



Pre dictamen recaído sobre los Proyectos de Ley No 786/2006-CR, 789/2006-CR, 855/2006-CR, 869/2006-CR, 915/2006-CR, 967/2006-CR, 1221/2006-CR y 2150/2007-CR, que propone la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

PERIODO ANUAL DE SESIONES 2008-2009

COMISIÓN DE SALUD, POBLACIÓN, FAMILIA Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PRE-DICTAMEN No 05-2008-2009/CSPFPD-CR

SEÑOR PRESIDENTE:

Ha ingresado para dictamen de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad, el Proyecto de Ley N° **786/2006-CR**, formulado por la Congresista Martha Acosta Zárate, del Grupo Parlamentario Nacionalista Unión por el Perú; Proyecto de Ley N° **789/2006-CR**, formulado por congresistas de Unidad Nacional Fabiola Morales, Guido Lombardi, Rafael Yamashiro Ore, entre otros; Proyecto de Ley N° **855/2006-CR**, propuesto por el Congresista Aprista Luis Daniel Wilson Ugarte; Proyecto de Ley N° **869/2006-CR**, presentado por la Congresista Margarita Sucari Cari del Grupo Parlamentario Nacionalista Unión por el Perú; Proyecto de Ley N° **915/2006-CR**, formulado por el Congresista Alberto Escudero Casquino, del Grupo Parlamentario Nacionalista Unión por el Perú; Proyecto de Ley **967/2006-CR**, presentado por el Congresista Aprista Luis Daniel Wilson Ugarte; Proyecto de Ley N° **1221/2006-CR**, propuesto por el Colegio Médico del Perú, FORO SALUD y la Alianza por el Aseguramiento Universal en Salud y el Proyecto de Ley N° **2150/2007-CR**, promovida por iniciativa ciudadana.

I. SITUACIÓN PROCESAL

Los Proyectos de Ley han sido derivados a la Comisión de Salud de la siguiente manera:

	Proyectos de Ley	Decreto de envío	Primera Comisión	Segunda Comisión
1	786/2006-CR	14/12/2006	Seguridad Social	Salud, Población, Fam. y Per. con disc.
2	789/2006-CR	14/12/2006	Seguridad Social	Salud, Población, Fam. y Per. con disc.
3	855/2006-CR	31/01/2007	Salud, Población, Fam. y Per. con disc.	-
4	869/2006-CR	31/01/2007	Seguridad Social	Salud, Población, Fam. y Per. con disc.
5	915/2006-CR	31/01/2007	Seguridad Social	Salud, Población, Fam. y Per. con disc.
6	967/2006-CR	15/02/2007	Seguridad Social	Salud, Población, Fam. y Per. con disc.
7	1221/2007-CR	23/04/2007	Salud, Población, Fam. y Per. con disc.	-
8	2150/2007-CR	06/03/2008	Salud, Población, Fam. y Per. con disc.	-

II. ANTECEDENTES

La Comisión de Salud, Familia y Personas con Discapacidad con el objetivo de dictaminar los proyectos de Ley que proponen dar la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud formó una Mesa de trabajo encargada de elaborar el pre-dictamen. El grupo de trabajo fue conducido por el congresista Luis Daniel Wilson Ugarte.



III. CONTENIDO DE LAS INICIATIVAS:

Los proyectos de Ley se orientan a plantear una reforma de la base normativa del aseguramiento en salud en el Perú, para lograr que todas las personas residentes en el territorio de la República cuenten con protección financiera para recibir atención de salud al menos con un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. El Aseguramiento Universal deberá proteger en forma progresiva la salud de toda la población, sin discriminación por condiciones económicas, sociales, culturales, religiosas, raciales, ideológicas ni de ninguna otra índole:

1. Proyecto de Ley Nº 786/2006-CR, presentado por el Grupo Parlamentario Nacionalista – Unión por el Perú, que propone lo siguiente:

- Busca establecer el Sistema Nacional de Seguridad Social (SNSS), el mismo que esta conformado por tres sub sistemas que son: el Subsistema Nacional de Pensiones, Subsistema Nacional de Seguridad Social en Salud y Subsistema Nacional de Riesgos de Trabajo; debiendo avanzarse en la universalización de la cobertura para todos los peruanos, teniendo en cuenta aspectos como la integración de las instituciones, financiamiento del aseguramiento universal y sanciones para el funcionario o asegurado, según corresponda.

2. Proyecto de Ley Nº 789/2006-CR, presentado por el Grupo Parlamentario Unidad Nacional, quienes proponen lo siguiente:

- Proponen la Ley Marco del Sistema de Aseguramiento Universal en Salud en busca que todos los peruanos residentes en el país cuenten con prestaciones de salud que impacten sobre la salud pública e individual; las que deberán ser adecuadas a la realidad local, regional y nacional, así como a los recursos económicos, humanos, tecnológicos y de infraestructura del país. El Sistema de Aseguramiento en Salud (SAS), espera lograr que las diferentes instituciones que brindan aseguramiento en salud, públicas, privadas o mixtas; cuenten con un padrón de beneficiarios, un paquete definido de servicios y criterios de aseguramiento en el manejo financiero de los fondos de enfermedades y accidentes.

3. Proyecto de Ley Nº 855/2006-CR, presentado por la Célula Parlamentaria Aprista, proponiendo lo siguiente:

- Busca que se uniformice las prestaciones básicas en los establecimientos de salud, debiendo ser ofertada a toda la población sin excepción, como un primer paso al Aseguramiento Universal, prestaciones básicas que deben comprender actividades promocionales, preventivas y recuperativas, así como de rehabilitación, orientadas a las enfermedades mas frecuentes y que mas afectan la calidad de vida de las personas y así mismo tener en cuenta la diversidad y heterogeneidad de las realidades sanitarias de cada región. La necesidad de una normativa que permita poner un Paquete Mínimo que asegure que cualquier ciudadano no esté desprotegido frente a una contingencia, asimismo, que al momento de acceder a dichos servicios estos sean prestados de tal forma que el cuidado y recuperación de su salud este garantizado oportunamente.

4. Proyecto de Ley Nº 869/2006-CR, presentado por la Célula Parlamentaria Aprista, que propone:

- Plantea garantizar el acceso a la atención integral de salud de calidad a todos los habitantes en el territorio nacional, mediante la universalización de la Seguridad Social en Salud, organizando un sistema de aseguramiento que entregue prestaciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atenciones de recuperación y rehabilitación sin discriminación, en condiciones de calidad, dignidad y oportunidad. Los principios y



características del seguro de salud; así como la creación de la Superintendencia del Sistema de la Seguridad Social en Salud.

