



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Guzman-Changanaquí, Alfredo

Reforma sanitaria y aseguramiento universal

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 51, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, pp. 233-238

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428178010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REFORMA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

Alfredo Guzmán-Changanaquí

RESUMEN

El Sistema de Salud peruano, con casi 70 años de institucionalidad, no ha podido hasta la fecha solucionar los apremiantes problemas de salud del país y excluye a un cuarto de la población de la posibilidad de acceder a los servicios de salud. Más aún, permite una fragmentación del Sistema de Salud en cuatro subsectores: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo con EsSalud, el Ministerio de Defensa, con las sanidades del ejército, marina y aviación, y el Ministerio del Interior con la sanidad de la policía. Esta fragmentación causa duplicación de inversiones, conflictos normativos, rectorías paralelas e inefficiencia en el gasto, en un país donde el gasto público en salud está muy por debajo del promedio de la región. Lo que se necesita es una gran Reforma Sanitaria que termine con la fragmentación institucional existente y que, a través de un aseguramiento universal, permita el acceso de toda la población a un sistema de salud orientado en especial a la prevención de enfermedades y a la recuperación de la salud, articulando la protección colectiva e individual y el esfuerzo complementario de actores públicos y privados para el logro de una salud integral con justicia social, equidad, calidad y eficiencia.

PALABRAS CLAVE: Sistema de salud; Gasto público; Reforma sanitaria; Aseguramiento universal.

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:233-238

ABSTRACT

The Peruvian Health System with almost 70 years of being institutionalized has not been able to give solution to the country's urgent health problems and excludes one fourth of the population from the possibility of accessing to a health service. The Health System is fragmented in four sub sectors: the Ministry of Health, the Ministry of Labor with EsSalud, the Ministry of Defense with the army, marine and aviation sanitary installations, and the Ministry of Internal Affairs with the police sanitary installations. This fragmentation causes double investment, norm conflicts, parallel rectories, and expense inefficiency, in a country where the health public expenses are way below the region's average. A big Sanitary Reform is needed to end with the existing institutional fragmentation. By means of universal insurance the entire population will

access to a health system especially oriented to both disease prevention and health recovery; it will articulate collective and individual protection as well as complementary efforts of both public and private actors to integrate health with social justice, equity, quality and efficiency.

KEYWORDS: Health system; Public expense; Sanitary reform; Universal insurance.

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:233-238

DIAGNÓSTICO

La situación sanitaria en el Perú es precaria; así lo demuestran los indicadores básicos de mortalidad general, mortalidad infantil y materna, niveles de desnutrición y anemia, y la persistencia y reemergencia de enfermedades infecto contagiosas que ya fueron erradicadas en otros países. Y lo más grave es que un 25% de la población peruana, especialmente la

Médico Ginecoobstetra, Master en Salud Pública y Reproducción
Pastpresidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología



más pobre y vulnerable, está excluida del sistema de salud. Lo cual afecta seriamente el desarrollo de capacidades de su capital humano además de afectar el derecho que tienen los ciudadanos de acceder a un estado de salud y bienestar pleno.

El sistema de salud peruano a lo largo de sus 70 años de institucionalidad no ha logrado, a través de sus políticas, mejoras sustantivas en la situación de salud del país, salvo cortas excepciones, como en la década de los cincuenta con la mejora de infraestructura a nivel nacional y la introducción de tecnología y avances terapéuticos; y en la década de los setenta, con la ampliación de la cobertura y el gran impulso a la atención primaria de salud. Sólo en las últimas décadas, luego de la recuperación y reconstrucción de los establecimientos del primer nivel afectados por la insania terrorista, ha habido un intento de modernización, focalización, subsidio a la demanda y esfuerzos aislados de reforma que, al no tener una visión sistemática, no han tenido un impacto significativo, salvo el Programa de Salud Básica para Todos, en 1994, iniciativa más bien del Ministerio de Economía y Finanzas que del de Salud, y la implementación del SIS, en el 2001, diseñado durante el gobierno de transición como Seguro Público de Salud y luego desnaturalizado como Seguro Integral de Salud (SIS) en la actual administración, lo que lo ha llevado a los serios problemas de sostenibilidad, subcobertura y filtración ya conocidos.

