Santos (Perú Posible), por el cual se crea el Organismo Regulador de Entidades Prestadoras de Salud (OREPS) encargándose de supervisar y controlar la solidez económica y financiera, la calidad del servicio prestado y en su caso, el uso correcto de los fondos que administran EsSALUD, las entidades y empresas que presten servicios vinculados con los planes de salud ofrecidos por las EPS, las entidades que prestan servicios de salud prepagados sin registro en la Superintendencia de Banca y Seguros y otras empresas o entidades que le sean encomendadas mediante norma expresa, para que operen con óptimos estándares de calidad y solvencia, en el marco de las normas de la seguridad social en salud.

Un poco más adelante, en agosto de 2004, el entonces Presidente de la Asociación Peruana de EPS (APEPS), Javier Suárez Sánchez-Carrión señalaba que el mercado potencial de las EPS era de 14 millones de personas ⁽¹⁰⁾.

Posteriormente él mismo, ya en calidad de consultor de la ONG *Promoviendo Alianzas y Estrategias*, sostuvo la necesidad de crear una Superintendencia Nacional en Salud (SNS), sobre la base de la SEPS ⁽⁷⁾.

Como funciones de la referida Superintendencia se planteaban vigilar el cumplimiento del Plan Esencial, tanto por entidades públicas y privadas de aseguramiento: garantizar que no haya exclusiones de ninguna naturaleza; así como, inspeccionar, vigilar y controlar las entidades que presten servicios de salud a fin de velar por el cumplimiento de las garantías explícitas de calidad y oportunidad contenidas en el Plan Esencial. Además, se exponían las razones por las cuales se tomaba como base la SEPS para la organización de la SNS, la SEPS era el único organismo público especializado en regulación y supervisión en los procesos de aseguramiento en salud; tenía personal calificado y experimentado en todos los aspectos inherentes a las labores propias de una superintendencia, se le reconocía autoridad y prestigio a nivel de supervisados y usuarios, contaba con un sistema de información y experiencia reconocida en solución de controversias extrajudiciales, a través de su Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) ⁽⁷⁾.

Finalmente, a fines del año 2007 se señalaban como desafíos del Sistema de EPS, lograr un mayor aprovechamiento de la capacidad instalada de los servicios privados de salud, incorporar asegurados independientes (potestativos) al sistema de EPS y ampliar la supervisión que cubre los servicios vinculados con el sistema de EPS a todo el sector salud, entre otros.

Desde mi perspectiva, la Ley 29344 recoge los principales aportes efectuados desde el autodenominado campo de seguridad social privada en salud, representada en nuestro país por la APEPS y la SEPS, con ello se busca favorecer la expansión de la oferta de servicios de las EPS y los seguros privados en salud como parte del proceso de privatización de la seguridad social en salud iniciado con la entrega de la Ley 26790. Todo ello, bajo la supervisión de una Superintendencia que regula todo lo relativo a la administración y financiamiento de los planes de aseguramiento previstos en la Ley.

PLANES DE ASEGURAMIENTO: CONTINUIDAD DE LOS DISCURSOS

La Ley 29344, establece los regímenes de financiamiento *contributivo*, para los que cotizan; *subsidiado*, a través del SIS para poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y *semicontributivo*, que conjuga financiamiento público parcial y aportes. De otro lado, los planes de aseguramiento son listas de condiciones

asegurables e intervenciones y prestaciones de salud financiadas por las AFA. Los planes creados son los siguientes:

- *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)*, consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados;
- *Planes Complementarios*, que ofertan las AFA complementariamente al PEAS;
- *Planes de Aseguramiento y Derechos Adquiridos*, con los que cuentan los asegurados y quienes se aseguren en EsSalud, Fuerzas Armadas y Policía Nacional.

No obstante, ya en 2001 en el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), a través de la Comisión Técnica Multisectorial de Salud, conformada mediante Resolución Suprema N.º 166-2001-EF, elaboró un informe cuyos lineamientos y recomendaciones se recogen de manera importante en esta Ley ⁽¹²⁾. En el referido informe se señalaba, entre otros puntos:

Se diseñarán Planes de Salud en función de los perfiles epidemiológicos regionales: un Plan Garantizado de Salud que cubrirá el 80% de patologías más frecuentes del perfil y Planes Complementarios que cubrirán el 20% restante (...) Se establecerá el aseguramiento universal para financiar el Plan Garantizado, el cual tendrá un mismo costo, independientemente de la fuente de financiamiento. Las familias ejercerán su derecho de acceso al Plan Garantizado, inscribiéndose a uno de los distintos regímenes de aseguramiento universal: solidario, contributivo y potestativo. El aseguramiento será opcional para los planes complementarios. Los recursos presupuestales (MINSA y Sanidades) y las cotizaciones a EsSalud constituirán fondos de salud para financiar la demanda ejercida por los usuarios.