5. Proyecto de Ley N° 915/2006-CR, presentado por el Grupo Parlamentario Nacionalista – Unión por el Perú, que propone lo siguiente:

- Se orienta al aseguramiento universal en salud de toda la población sin discriminación alguna, siendo de aplicación a todas las entidades públicas y privadas dedicadas a la provisión y administración de los servicios de salud, garantizando el cuidado integral de la salud.

6. Proyecto de Ley N° 967/2006-CR, presentado por la Célula Parlamentaria Aprista, que propone:

- Plantea que en forma progresiva se logre el aseguramiento en salud de toda la población, teniendo como base la Constitución Política del Estado, los Instrumentos Internacionales suscritos por el Estado Peruano, así como otros documentos no vinculantes que sirven al Estado para elaborar la Política Nacional de Salud. El gozar de un seguro de salud, se da sobre la base de Paquete Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), ya sea bajo un régimen contributivo, semi contributivo o subsidiado.

7. Proyecto de Ley N° 1221/2006-CR, presentado por el Colegio Médico del Perú, que propone:

- Busca garantizar el acceso de atención integral en salud de calidad para toda la población residente en el territorio nacional mediante la Aseguramiento Universal, para una cobertura efectiva de servicios de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad; siendo de aplicación a todas las entidades públicas y privadas relacionadas con el aseguramiento universal en salud.

8. Proyecto de Ley N° 2150/2007-CR, presentado por iniciativa ciudadana, que propone:

- Busca establecer los principios y características que tendrá el sistema de aseguramiento universal, así como las entidades públicas y privadas que participan del proceso y serán parte del sistema, los regímenes, los recursos del financiamiento y operación.

IV. MARCO NORMATIVO:

1. Constitución Política, Artículo 9°
2. Ley No 26842 – Ley General de Salud.
3. Ley N° 23536 Ley que establece las Normas Generales que Regulan el Trabajo y la Carrera de los Profesionales de la Salud.
4. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
5. Ley N° 27056 – Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)
6. Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, D. Leg. N° 276.



Pre dictamen recaído sobre los Proyectos de Ley No 786/2006-CR, 789/2006-CR, 855/2006-CR, 869/2006-CR, 915/2006-CR, 967/2006-CR, 1221/2006-CR y 2150/2007-CR, que propone la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

7. Ley No 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
8. Ley No 23728 – Ley que establece las Normas Generales que Regulan el Trabajo y la Carrera de los profesionales de la Salud, que prestan servicios asistenciales y administrativos en el sector público, bajo el régimen de la Ley N° 11377.
9. Ley No 27813 Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
10. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por D.S. N° 023-2005-SA y sus modificatorias.

V. OPINIONES RECIBIDAS:

- **Presidencia del Consejo de Ministros**, con Oficio N° 897-2007-PCM/SG-SC, del 26 de Febrero de 2007, mediante el cual adjuntan el Oficio N° 0263-2007-SIS/J y el Informe N° 065-2007-SIS/OAJ/GO, de la Secretaría General del Ministerio de Salud, donde expresan su opinión respecto a los Proyectos de Ley que es materia del presente dictamen, manifestando que el Ministerio de Salud debe continuar asumiendo su rol rector y debe impulsar el Aseguramiento Universal en Salud. Por Resolución Suprema N° 001-2007-SA, de fecha 7 de Enero de 2007, se constituye una Comisión de Alto Nivel encargada de elaborar la propuesta técnica para implementar el Sistema de Aseguramiento Universal en Salud; por lo que se deja a esta comisión la opinión técnica.
- **Ministerio de Salud**; con Oficio N° 506-2007-DM/MINSA, de fecha 22 de Febrero de 2007, mediante el cual remite dos Informes Técnicos de Seguro Integral de Salud y de la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio, respectivamente, en los que formulan una serie de conclusiones y recomendaciones; dejando claro que el Ministerio de Salud es el órgano rector, así como la elaboración y revisión del Reglamento de la presente ley debe ser realizada y discutida con los especialistas en el tema promovido por los representantes de las instituciones enumeradas en el artículo 4º, para garantizar la calidad técnica de la decisión adoptada; entre otras recomendaciones.
- **Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo**, con Oficio N° 513-2007-MTPE/1, de fecha 09 de Abril de 2007 remite el Informe N° 036-2007-MTPE/5, su fecha 02 de Abril de 2007, del que se destaca el propósito de avanzar en un Aseguramiento Universal en Salud, como por ejemplo desarrollar planes contributivos para la población que no tiene acceso al seguro regular de EsSalud, entre otros, teniendo como Ente Rector al Ministerio de Salud, dotándolo de las fortalezas necesarias para que cumpla tal función.
- **Seguro Social de Salud – ESSALUD**, con Oficio N° 043-GG-ESSALUD-2007, de fecha 014 de Marzo de 2007, mediante el cual dice que por Resolución Suprema N° 001-2007-SA, de fecha 7 de Enero de 2007, se constituyó una Comisión de Alto Nivel encargada de elaborar la propuesta técnica para implementar el Sistema de Aseguramiento Universal en Salud; por lo que la opinión técnica de esta institución respecto a los proyectos de ley será remitida de conformidad con la propuesta técnica que presente la referida comisión de alto nivel.
- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS**, con Oficio N° 6423-2007-SBS, de fecha 03 de Abril de 2007, señalando que la SBS considera importante toda iniciativa tendente a conseguir una mejor articulación de las diferentes instancias, organismos y sistemas de protección social, en el área de pensiones, en la medida que se provea una mejor respuestas de parte del Estado, sea en su rol de proveedor, como de regulador y/o supervisor, en la calidad de atención de los riesgos sociales directamente relacionados a la vejez, así como los de la invalidez y fallecimiento de la población. Respecto a la cobertura



Pre dictamen recaído sobre los Proyectos de Ley No 786/2006-CR, 789/2006-CR, 855/2006-CR, 869/2006-CR, 915/2006-CR, 967/2006-CR, 1221/2006-CR y 2150/2007-CR, que propone la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

universal en salud, resulta de especial interés para la Superintendencia de Banca y Seguros, en términos de alcanzar cada vez mejores estándares de protección social de la población peruana.

