

SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

ANUARIO 2004
SISTEMA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD



REPÚBLICA DEL PERÚ

Julio 2005

Mesa redonda: ¿Cuál es su visión del aseguramiento en salud en el Perú para el año 2010?

HACIA UN ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Dr. José Del Carmen Sara⁵³
Viceministro de Salud



Dr. José Del Carmen Sara

Uno de los principales retos de cualquier intento de reforma de los sistemas de salud, es el incrementar el acceso a los servicios de salud de la población más pobre, la que a su vez suele estar excluida de servicios básicos, de transporte, educación y por ende más expuesta al riesgo de enfermar y morir, muchas veces por causas evitables.

En muchos países, las primeras iniciativas de aseguramiento han sido a través de un seguro obligatorio para los trabajadores. Así, en nuestro país, durante la primera mitad del siglo XX, se promulgó la Ley de Accidentes de Trabajo, luego se creó la Caja Nacional del Seguro Social para los obreros y, posteriormente, el Seguro Social del Empleado. En 1973 se crea el Seguro Social del Perú, que unifica ambos regímenes, cubriendo las atenciones de salud de los trabajadores. A principios de la década de los noventa se extiende la cobertura a sus familiares.

Sin embargo, en un país con escaso empleo formal como el nuestro, un aseguramiento basado en el empleo dista mucho de ser universal. En 1997, el Seguro Social sólo cubría al 21% de la población. Considerando además que sólo un 5% adicional tenía algún otro tipo de seguro, el 74% de la población no tenía ningún tipo de aseguramiento, lo que ocasionaba serios problemas de acceso a la atención de salud.

En ese contexto, la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud promulgada ese mismo año, definió dos regímenes de seguridad social en salud: el contributivo, a cargo de EsSalud y complementado por las EPS, y el no contributivo, a cargo del Estado. Se esperaba incrementar la cobertura del régimen contributivo a través del seguro potestativo, para los trabajadores independientes.

En el marco del régimen no contributivo y ante la necesidad de reenfocar los esfuerzos para ampliar la cobertura de salud, mejorar la eficiencia de la asignación de recursos y focalizar estos en la población más vulnerable, se generaron mecanismos de subsidio dirigido por parte del Estado, destinados a asegurar en un inicio la atención de los principales problemas de salud de la población escolar, y luego el control prenatal y el acceso a un parto seguro para las gestantes. Así, en 1997, se crea el Seguro Escolar Gratuito, que cubría a los escolares de 4 a 17 años, implementándose más adelante el Seguro Materno Infantil, como programa piloto en algunos departamentos.

⁵³ El Dr. José del Carmen Sara es Médico Neurólogo. Magister en Gerencia de Servicios de Salud. Profesor Asociado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Estudios de Post Grado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela Superior de Administración de Negocios (ESAN), Universidad San Ignacio de Loyola. Ex becario del Gobierno Francés - Hospital Universitario de Bicêtre (AP-HP París).

Ex Director General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Director Ejecutivo de la Dirección de Salud del Callao, Director General Adjunto de la Dirección de Salud Lima Sur y Subdirector del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao.

En el año 2002 se forma el Seguro Integral de Salud (SIS) que unifica ambos seguros y amplía la cobertura a otros grupos poblacionales.

Hoy el SIS ha afiliado al 33% de la población y se ha constituido en el más importante instrumento para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud de la población más vulnerable, reflejándose en una mejora en los indicadores de mortalidad infantil, acceso a parto institucional con énfasis en las zonas rurales, entre otros.

A pesar de ello, aún nos encontramos bastante lejos del objetivo deseado de poder garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los peruanos, tal como lo declara nuestra Constitución Política.

Tenemos un sistema de salud fragmentado, con múltiples fondos, múltiples compradores, variedad de prestadores, duplicidad de recursos y múltiples sistemas de información. Esto conlleva ineficiencia tanto en el financiamiento como en la prestación del servicio. Partir de aquí a un sistema universal plantea varios retos e interrogantes: ¿Habrá uno o varios fondos? ¿El seguro se financiará con contribuciones, impuestos o ambos? ¿Será obligatorio o voluntario? ¿Cuál será el paquete básico de prestaciones? ¿Quiénes participarán en la prestación de servicios? ¿Habrá posibilidad de elegir?

No hay una respuesta única para estas interrogantes. Somos conscientes que si bien un fondo único sería la manera más eficiente para administrar los recursos, su implementación implicaría incluso una reforma constitucional, debiendo reconocer la dificultad de su aceptación política.