Desde el ámbito de la sociedad civil, la ONG *Promoviendo Alianzas y Estrategias en Salud*, con una perspectiva técnico política, ha sabido generar, de un tiempo a esta parte, una muy fuerte comunidad y corriente epistémica pro aseguramiento universal. La Directora de dicha ONG, sostenía en un interesante estudio denominado *Disposición a pagar por seguros de salud: ¿existe una demanda potencial en el Perú?* ⁽¹³⁾, lo siguiente:

La existencia de una demanda potencial por seguros entre trabajadores independientes, de medianos y altos ingresos, constituye un punto de partida para lograr extender la cobertura de aseguramiento en un mercado tan reducido como el de seguros

(...) La adopción de arreglos institucionales que permitan la profundización del mercado de seguros en Lima Metropolitana acarrea beneficios, tanto para el funcionamiento del sistema de salud como para los diversos agentes del mercado de seguros. De esta manera, en el nivel sistémico se logra ampliar el acceso y alcanzar una mayor eficiencia y competencia en el aseguramiento. Asimismo, la ampliación del mercado permitiría liberar recursos públicos y aumentar la participación de mercado de las aseguradoras privadas.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud, lo que las personas consideran modos de vida deseables a nivel individual y lo que esperan para sus sociedades –esto es, lo que las personas valoran– constituyen parámetros importantes para dirigir el sector de la salud ⁽¹⁴⁾.

Sin embargo, el modelo instaurado por la Ley Marco de Aseguramiento Universal, recientemente aprobada y teóricamente afín al “pluralismo estructurado”, se caracteriza más bien por poner en el centro a la búsqueda de la satisfacción del interés económico, financiero y administrativo máximo y se contrae a la protección del riesgo financiero de las familias frente a la enfermedad. Las políticas públicas saludables o los derechos en salud en un escenario así se acotan y se circunscriben a lo tangible, a lógicas de usuario externo –más cercanas a los discursos de calidad del servicio– o a discursos de prevención de riesgos en salud individual.

Comprender la salud a partir de la prevalencia de racionalidades con rasgos economicistas, financieros, y administrativos puede tener un impacto en términos de la judicialización del derecho a la salud. Los miles de casos de tutelas planteados por ciudadanos y ciudadanas colombianas para ser cubiertos por el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, son paradigmáticos a ese respecto. Valdría la pena, traer a colación las palabras del joven Marx cuando expresaba: “a medida que se valoriza el mundo de las cosas, se desvaloriza, en razón directa, el mundo de los hombres” ⁽¹⁵⁾.

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. **Procuraduría General de la Nación.** El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas de salud. Bogotá: PGN; 2008.
3. **Navarro R.** El derecho fundamental a la seguridad social, papel del Estado y principios que informan la política estatal en seguridad social. Rev Cienc Adm Financ Secur Soc. 2002; 10(1): 13-18.
4. **Defensoría del Pueblo de Colombia.** El derecho a la salud: en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2006.
5. **Medici A.** Reforma de la seguridad social en salud en América Latina. Lima: Banco Interamericano de Desarrollo; 2002.
6. **Velásquez A.** Análisis del estudio de carga de enfermedad en el Perú – MINSA 2004 y Propuesta metodológica para el ajuste con datos nacionales de morbilidad. Lima: Promoviendo Alianzas Estratégicas USAID; 2007.
7. **Suárez Sánchez-Casós J.** Competencias y financiamiento de una futura Superintendencia Nacional de Salud en el Perú. En: Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud: Foro internacional hacia una supervisión universal de los servicios de prevención y atención de la salud de los peruanos. Lima: SEPS; 2007.
8. **Barboza M.** La atención primaria de la salud en el Perú: Apuntes sobre la instrumentalización de un proceso en ciernes. Lima: S/E; 2009.
9. **Prieto F.** Seguridad social privada en salud. Expreso 2004; (30 de julio).
10. **Suárez Sánchez-Casós J.** Mercado potencial de EPS puede llegar a 14 millones de personas. Gestión 2004 (31 de agosto): XIII.
11. **Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.** Memoria mayo 1997 - diciembre 2007: 10 años velando por la calidad de la atención de la salud en el Perú. Lima: SEPS; 2007.
12. **Ministerio de Economía y Finanzas.** Bases para la reforma de la salud. Lima: MEF; 2001.
13. **De Habich M.** Disposición a pagar por seguros de salud: ¿existe una demanda potencial en el Perú? Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social; 2005.
14. **Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
15. **Marx K.** Manuscritos económico-filosóficos de 1844. Buenos Aires: Colección Colihue Clásica; 2004.

Correspondencia: Dr. Marco León Barboza Tello.
Dirección: Plaza Bolívar, Av. Abancay s/n, Lima, Perú.
Teléfono: (511) 311-7777
Correo electrónico: barbozamarco@yahoo.es



Visite los contenidos de la revista en:
www.ins.gob.pe/rpmesp