- **Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud – SEPS**, con Oficio N° 0010-2007-SEPS/SUP, de fecha 22 de Enero de 2007, remite el Informe No 004-2007-IRD, del 10 de Enero de 2007, que señala la necesidad de realizar mejoras en el SIS, especialmente en la forma de asignación de su presupuesto porque este mecanismo no permite un manejo financiero tipo seguro, lo que se requiere – dice el Informe – es un “fondo” captado para la población a cubrir; se debe establecer los derechos de los afiliados en los distintos tipos de aseguramiento SIS, ESSALUD, EPS y dar pautas para la afiliación progresiva mediante la aplicación de proyectos piloto. El Plan Básico debe orientarse a la atención primaria y con mucho énfasis en los aspectos preventivos.
- **Oficina de Normalización Previsional – ONP**, con Oficio N° 058-2007-JF/ONP, de fecha 19 de Marzo de 2007, mediante el cual adjunta copia del oficio remitido a la Presidenta de la Comisión de Seguridad Social, en el que da respuesta al pedido de opinión respecto al Proyecto de Ley N° 786-2006-CR que propone la Ley Marco para el Ordenamiento y Universalización de la Seguridad Social; manifestando su desacuerdo con lo planteado por el proyecto de ley.
- **Seguro Integral de Salud – SIS**, mediante Oficio N° 084-2007-SIS/J, ha remitido el Informe N° 025-2007-SIS/OAJ, formulando sus conclusiones y recomendaciones siguientes al proponerse la desaparición del Seguro Integral de Salud como Organismo Público Descentralizado, y por otro lado no existir precisiones sobre si es como entidad aseguradora dentro del Sistema de Aseguramiento propuesto, subsistiría y cuales serían sus alcances, financiamiento, entre otros aspectos, considerando que el Proyecto de Ley adolece de imprecisiones y vacíos, de forma tal que resulta favorable a ESSALUD, en contraposición a la entidad. Recomendando que la Gerencia de Operaciones emita su opinión técnica al respecto, pronunciándose sobre los aspectos prestacionales y otros de su competencia en el marco de los Proyectos de Ley bajo comentario, a fin de tener una mejor apreciación del tema.
- **Ministerio de Defensa**; mediante Oficio N° 972-2007-SGMD-A, ha remitido respuesta elaborado por la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica y el Director Técnico de Personal del Vice Ministerio de Asuntos Logísticos y de Personal del Ministerio de Defensa; siendo de opinión favorable respecto a lo propuesto por el Proyecto de Ley N° 915/2006-CR, que estaría acogiendo lo planteado por la Política del Estado Peruano, según el tema N° 13 del Acuerdo Nacional.
- **Academia Peruana de Salud**; con Oficio N° 059-07-P/APS, de fecha 21 de Marzo de 2007, adjuntan el Oficio N° 058-07-P/APS, de la misma fecha, con la que dan respuesta a la Comisión de Seguridad Social, respecto a los proyectos de ley que nos ocupa; en la que insisten en la conformación de una Comisión Nacional de Reforma de la Salud, con delegados del Poder Ejecutivo, participación de congresistas y personalidades conocedoras de reformas de salud, con asesoría internacional; contando con un plazo de 90 días para presentar el diseño de la reforma y del aseguramiento universal en salud, así como los respectivos proyectos de ley.



VI. ANÁLISIS:

a) Marco Normativo

Existen diversos artículos de nuestra Constitución que abonan a favor del aseguramiento universal en salud. El Artículo 7° señala que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. El Artículo 9° establece que el Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. Los artículos 10°, 11° y 12° reconocen el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, garantizando el libre acceso a las prestaciones de salud, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, supervisando su eficaz funcionamiento. En este sentido, los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles.

La legislación ha desarrollado estos principios constitucionales. En este sentido, el numeral IV del Título Preliminar de la Ley General de Salud, señala lo siguiente: “Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera que sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad”. “El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad”. Asimismo, en su numeral VII del Título Preliminar señala que “el Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido”.

b) Necesidad de la Ley Marco

La sociedad reclama hacer efectivos los términos establecidos en dicha Constitución, respecto del aseguramiento en salud que debe ser universal y progresivo. Durante la vigencia de la Constitución de 1993, se ha debatido ampliamente la forma de llevarse a cabo el aseguramiento universal en nuestro país.

Existe consenso que para lograr el aseguramiento universal debe partirse de una Ley Marco que permita ordenar las prioridades de las políticas de salud, reforzar la rectoría del sector salud y establecer los componentes necesarios para alcanzar este objetivo, a través de nuevas leyes.

En ese sentido, se considera que esta Ley Marco debe desarrollar en específico cómo se llevará a cabo la progresividad del aseguramiento universal en nuestro país, en complemento de la Ley General de Salud, y deberá comprender los siguientes componentes:

- a) Principios y características del aseguramiento universal.
- b) Agentes vinculados en este proceso: entidad supervisora, instituciones administradoras de fondos e instituciones prestadoras de servicios de salud.
- c) Financiamiento del aseguramiento universal y del supervisor.
- d) Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS).
- e) Unificación de fondos de aseguramiento.
- f) Reforzamiento del rol rector del sector salud, a través de la adscripción de ESSALUD al MINSA.



Estos temas serán posteriormente desarrollados en otras leyes y deben ajustarse a las políticas nacionales de salud, que a continuación pasamos a detallar.

c) Políticas Nacionales

En los términos establecidos en la Constitución Política, en nuestro país se han asumido varios acuerdos y políticas que consideran el aseguramiento universal como una prioridad. Entre ellas las siguientes:

- a) El Acuerdo Nacional suscrito con fecha 22 de julio del 2002 por representantes de las organizaciones políticas, religiosas, sociedad civil y gobierno, estableció cuatro grandes objetivos:
- Democracia y Estado de Derecho.
 - Equidad y justicia en el país.
 - Competitividad del país.
 - Estado eficiente, transparente y descentralizado.

En la décimo tercera política de Estado denominada “acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social” se compromete a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas en las que se concentra la pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Asimismo, se compromete a promover el acceso universal a la seguridad social y fortalecer un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes, consolidando un modelo de aseguramiento universal, sostenible, equitativo y solidario sobre la base del Seguro Social de Salud (EsSalud), el Seguro Integral de Salud (SIS) y la participación del sector privado.

- b) En “Los lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012”, aprobados mediante Resolución Suprema N° 014-2002-MINSA se estableció:
- Segundo lineamiento, referido a la extensión y universalización del sector salud que plantea lograr el aseguramiento universal de los ciudadanos para garantizar el acceso a servicios de salud y prevenir la desatención de las familias en contingencias (principalmente la población pobre y extremadamente pobre).
 - Séptimo lineamiento, por el cual se propone la modernización del Ministerio de Salud y el fortalecimiento de su rol de conducción sectorial y está orientado a convertirlo en un organismo moderno, ágil, con rectoría nacional y capacidad para concertar políticas con los demás actores del sector.
- c) En el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud realizado con el objeto de construir consensos y fortalecer la institucionalidad democrática en el país, 16 partidos y agrupaciones políticas, antes de las elecciones presidenciales, desarrollaron entre marzo y diciembre de 2005 reuniones de trabajo con el propósito de dialogar sobre aspectos trascendentales de la salud de todos los peruanos. Uno de los acuerdos firmados fue el compromiso para 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. Acordaron también: i) definir los roles de los agentes que ejerzan funciones de prestación, financiamiento y regulación, garantizando la libre elección del prestador por parte del usuario; ii) promover en el largo plazo un fondo único que