Un sistema que consolide dos grandes fondos: el Seguro Social de Salud y el SIS, en el que un porcentaje de los aportes al Seguro Social contribuya solidariamente al fondo del SIS, adicionado a la creación de impuestos específicos, por ejemplo, al tabaco y a los licores, para financiar un incremento de la cobertura del SIS, permitiría cautelar su sostenibilidad y optimizar la focalización del financiamiento para el aseguramiento de la población en situación de pobreza.

Ambos fondos estarían destinados a comprar servicios a prestadores públicos o privados, para cubrir un paquete de servicios básicos. El Seguro Social de Salud, a través de EsSalud y las EPS, deberán cubrir a una mayor proporción de trabajadores independientes, los que estarán obligados a contratar un seguro; se habrá reformulado la Capa Simple y el Plan Mínimo de atención. Los prestadores serán remunerados principalmente a través de pagos prospectivos, lo que estimulará su eficiencia. Será preciso el tener un sistema de información estandarizado para todo el sector que nos permita tomar decisiones informadas, manejando mejor el riesgo en salud.

Hay mucho por hacer para llegar a ese escenario, mas el camino ya se ha iniciado. Actualmente los establecimientos de salud públicos están ya vendiendo servicios a diversos financiadores: el SIS, EsSalud, el SOAT, las EPS y los seguros privados. Se está trabajando en la estandarización de los códigos de datos básicos en salud para todo el sector. Se está ensayando ya formas de pago prospectivo en establecimientos públicos y existen mecanismos de focalización de gasto hacia los más pobres.

Sin embargo, es preciso aún incrementar los esfuerzos para evitar la evasión en el Seguro Social de Salud y el subsidio cruzado que existe actualmente desde el Ministerio de Salud a los asegurados de EsSalud que no son atendidos por esta institución. Las poblaciones dispersas generan otro reto para lograr su acceso a los servicios de salud. La calidad de los servicios, aún cuando se viene trabajando en muchos establecimientos, es aún un tema álgido en la mayoría de ellos.

En este escenario las Fuerzas Armadas y Policiales constituirían un solo fondo, el tercero del país, para dar cobertura de salud a sus afiliados y familiares, también a través de compra de servicios a diversos prestadores.

El proceso de descentralización establece condiciones adicionales, pudiendo constituirse en una oportunidad, al dar espacio a nuevas fuentes de financiamiento, una mayor aproximación a la vigilancia de la calidad de los servicios y en una mejor posibilidad de involucrar a la población en una cultura de aseguramiento y de cuidado de su salud.

Finalmente, el elemento más importante para lograr la extensión de la cobertura, llegando a la universalidad del aseguramiento, será la decisión política. Sólo así se podrá dotar al país del marco normativo necesario que dé coherencia al sistema. Creemos que esto no se logrará en una sola etapa, será necesario revisar y hacer los ajustes requeridos para corregir las distorsiones que inevitablemente se presentarán. El reto por delante es grande, será una tarea de todos.

VISIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD PARA EL PERÚ EN EL AÑO 2010

Fabio Durán Valverde⁵⁴

Cuando la función de aseguramiento en salud no funciona adecuadamente y lo hace sobre una base no equitativa, el gasto en salud presiona sobre los presupuestos de las familias y afecta fuertemente a los grupos económicamente más vulnerables. El costo de financiar individualmente las enfermedades catastróficas es uno de los mayores generadores de pobreza en los países en desarrollo, pues obliga a las familias no aseguradas a llegar al extremo de sacrificar sus activos para pagar los gastos en salud.

Todo ello hace del aseguramiento en salud una pieza fundamental en la política social de cualquier país; y al igual que con la educación, sin una fuerte política nacional en ese ámbito, hoy día es impensable que una nación sea capaz de superar los problemas del subdesarrollo.

En el Perú, la seguridad social en salud ha constituido un instrumento de suma importancia para mejorar las condiciones de vida de millones de peruanos. Sin embargo, al igual que en otros sistemas de salud de la región, el sector salud afronta tres desafíos principales: i) extender la cobertura de la protección social en salud, ii) reducir las actuales inequidades en el financiamiento y el acceso a los servicios de salud, y iii) crear confianza pública en la capacidad del sistema de protección social en salud para darle solución a las necesidades de los diferentes grupos.



Fabio Durán Valverde

⁵⁴ Fabio Durán es economista especializado en salud y actuaria. Labora como Especialista Principal en Seguridad Social de OIT, Oficina Subregional para los Países de la Región Andina, con sede en Lima, Perú.