El gasto total en salud del Perú fluctúa entre un 4,6% y 4,8% del PBI, muy por debajo del promedio latinoamericano de 7,3%, y con un nivel similar a los países del Sub-Sahara y norte del África. Se estima en alrededor de US \$ 2,523 millones, cantidad significativa para un país con las restricciones económicas como el Perú.¹ Sin embargo sólo un 23% corresponde al gasto público, lo que equivale a 2,8% del PBI. El mayor gasto está dado por los hogares, con el 39%.² Este llamado 'gasto de bolsillo', aparte de ser poco racional y efectivo, casi un 50% de este gasto va en compra directa en farmacias; es la forma más regresiva de financiamiento en salud. Captura una mayor proporción del ingreso de las familias más pobres que de las más ricas, la mayor parte de las veces sin una clara racionalidad. Pero, incluso el gasto público siendo pequeño es poco eficiente, al estar fragmentado en una serie de instituciones que conforman cuatro subsistemas de salud que interactúan

muy débilmente entre sí, permitiendo que existan a la vez personas no atendidas y capacidad instalada ociosa. Por un lado, el Ministerio de Salud (Minsa), por otro el Ministerio de Trabajo con Essalud, luego el Ministerio de Defensa con las sanidades del Ejército, Marina y Aviación, todas con sus propios sistemas administrativos; y, por último, el Ministerio del Interior, con la sanidad de la Policía. A ello se agrega los Gobiernos Regionales, que tendrán a su cargo los establecimientos del sector salud de su región.

Esta segmentación, además de cuadruplicar las inversiones, generar conflicto y desorden normativo, generar subsidios cruzados e incrementar la inequidad, no permite contar con un solo fondo público que permita diversificar el riesgo y en esa forma ordenar la cobertura y ser menos onerosa para el tesoro público, que coberturas institucionales para poblaciones pequeñas.

El Minsa, que debería en esencia atender a los más pobres, tiene un alto nivel de filtración. Según un estudio del Proyecto 2000, se encontró un 96% de filtración en centros y puestos y de 95% en hospitales.³ En el 2000, un 22,4% de asegurados de Essalud, un 23% perteneciente a EsSalud y un seguro privado, un 25,5% de los que tenía seguro privado y un 14,6% perteneciente a las Fuerzas Armadas o Policiales se atendieron en establecimientos del Minsa.⁴

Durante décadas, el Estado a través del Minsa ha pretendido con diferentes estrategias llegar a los más pobres; sin embargo, pese a haberse tripulado el número de establecimientos y recursos humanos, una cuarta parte de la población, los más pobres y necesitados, no logran satisfacer sus demandas de salud; y, si logran acceder a los servicios de salud, no tienen los medios para financiar su tratamiento, o invierten todo lo que tienen, afectando seriamente la economía de su hogar.

Lo que se necesita es una gran Reforma Sanitaria que termine con la fragmentación institucional existente y que a través de un aseguramiento universal permita el acceso de toda la población a un sistema de salud orientado en especial a la prevención de enfermedades y a la recuperación de la salud, articulando la protección colectiva e individual y el esfuerzo complementario de actores públicos y privados para el logro de una salud integral con justicia social, equidad, calidad y eficiencia.



OPCIONES DE POLÍTICA

A nuestro entender sólo existen tres opciones de política:

Statuo quo

Continuar con un Sistema de Salud fragmentado como lo es actualmente, sin una rectoría plena, con un Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) que no funciona y un Consejo Nacional de Salud (CNS) con vacíos de función y no representativo. Con un SIS en serios problemas de financiamiento, filtraciones y subcoberturas y con un cuarto de la población peruana sin acceso al sistema de salud.

Reforma sanitaria y aseguramiento universal

Realizar una gran Reforma Sanitaria, que permita un solo órgano Rector, el Minsa, y con solo un ente administrador-financiero de la salud individual que maneje un fondo único comprendido por los subfondos de todas las entidades públicas de salud, es decir, Minsa, Essalud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional.