Pre dictamen recaído sobre los Proyectos de Ley No 786/2006-CR, 789/2006-CR, 855/2006-CR, 869/2006-CR, 915/2006-CR, 967/2006-CR, 1221/2006-CR y 2150/2007-CR, que propone la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

agregará fondos públicos, privados y mixtos provenientes de impuestos, contribuciones y otras fuentes, para alcanzar la universalización de la seguridad social; iii) definir en el corto plazo los mecanismos para el intercambio de prestaciones (MINSAL, Essalud; FF.AA. PNP, privados, etc.) y pago de las mismas y un fondo para cubrir eventos catastróficos, tomando en consideración la experiencia del Fondo Intangible Solidario de Salud- FISSAL; iv) priorizar en el corto plazo, mediante el mecanismo de presupuesto protegido, el financiamiento fiscal al aseguramiento público para ampliar la cobertura a los pobres y excluidos; v) ampliar la oferta de seguros de salud para trabajadores independientes e informales como una de las estrategias para alcanzar la universalización de la seguridad social; vi) constituir una Superintendencia Nacional de Salud que regule y fiscalice el uso de los fondos del Sistema de Salud y garantice el cumplimiento de estándares de calidad del prestador al usuario; y vii) definir en el corto plazo, sobre la base de un consenso de prioridades de salud nacionales y regionales, un plan garantizado de beneficios, que incluya promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para los problemas más importantes de salud, incorporando progresivamente prestaciones sociales.

- d) En el Plan Nacional Concertado de Salud del Ministerio de Salud del año 2007, en el Lineamiento de Política 3, se establece lograr el aseguramiento universal en salud otorgando prestaciones con garantías de oportunidad y calidad. Las metas de este lineamiento para el año 2011 son: incrementar el aseguramiento en salud a través del Seguro Integral de Salud (SIS) de 4 millones a 11 millones de ciudadanos en situación de pobreza y extrema pobreza y que el 40% de la población independiente no asalariada se afilie a un seguro de salud con cobertura de un plan garantizado.
- e) Mediante Resolución Suprema N° 002-2008-SA, publicada el 14 de febrero del 2008, se constituyó la Comisión Multisectorial encargada de proponer los mecanismos necesarios que permitan consolidar un Sistema Nacional de Salud (SNS), que evalúe los siguientes procesos: a) Aseguramiento Universal; b) Adquisición de Medicamentos; c) Atención de Emergencias; d) Donaciones y Trasplantes; e) Unidad de Banco de Sangre; f) Optimización de la infraestructura de todos los sectores involucrados en la presente resolución suprema; g) Recursos humanos; h) Red de información; i) Calidad del servicio a los pacientes; y, j) Comunicación Social¹.

La Sub-comisión de Aseguramiento Universal ha recomendado la creación de un sistema coordinado de aseguramiento en salud fortaleciendo la rectoría del ministerio de Salud y estableciendo estándares de atención, cobertura, resultados y otros iguales para todas las instituciones. Con este sistema se conjugará esfuerzos interinstitucionales para originar un incremento funcional de la oferta y optimizar los gastos en salud, se evitará las duplicaciones en inversiones y gastos, y permitirá hacer economía de escala. La sub-comisión ha elaborado un Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal y un plan de implementación que contiene actividades para el intercambio prestacional, el fortalecimiento institucional, la implementación del Plan Esencial de Atención en Salud (PEAS), desarrollo del sistema informático de afiliación y padrón único de beneficiarios, implementación de sistema informático de auditor electrónico, establecimiento de las brechas de oferta y demanda, establecimiento de lineamientos del Comité Coordinado de Inversiones, evaluación de programas de aseguramiento de las Fuerzas Armadas y policiales. La sub-comisión ha propuesto iniciar el aseguramiento universal en cuatro regiones piloto en el año 2007.

¹ Conformada por el Ministerio de Salud (MINSAL) quien la preside, el Ministerio de Defensa, el Ministerio del Interior, ESSALUD y un Presidente Regional



d) El aseguramiento universal con base en la solidaridad y eficiencia

Los sistemas de protección social se han concebido como derechos sociales porque tienen como objetivo combatir la pobreza, la discriminación y los riesgos sociales². En el Perú se requiere hacer reformas para universalizar el aseguramiento en salud, disminuir las marcadas diferencias de acceso a los servicios de salud y mejorar la rentabilidad social de los recursos que se asignan al sector salud, mediante cambios en la regulación y gestión.

La forma en que se organiza la estructura de financiamiento y provisión de servicios del sector salud influye fuertemente en las demandas de recursos del sector y en los resultados que se obtengan. Por este motivo, uno de los principales desafíos que se han enfrentado las reformas en el Perú ha sido el de establecer las reglas y la organización institucional del financiamiento y la forma de articularlo con la provisión de servicios. En general, se ha ido ganando consenso sobre las ventajas de separar las funciones de financiamiento y provisión de servicios. Respecto a la función financiera —y dado que el entorno económico es cada vez más incierto y la demanda de servicios de salud tiene un importante componente aleatorio caracterizado por la incertidumbre y la diversidad de riesgos—, los seguros sociales se han convertido en una forma eficiente de organizar el financiamiento del sector salud.

Un seguro social de salud debe conciliar las funciones de aseguramiento con las de solidaridad, distribución y cobertura universal, y debe hacerlo con independencia de la inserción laboral de las personas. Para ello es preciso definir reglas sobre la prima del seguro, las fuentes de financiamiento, el grado y nivel de beneficios y cobertura que ofrece, el universo poblacional al cual cobija y los criterios de elegibilidad.

El costo de la prima por afiliado no debe basarse en riesgos que reflejen factores individuales (como edad, sexo, o historial médico), sino en riesgos colectivos que consideren al conjunto de la población. Esto lleva a establecer subsidios para cubrir el costo de las primas, con miras a que las personas puedan acceder a los beneficios ofrecidos por los seguros, cualesquiera sean sus riesgos individuales y su capacidad de pago. De esa manera se incorpora la solidaridad entre sanos y enfermos, entre jóvenes y viejos, y entre altos y bajos ingresos.

Desde esta perspectiva, el gasto privado en salud es aquel gasto que se hace por fuera de la cobertura del sistema de seguridad social (los llamados gasto de bolsillo, copagos, etc.). Cuando el que gasto privado es un componente importante del gasto total en salud refleja la debilidad del sistema social de protección. Mientras mayor es la participación del gasto privado en el total del gasto en salud, más excluyente e inequitativos son los sistemas de salud³.

Al comparar la estructura del gasto en salud del Perú con la de los países industrializados se observa que en estos últimos la participación del gasto público es mucho mayor, lo que refleja el hecho de que su sistema de protección social en salud tiene cobertura universal e integral. En el Perú, en cambio, el gasto privado en salud en 2006 giraba en torno al 34% del gasto total en salud.

Avanzar hacia una mayor cobertura poblacional implica aumentar el monto de subsidios que se destinan al sector, lo que redundará en una mayor demanda de recursos financieros. Fortalecer la protección social en salud implica acrecentar la eficiencia, tanto en la asignación y gestión de los recursos para mejorar los servicios como en los mecanismos de solidaridad vinculados a los ingresos, en particular los subsidios cruzados desde los sectores de altos ingresos hacia los de ingresos bajos. Mientras las mejoras de eficiencia reducen costos y ayudan a aminorar la

² Naciones Unidas (2002): Protección social, Boletín sobre la erradicación de la pobreza, N° 8, Nueva York, División de Política Social y Desarrollo.

³ OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000): Informe sobre la salud en el mundo, Washington, D.C.



Pre dictamen recaído sobre los Proyectos de Ley No 786/2006-CR, 789/2006-CR, 855/2006-CR, 869/2006-CR, 915/2006-CR, 967/2006-CR, 1221/2006-CR y 2150/2007-CR, que propone la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

demanda de recursos financieros, los mecanismos de solidaridad tienden a elevar los costos pero permiten incorporar más población a los beneficios de la seguridad social.

La solidaridad en materia de ingresos en un contexto de seguro social de riesgos se introduce mediante la creación de fondos de solidaridad encargados de distribuir subsidios que compensen los diferentes riesgos individuales. Cada individuo contribuye en función de su ingreso. Este sistema implica que, dependiendo de los niveles de ingresos y de riesgos, hay personas que contribuyen más que el valor medio de las primas y personas que contribuyen menos que ese valor. El mayor aporte de las primeras, unido a la recaudación de otros impuestos, proveen los recursos del fondo de solidaridad.

Este mecanismo permite, en un contexto de seguros de riesgos, mantener el principio de equivalencia entre contribuciones y beneficios a nivel agregado del seguro, pero introduce solidaridad en la medida que el asegurado recibe un paquete de beneficios independiente de su contribución individual: si el nivel de gasto esperado del usuario supera el gasto promedio, el mayor desembolso será cubierto sobre la base de los subsidios. Este sistema desincentiva además la selección de riesgos, ya que si bien los asegurados pagan según sus capacidades, las aseguradoras reciben ingresos en función de sus carteras de riesgo, lo que en última instancia determina el gasto esperado.

El grado de cobertura poblacional del seguro social está también estrechamente ligado a la procedencia del financiamiento. Los seguros en el país se financian principalmente a partir de aportes salariales, excluyen a la población sin capacidad contributiva o a los trabajadores independientes, los que son cobijados principalmente por la red de prestadores del sector público y, en menor medida, por el sector privado. Además, el aporte de las personas que no tienen capacidad de contribuir debe provenir de impuestos generales. Esto permite generar mecanismos de solidaridad de ingresos entre contribuyentes y no contribuyentes a la seguridad social.

Dadas las limitaciones presupuestarias, es importante que las contribuciones obligatorias sean también una fuente de financiamiento de la solidaridad. Cuando las contribuciones obligatorias no participan del financiamiento solidario, aumenta la carga fiscal que el Estado debe asumir. Y si las necesidades de financiamiento solidario son altas, pueden transformarse en una exigencia difícil de satisfacer por el presupuesto público.

Un tema no menor es entonces el de la capacidad contributiva de los afiliados al sistema. La precariedad del mercado de trabajo en el Perú, unida a la volatilidad del ciclo económico, ha llevado a que se generen importantes lagunas contributivas. Esto implica, por una parte, que sectores significativos de la población pasen de una situación de aseguramiento a una de desprotección, con los consecuentes costos sociales. Por otra parte, la discontinuidad en el empleo se traduce en una baja densidad de las contribuciones que crea serios problemas de sustentabilidad financiera en el sistema de seguros. Por lo tanto, en un esquema de seguros sociales de riesgos es fundamental contar con mecanismos complementarios que aseguren la densidad de las contribuciones.

Un aspecto central para el funcionamiento de un sistema de seguros, está estrechamente ligado a las necesidades de financiamiento, es la determinación del paquete de beneficios garantizados. Esto involucra factores éticos, políticos, culturales, médicos y económicos, para establecer el paquete. Una vez que se fija un conjunto de prestaciones a las cuales todos los afiliados al seguro social tienen derecho a acceder y que es efectivamente exigible por las personas, queda automáticamente establecida una obligación financiera a lo largo del tiempo. Al fijar un derecho social exigible, el Estado tiene la obligación de garantizar ese derecho, lo que equivale a la obligatoriedad de financiarlo en el tiempo.

Para financiar pasivos contingentes es preciso establecer reglas de financiamiento que garanticen la provisión de los beneficios ofrecidos y respeten la disciplina fiscal encaminada a



cumplir con las metas que regulan el gasto público. A su vez, la capacidad de financiamiento de los pasivos contingentes se ve seriamente afectada por el ciclo económico. Una forma de enfrentar esta situación es mediante fondos de estabilización específicos, que acumulan recursos en tiempos de crecimiento económico y desacumulan en tiempos de recesión y que permiten independizar la disponibilidad de financiamiento de la coyuntura económica.

La evolución en el tiempo de los pasivos contingentes también desempeña un papel fundamental en la sustentabilidad financiera del aseguramiento universal. Por ejemplo, las coberturas garantizadas deben ampliarse sobre la base de reglas y criterios que compatibilicen el aumento de beneficios con la necesidad de mantener las tendencias del gasto social dentro de posiciones fiscales sustentables en el tiempo, y deben fortalecer el componente actuarial de los sistemas de protección social.

Finalmente, la necesidad de incluir segmentos significativos de la población en el aseguramiento universal exige una política macroeconómica que genere reglas de gasto fiscal que permitan un gasto público contracíclico para que en épocas de escasez de recursos no se reduzca el financiamiento del subsidio público.

e) Experiencia de aseguramiento en otros países⁴

Si bien los sistemas de seguros son la solución natural ante el riesgo de intervenciones costosas, los mercados de seguros suelen presentar fallas que afectan tanto la eficiencia como la equidad. Las fallas del mercado de seguros más importantes se deben a que las transacciones en este sector se desarrollan en un contexto de información asimétrica. Ello origina los problemas de selección adversa y de riesgo moral (o sobreconsumo). En el primer problema, el asegurador desconoce la verdadera condición y riesgos de salud del asegurado; como resultado, se genera un sesgo hacia una mayor participación de asegurados con mayores riesgos de salud y potenciales gastos futuros elevados en tratamiento. Ello encarece las primas que cobra la aseguradora, impulsando a que los consumidores de menores riesgos salgan del mercado de seguros, con lo cual se elevan aún más las primas. Por su parte, el problema de riesgo moral se debe a que, una vez adquirido el seguro, el asegurado tiene incentivos para demandar una mayor cantidad y calidad de tratamientos de salud, elevando los costos de la provisión de la salud.