Este fondo, cuando se consolide, contará con el aporte del tesoro público y con el aporte solidario de los asegurados que se encuentren en los dos quintiles menos pobres y que contribuirán con primas determinadas según su nivel de ingresos. En un inicio, los asegurados de EsSalud y los empleadores seguirán realizando sus aportes correspondientes, pero éstos irán al fondo único y no perderán alguno de sus beneficios o pisos de aseguramiento actuales; lo mismo sucederá con los miembros de las fuerzas armadas y policiales. Pero luego, el financiamiento del fondo por parte del estado deberá ser exclusivamente a través de impuestos.

Este fondo único, al distribuir el riesgo en un volumen poblacional mayor, permitirá, al inicio, que toda la población cuente con un Plan de Beneficios Básico Garantizado y Obligatorio, que comprenda una franja esencial de prestaciones promocionales, preventivas, curativas y recuperativas, determinado por los perfiles epidemiológicos nacionales y por consenso. Este plan tendrá necesarias diferencias regionales que le permita atender epidemias o procesos infecciosos regionales. El que todos los

aportes se agrupen en un fondo común, permitirá además con un pequeño porcentaje de los aportes un Subfondo de catastróficas, que permitan la protección financiera de los usuarios ante eventualidades médicas de alto costo curativo y recuperativo.

En el mediano plazo y de acuerdo a un necesario incremento en el gasto en salud, esta franja de beneficios podrá ir incrementándose. Aquellos que por sus condiciones socioeconómicas estén en condiciones de contribuir con primas al fondo, tendrán la posibilidad de contratar diferentes niveles de aseguramiento superiores al Plan de Beneficios Básico Garantizado Obligatorio del que gozaría toda la población.

La provisión de los servicios de salud se dará a través de muchos prestadores públicos y privados articulados en redes a lo largo de todo el territorio nacional. El ente administrador del Fondo Único de Salud contratará a través de los denominados Acuerdos de Gestión con los diferentes establecimientos o instituciones. Estos Acuerdos de Gestión contemplarán indicadores y metas explícitas a cumplir por los proveedores en la atención a una población de responsabilidad asignada a ese establecimiento o institución. Los mecanismos de pago serán varios, desde capitación, para atenciones de menor costo y de cierta frecuencia, por prestación, hasta Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), costo paciente-mes y por caso en atenciones de mayor costo. El ente administrador permitirá asimismo racionalizar los recursos a través de un Comité de Inversiones y realizar compras en volumen, por ejemplo de medicamentos, aprovechando la economía de escala. Esta administradora asimismo implementará un Sistema de Identificación de Usuarios (SIU) para toda la población, partiendo de la base de datos de la Reniec, de Essalud y de las sanidades de las fuerzas armadas y policiales. Igualmente un Sistema de Información del sistema con al menos nueve datos básicos: seis de tipo administrativo y tres de tipo clínico.

Por último, se creará un órgano regulador y supervisor de todo este sistema, que además ejerza la defensa del usuario, la Superintendencia Nacional de Salud sobre la base de la actual Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).



Esta división de funciones en Rectoría a cargo del Minsa, el Financiamiento a cargo de la administradora del Fondo Único de Salud, la Prestación de servicios a cargo de establecimientos o instituciones públicas y privadas, y la Regulación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, es un modelo que con mejor éxito que nuestra realidad funciona en diversos países del mundo.

Reforma parcial y seguridad social

Una última opción es la que implementaría una reforma parcial, en la que se agrupen sólo los fondos de Essalud y del SIS. Este fondo será administrado por Essalud y toda la población será incluida en un Seguro Social de Salud. Aquellos con ingresos recibirán la atención de todos los pisos de aseguramiento a través de Essalud, y aquellos que no puedan aportar serán inscritos en el SIS y recibirán sus atenciones, bajo un plan de beneficios a determinar, en los establecimientos del Minsa o en otros con los que se coordine un intercambio o prestación de servicios. Existiría una Superintendencia Nacional de Salud como órgano regulador del sistema y defensor del usuario.

ANÁLISIS DE COSTOS Y BENEFICIOS DE LAS OPCIONES DE POLÍTICA

La opción *status quo* mantendría el desorden estructural y la fragmentación del sector, lo cual perennizaría la poca eficiencia en el uso de los escasos recursos del tesoro público sin lograr que todos los ciudadanos tengan acceso al sistema de salud. El futuro de Essalud sería incierto, pues de continuar la brecha entre ingresos y egresos, con una cobertura en descenso debido principalmente a informalidad, evasión, poca cultura de aseguramiento, entre otros, y la no delimitación de sus planes de aseguramiento para hacer factible su financiamiento, lo llevará a una crisis financiera en el mediano plazo, según se desprende del Estudio financiero-actuarial de Essalud realizado por la Oficina Internacional del Trabajo este año.⁵

La sostenibilidad del SIS, por otra parte, se hace cada vez más difícil, dado el recorte presupuestal del Minsa para el próximo año. Esto generará limitaciones en la cobertura y calidad de sus servicios, generando el consecuente malestar de usuarios y proveedores.

La opción que comprende una Reforma parcial y seguridad social, si bien da un paso adelante en cuanto a la unificación de dos importantes fondos de la esfera pública, los del SIS y Essalud, mantiene la fragmentación con las entidades de las fuerzas armadas y policiales. Deja en manos de Essalud la administración del fondo, justamente cuando esta entidad ha mostrado no ser un modelo de gestión, además de las críticas en la transparencia en el uso de los recursos. Además, Essalud es una entidad muy burocrática, administrativamente lenta y que no sabe administrar planes mínimos de atención, ya que siempre se ha caracterizado por brindar un ambicioso "plan abierto" que promueve el riesgo moral y en general el oportunismo en el acceso a la protección del aseguramiento en salud. Pero, quizás lo más negativo de este modelo es la creación de un sistema dual de aseguramiento, uno para "ricos" y otro para "pobres", donde aquellos que tienen un ingreso, los "ricos", se atenderían en Essalud, con todos sus pisos de aseguramiento, mientras que los que no poseen ingreso alguno, los "pobres", se atenderían en el Minsa y sólo bajo un plan mínimo.

La opción Reforma sanitaria y aseguramiento universal, tiene el beneficio potencial de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención, además de terminar con la irracional fragmentación del sector. Permitirá un mejor uso de los pocos recursos públicos, reducir costos y logrará una mayor transparencia en su asignación. Pero, lo más importante es lograr el aseguramiento universal de la población, sobre todo de ese 25% excluido del sistema de salud. Al inicio se logrará a través del Plan de Beneficios Básico Garantizado; luego, según los recursos, este plan podrá ser ampliado. Las experiencias exitosas en otros países con sistemas de aseguramiento universal muestran que un plan como el que se describe es la forma más equitativa, racional y transparente de definir prioridades y alcanzar la cobertura universal. Los ganadores serán los grupos poblacionales generalmente excluidos de la asistencia sanitaria, y los perdedores todas aquellas instituciones públicas de bajo rendimiento y productividad acostumbradas a vivir de perennes presupuestos históricos sin importar el impacto en la salud de sus usuarios o la calidad del servicio que brindan. Perderán asimismo todos aquello funcionarios que han usado los fondos públicos para usos y manejos no correctos y tan sólo para su beneficio personal.



OBSTÁCULOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

El principal obstáculo será los intereses de cada una de las instituciones que se verán afectadas, al prescindir de los fondos que actualmente administran. Al no manejar los fondos, perderían su poder actual. Los trabajadores de EsSalud, que creerán verse amenazados en su estabilidad laboral, cuando al contrario es mayor la amenaza de continuar con la situación actual por el futuro incierto de EsSalud. Sin embargo, los sindicatos y asociaciones de médicos de Essalud pueden politizar sus posiciones. No creemos que los asegurados y empleadores sean un obstáculo para la reforma desde el momento que no perderán ninguno de sus beneficios. Se tendrá que dar las modificaciones correspondientes a las respectivas leyes de salud y de seguridad social y esto puede ser un trámite engorroso por parte de las comisiones de salud y de seguridad social del congreso, pero un decreto ejecutivo del nuevo gobierno el día de la asunción al poder, podría allanar el asunto.

Se deberá desplegar una estrategia comunicacional que informe sobre la necesidad y ventajas de realizar esta reforma, y no continuar con un modelo que, con una vigencia de 70 años, no ha resuelto la situación de salud de la población. Se realizará alianzas estratégicas con la sociedad civil, las diferentes mesas temáticas y las representaciones de usuarios.