Cuadro 1

Fallas de mercado en el mercado de seguros

Fallas	Efectos	Soluciones	Resultados
Selección Adversa	Problemas con agregación de riesgos. Encarecimiento de las primas. En el límite, el mercado de seguros falla en existir.	Educación	No efectivo
		Subsidio	No efectivo
		Contribución obligatoria	Eficiente
		Cobertura Universal	Eficiente
Riesgo Moral	Sobreconsumo de servicios médicos.	Regulación	Moderadamente eficientes
		Copagos ⁴	
		Deducible ⁴ "Gatekeepers"	
Selección de Riesgos	No hay seguro para discapacitados, enfermedades crónicas, pobres y tercera edad.	Regulación	Moderadamente eficiente
		Riesgo comunitario	Moderadamente eficiente
		Prima ajustadas por riesgos individuales	Técnicamente difícil

Fuente: Hsiao (1996) y Titelman y Uthoff (1996).
Elaboración: CEPAL (2006)

Ante estos problemas, la respuesta de las aseguradoras es la selección de riesgos (descreme), que consiste en incrementar los gastos administrativos para identificar y luego excluir a los demandantes más riesgosos, como los adultos mayores o quienes tienen condiciones

⁴ Seinfeld J. Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿Cómo lograr la protección en salud de personas de ingresos medios bajos y bajos? Lima: Universidad del Pacífico



preexistentes como cáncer o diabetes. El descreme implica inequidad en el acceso a los servicios de salud porque promueve la segmentación de los consumidores, atenta contra el principio de solidaridad y es socialmente ineficiente ya que genera pérdidas de bienestar que podrían ser evitadas.

Entonces, en un mercado de seguros de salud privado y no regulado, las personas con condiciones crónicas o con altos riesgos en salud probablemente estén subaseguradas.

Por otro lado, los costos administrativos pueden ser más altos de lo necesario por los esfuerzos de las aseguradoras para detectar a las personas más riesgosas. En términos de equidad, las personas de menores ingresos no logran acceder a un seguro, poniendo en riesgo su capacidad de respuesta ante la presencia de enfermedades costosas. Un resumen de las fallas del mercado, sus efectos, soluciones y resultados se muestra en el siguiente cuadro.

Existe consenso en reconocer como funciones deseables del sector público en materia sanitaria para disminuir las fallas de mercado y aumentar la equidad de la atención de salud:

- (1) Asegurar una oferta óptima de los bienes públicos en salud merecedores del gasto público requerido y de aquellos bienes que tienen un elevado componente de externalidades.
- (2) Regular los mercados privados de seguros de salud, de modo que se generen mercados más eficientes y equitativos
- (3) Asegurar el acceso de la población pobre a servicios básicos de salud

Las tres funciones se pueden cumplir con una combinación de políticas regulatorias de los mercados de servicios y seguros privados de salud y de subsidios estatales a la demanda, sin que el sector público participe necesariamente en la oferta. Sin embargo, en muchos casos, incluyendo el peruano, el Estado interviene a través de la provisión pública de bienes y servicios de salud. En otros, más bien, el consumidor puede escoger entre la provisión privada o pública.

En términos generales, los sistemas de salud del mundo se pueden clasificar en cuatro grandes categorías, aunque muchos países presentan combinaciones entre ellas (Folland, Goodman y Stano, 1993):

(1) Seguros de salud privados y obligatorios, en los cuales a través del empleador se contrata el seguro. La oferta o provisión de los servicios de salud puede ser privada, pública o mixta. Estos sistemas se financian con aportes de trabajadores y empleadores. Además, existen subsidios del sector público. Este es el caso de Alemania, donde se empezó con el seguro de salud obligatorio en 1883, siguiendo el modelo de Bismark.

(2) Seguros de salud nacionales y obligatorios, con cobertura universal de la población. En estos casos, existen subsidios del sector público. La oferta o provisión de salud puede ser privada, pública o mixta; mientras que el financiamiento suele ser mixto; como en Canadá.

(3) Servicios nacionales de salud obligatorios, con cobertura alta o universal. En estos casos, el sector público provee la oferta de servicios de salud y el financiamiento suele ser mixto. Este es el caso del Reino Unido.

(4) Sistemas mixtos, como el americano, que permiten la convivencia de algunos de los modelos anteriores. Estos sistemas suelen presentar los defectos combinados de los sistemas anteriores.

Para asegurar cierto nivel de solidaridad en el sistema de salud, una medida implementada en muchos países ha sido la contribución proporcional a los ingresos.

Asimismo, para enfrentar problemas como el descreme y el ajuste de primas de los proveedores privados, se han aplicado límites a la asignación de las primas asociadas al riesgo, así como



incentivos, mediante mecanismos regulatorios, para que la prima se calcule independientemente del estado de salud de las personas. Este es el caso de Chile, donde la afiliación es obligatoria para los trabajadores formales (49% del total).

En el caso de Colombia, existen dos regímenes: el contributivo, para quienes están en capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo dependiente o de ingresos independientes, y el subsidiado, destinado a la población más pobre y vulnerable, sin capacidad de aportar y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio. Además el Estado ofrece acceso a los servicios de salud a través de los hospitales públicos a la población no afiliada a ninguno de los dos regímenes (conocidos como los "vinculados").

Las dificultades para expandir la cobertura en Colombia se han incrementado por los incentivos a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras de los regímenes contributivos y subsidiados. Este tipo de comportamiento se ha dado a pesar de la aplicación de medidas, como el ajuste de las unidades de pago por capitación (usando para ello criterios como el sexo de la población o la pertenencia a un determinado grupo de edad) y el ajuste del valor de las unidades de pago por localización geográfica del afiliado y de los beneficiarios. Los incentivos al descreme de la población se originan por las diferencias entre los planes obligatorios del régimen contributivo y el subsidiado así como por la existencia de una oferta de servicios de salud, financiados por el Estado, a través de los hospitales públicos para la población de vinculados.

Actualmente, otros países se encuentran inmersos en reformas sanitarias, en las cuales se ha puesto énfasis en el aspecto financiero. Este es el caso de México, donde, en abril del 2003, se aprobó la reforma a la Ley General de Salud de México y con ello se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La reforma ofrece a todas las familias no aseguradas acceso a un aseguramiento subsidiado a través del Seguro Popular de Salud (SPS). El nuevo sistema busca una reducción en los gastos catastróficos en salud de las familias, mayores incentivos al gasto eficiente en salud, y una atención a la salud más equitativa y accesible para toda la población. El SPS cuenta con el respaldo de los beneficiarios y se estima que ha tenido un efecto positivo en la equidad y en reducir el gasto de bolsillo de los pobres en un 25%. Sin embargo, enfrenta aún ciertos desafíos: falta de infraestructura, importantes divergencias socioeconómicas y culturales en la población objetivo, y por último, la necesidad de una significativa y creciente inversión para cumplir con sus metas de cobertura y para enfrentar los costos crecientes inherentes al envejecimiento de la población, el cambio epidemiológico, el aumento de la demanda de los usuarios y la ampliación del paquete.