HOJA DE RUTA

En los primeros cien días deberá realizarse las siguientes acciones:

- Modificación de la Ley de Salud, Ley de la Modernización de la Seguridad Social, Ley de Essalud, Ley de creación del SIS. Estas modificatorias de ley deberán darse en el más corto plazo. Lo ideal sería el día de instalación del nuevo gobierno.
 - Ley de creación de la Superintendencia Nacional de Salud. Sobre la base de la actual SEPS, la ley sólo le ampliaría su ámbito de responsabilidad. El cual no sólo deberá incluir el Sistema de Salud reformado, sino también los seguros privados que actualmente ninguna institución los regula. La Superintendencia de Banca y Seguros (SBS) sólo vigila el aspecto financiero de los seguros privados, especialmente la reserva de los fondos de contingencia.
 - Agrupación de los fondos públicos de salud. Esto puede darse en un solo mandato de ley o progresivamente, iniciándose con los de las fuerzas armadas y policiales por un lado y del SIS con Essalud por otro y luego la integración total.
 - Licitación para la administradora del Fondo Único de Salud. Se podrá licitar a nivel nacional o internacional, siempre y cuando la mayor parte del accionarado de la entidad sea de origen nacional.
 - Nombramiento del Directorio del Fondo. Conformado por el Ministro/a de Salud, el Presidente/a Ejecutivo de Essalud, el Ministro de Defensa, y el Ministro del Interior.
- En el primer año:
- Elaboración del Plan de Beneficios Básico Garantizado Obligatorio, basado en las prioridades epidemiológicas nacionales y regionales. Deberá socializarse para lograr un nivel de consenso sobre el contenido del plan
 - Reglamento del sistema, que contemple las responsabilidades y compromisos de la administradora, las aportaciones, el uso del Plan de Beneficios Básico Garantizado, los servicios de los proveedores, y deberes y derechos de ambos.
 - Implementación del Sistema de Identificación de Usuarios, usando como plataforma la base de datos de la Reniec, complementándola con la base de datos de Essalud, SIS, personal de las fuerzas armadas y policía nacional.
 - Implementación del Sistema de Información, con los nueve códigos básicos.
 - Elaboración de los Acuerdos de Gestión.
 - Establecer los mecanismos de pago.
- Resumiendo, sólo una verdadera Reforma Sanitaria podría hacer un cambio en el Sistema de Salud del país y por ende en el estado sanitario de la población. El presupuesto de salud, que como porcentaje del PBI se encuentra en entre los más bajos del continente y sin perspectivas de incrementarse en el corto plazo, podrá ser usado con mayor eficiencia al constituir en un fondo único los diferentes subfondos públicos. La administración de este fondo permitirá una mayor racionalidad en el gasto y un ordenamiento de los prestadores de



servicios. Además, permitirá formar una cultura del aseguramiento entre la población, ya que, al aporte del tesoro público al fondo, se agregarán las primas que cotizarán todos aquellos en condiciones socioeconómicas de hacerlo para la protección de su salud y de sus familiares. Pero, lo más importante es que esta reforma permitiría que ese cuarto de la población que actualmente se encuentra excluida del sistema de salud, tenga acceso al menos a una franja de beneficios a través del Plan de Beneficios Básico Garantizado y Obligatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán, A. Análisis Comparativo de Modelos de Aseguramiento Público y Propuesta de un Sistema Solidario de Seguridad Social en Salud. ForoSalud, CIES, 2003, Lima.
2. MINSA-OPS. Base de Datos de Cuentas Nacionales en Salud, 1995-2000.
3. Alvarado B. Focalización de los recursos públicos en salud. La Salud Peruana en el Siglo XXI. Retos y Propuestas de Política, CIES, DFID, Policy, 2002, Lima.
4. Petrera M. Tendencias en la utilización y financiamiento de los Servicios de Salud, 2003, Lima.
5. Durán F. Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud Perú: análisis y recomendaciones técnicas. OIT, Oficina Subregional para los Países Andinos, Lima, 2005.