La dinámica laboral también frena la expansión del aseguramiento contributivo en muchos países latinoamericanos. Estas es una de las mayores limitantes en la extensión de la protección en salud en Bolivia, Colombia, Perú, entre otros países, pues el sistema de aseguramiento que sigue un modelo bismarckiano se orienta al empleo formal.

En general, la experiencia de América Latina y el Caribe, en materia de reforma de los sistemas de seguros determina que los esfuerzos deben orientarse activamente a mejorar la organización industrial del sector de la salud y su regulación, con el fin de aumentar la eficiencia y promover la contención de costos. De este modo, se ha recomendado (CEPAL, 2006)⁵ separar las funciones de financiamiento y prestación; incorporar mecanismos de compra eficaces, y establecer un marco regulatorio capaz de hacer frente a las numerosas fallas de mercado que se presentan en el campo de la salud, promoviendo la equidad y la eficiencia. También se ha encontrado que una mayor integración entre la seguridad social y los servicios que ofrece el sistema público permite mayores sinergias entre ambas, lo que mejora el financiamiento de la solidaridad y promueve una mayor equidad, y puede tener un efecto positivo en la eficiencia si la integración de los subsistemas trae aparejado un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada y facilita la

⁵ CEPAL (2006). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Montevideo.



racionalización del uso de los recursos mediante mejoras en la gestión y administración de los subsistemas.

La Comisión de Alto Nivel encargada de elaborar la propuesta técnica para implementar el sistema de aseguramiento universal en nuestro país señala que de acuerdo a estas experiencias hay varias lecciones aprendidas que son aplicables al proceso que se va a dar inicio en nuestro país:

- a) Se trata en ambos casos de procesos políticos de largo plazo enraizados en macro procesos nacionales y regionales.
- b) Debido a lo anterior, nunca tienen una estructura invariable, va cambiando a lo largo del tiempo, según las pugnas de los grupos de poder y el entorno macroeconómico.
- c) La descentralización no es un requisito de una reforma exitosa sino una condición macrosocial.
- d) Resulta altamente inconveniente desarrollar el aseguramiento en salud sin tener a éste como componente de un sistema sanitario en reforma y que ejerce su rectoría con un alto sentido de salud pública, gestión sanitaria y desarrollo de la oferta prestacional.
- e) No es posible efectuar estos procesos sin un creciente y sostenido financiamiento con recursos públicos y de los aportes a la seguridad social en salud.
- f) Los costos de atención aumentan por diversos factores asociados a mayor calidad y complejidad tecnológica, pero también desvinculados a mayores costos de transacción y distorsiones.
- g) No se debe olvidar el tema de la credibilidad. Sin una reestructuración profunda ante la apertura a la competencia, el Instituto de Seguridad Social pierde peso y entra en crisis.
- h) La actuación del asegurador público no es sólo consecuencia de un proceso de reforma sino que ésta es sumamente importante para definir la conducta del asegurador privado a lo largo de dicho proceso.
- i) El ineludible tema de la focalización no tiene respuesta y se complica mucho más a medida que aumenta el porcentaje de población en condiciones de pobreza.
- j) La deseada promesa de ofrecer de inicio un paquete completo o que contenga “de todo y para todos” ha traído como consecuencia la imposibilidad de asumirlo y la frustración consiguiente.
- k) Para ampliar la cobertura de aseguramiento se requiere de un mayor trabajo de los factores externos al sector salud, pero de gran influencia sobre el mismo: educación, caminos, acceso cultural, desarrollo de derechos y saneamiento.
- l) La cobertura de aseguramiento es extremadamente sensible y se asocia de manera negativa al crecimiento del sub empleo.

f) Situación del aseguramiento en nuestro país

El sistema de salud de Perú está compuesto por cinco subsistemas que brindan servicios de salud: a) el Ministerio de Salud (MINSA) que comprende al Seguro Integral de Salud (SIS) como un asegurador público con autonomía administrativa; b) El Seguro Social en Salud - ESSALUD adscrito al Ministerio de Trabajo; c) las Sanidades de Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y



Ejército) adscrita al Ministerio de Defensa; d) la Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP) adscrita al Ministerio del Interior; y e) las instituciones del sector privado: Entidades Prestadoras de Salud, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC).

El Estado ofrece servicios de salud para la población no asegurada a través de los establecimientos de las regiones y, en el caso de Lima, del MINSA. El Seguro Integral de Salud (SIS) provee servicios a la población en situación de pobreza y pobreza extrema a través de la red de establecimientos del MINSA. La Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales cubren a los miembros de dichas corporaciones y sus dependientes. ESSALUD, brinda servicios a los trabajadores formales y sus dependientes, así como a trabajadores informales a través de los seguros potestativos. Los servicios de ESSALUD pueden ser complementados a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), pertenecientes al sector privado. En el sector privado lucrativo existen clínicas para personas con capacidad de pago que hacen pagos de bolsillo y otra parte del mercado privado ofrece servicios de medicina prepagada (compañías de seguros, autoseguros y seguros de las clínicas) para una pequeña proporción de la población. En el sector privado no lucrativo, existen instituciones de beneficencia que atienden a todo tipo de población.

En este sistema de salud, actualmente no existe equidad de acceso a los servicios ni a las prestaciones de salud. Los afiliados a EsSALUD cuentan con una cobertura "infinita", es decir, este seguro casi no tiene exclusiones en la práctica, en cambio todos los demás subsistemas de aseguramiento tienen planes limitados.

Cobertura de aseguramiento en salud

La cobertura del aseguramiento ha mostrado un incremento importante en las últimas dos décadas. En el Cuadro 2, se aprecia que en la década de 1980, 18% de la población contaba con algún sistema de seguro. Esta cifra ha ido aumentando gracias a los esquemas de aseguramiento públicos, como el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil, que después se unificaron para conformar el SIS. En el año 2007, el SIS había afiliado a 18% de la población. EsSalud, tradicionalmente el principal agente asegurador, cubre actualmente al 18% de la población total, mientras que el sector privado, incluyendo a las EPS, asume la limitada cobertura del 3% de la población.

Cuadro 2. Evolución de la cobertura de aseguramiento en el Perú, 1985 a 2007

	1985	1994	1997	2000	2003	2004	2005	2007
Con seguro	17.6	23.4	22.7	32.3	41.7	36.5	35.3	43.3
EsSalud		20	19.4	19.7	16.1	15.7	15.3	17.9
Seguro privado		1.6	1.7	1.6	1.8	1.6	1.7	2.7
Seguro de FF.AA. y Policiales		1.8	1.6	1.3	2	1.8	1.6	2.6
Seguro Integral de Salud (SIS)					21	16.6	16.3	18.4
Otro				9.7	0.8	0.8	0.4	0.7
Sin seguro	82.4	76.6	77.3	67.7	58.3	63.5	64.7	56.7
Total seguro y sin seguro	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Fuente: ENNIV 1985, 1997 y 2000, ENAHO 2003, 2004 y 2005

En el año 2000, se incluye al Seguro Escolar Gratuito.

En los años 2003-2005, el seguro privado incluye a las EPS mientras que en otros están incluidos los seguros universitarios y el seguro escolar privado.

El año 2007 son datos del Censo. En este año las coberturas de los seguros privados, FFAA y Policiales y otros son estimados

Los resultados del Censo Nacional de Población del 2007, revelan que en el país el 43,3% de la población cuenta con algún tipo de seguro de salud, es decir, 11 millones 599 mil 971 personas, no obstante un 56,7% de la población se encuentra aún desprotegida.



El reporte estadístico del SIS a mayo del 2008 revela que se cuenta con 8'749,052 afiliados al SIS de los cuales 8'678,819 se encuentran afiliados al componente subsidiado y 70,233 se encuentran afiliados al componente semi-subsidiado. Según D.S. N° 004-2007-SA, ya no existen planes de afiliación sino los componentes subsidiado y semi-subsidiado. Componente semi-subsidiado es para trabajadores con ingresos hasta 1,000 nuevos soles y para trabajadores SNP con ingresos hasta 1,600 nuevos soles.

La población beneficiaria del SIS proviene en su mayoría de zonas rurales y urbano-marginales, donde el nivel de pobreza es mayor y por ende sus necesidades en salud. Esta población beneficiaria reside en los lugares de mayor pobreza según la distribución por quintiles, pudiéndose observar que el perfil de los beneficiarios del SIS corresponde a una población con marcadas características de pobreza y vulnerabilidad, tanto por el ámbito geográfico en el que se desarrollan como por la zona donde viven.

El SIS cuenta con planes de beneficios definidos y requiere además de la configuración de un fondo sostenible, realizar la transición de una institución pagadora al de una institución compradora, lo que implica anunciar anticipadamente a los establecimientos de salud donde se requiere incrementos de producción, lo que permitirá elevar la productividad de los establecimientos públicos. La continuidad y expansión de las transferencias del Ministerio de Economía y Finanzas, que deberían cubrir las cuotas de los pobres, son requisitos básicos para su sostenibilidad, los mismos que pueden estar acompañados de diversos mecanismos de pago adecuados a las condiciones y circunstancias.

Los principales beneficios del aseguramiento en los más pobres se ve reflejado en el incremento del uso de servicios de salud en los pobres y del parto institucional que ha ascendido del 57.9% en el año 2000 al 70.4% en el 2004 (ENDES 2004).

La seguridad social en salud sufre un estancamiento relativo en su afiliación, el envejecimiento de su población adscrita y es objeto de selección adversa y evasión. ESSALUD soporta la mayor proporción de la carga de enfermedades crónicas de alto costo, produciéndose un fenómeno denominado *selección adversa*; por el cual las personas con mayores problemas de salud se afilian a un seguro lo que influye en su desequilibrio. Se estima que del 100% de pacientes en diálisis, el 95% se atiende en sus servicios, lo mismo ocurre con el 65% de pacientes en tratamiento de SIDA y con el casi 100% de trasplantados de corazón, hígado y médula ósea (Memoria Institucional 2004).

Composición del financiamiento de la atención de salud en el Perú

La composición del financiamiento de la atención de salud en Perú, de acuerdo al Estudio de Cuentas Nacionales en Salud publicado por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud para el año 2008, presenta dos particularidades a ser destacadas:

El Perú gasta en la atención de salud el 4,46% de su PBI, lo que resulta por debajo del promedio latinoamericano, alrededor del 8%, y con un nivel similar a los países del medio oriente y norte de África.

Este porcentaje de gasto es insuficiente tanto para el tamaño de su economía, como para las necesidades sanitarias que enfrenta el país.

Los hogares aportan el 34.2% de dicho gasto, convirtiéndose en la primera fuente de financiamiento en una sociedad donde el 50% de la población se encuentra en situación de pobreza. La experiencia internacional demuestra que cuando el financiamiento de los servicios de salud descansa fundamentalmente en el gasto de bolsillo, se compromete gravemente la equidad, la eficacia y la eficiencia global del sistema sanitario.



No obstante, a lo largo del período 1995 - 2005 se observa un importante efecto de incremento del financiamiento de parte del agente “gobierno” con recursos del tesoro público, de 25,2% a 30,7%, acompañado de una disminución del agente “hogares” de 45,8% a 34,2%. En los últimos años este efecto está asociado a la presencia del SIS.

Los hogares gastan en la atención de su salud de acuerdo a la disponibilidad de ingreso y a la presencia de problemas percibidos, antes que en esquemas previsionales de aseguramiento en salud, corriendo el riesgo de presentar efectos catastróficos en sus economías familiares ante una emergencia sanitaria. Alrededor de 97% del gasto de los hogares en servicios de salud se efectúa con gasto de bolsillo. El gasto en mecanismos de aseguramiento es bajo.

Durante el período 1995 - 2005 se aprecia el cambio dentro del gasto de los hogares entre el primer y el segundo lugar: la compra directa en farmacia pasa al segundo lugar, de 49,1% a 40,1%, y se eleva el gasto en prestadores privados al primer lugar, de 34,0% a 43,3%, lo cual es compatible con la mayor presencia de las cadenas de farmacias dentro de las instalaciones de los prestadores privados lucrativos.

El gasto efectuado dentro de los prestadores públicos se eleva hasta duplicarse de 5,6% a 11,6%.

g) Sobre los planes de beneficios de los sistemas de aseguramiento en el país

Los trabajadores dependientes (asalariados) del sector formal de la economía y sus familias, están afiliados a **ESSALUD** y tienen un plan de beneficios de atención de salud con cobertura total de las necesidades de salud, sin embargo por oferta insuficiente, calidad deficiente y listas de espera estos trabajadores realizan gastos de bolsillo para cubrir sus necesidades o tienen que cotizar seguros privados.

Con la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud los trabajadores formales pueden recibir servicios de la capa simple de atención en **Entidades Prestadoras de Salud**. La legislación vigente ha hecho una división de carácter epidemiológico sobre los posibles daños o enfermedades que pueden tener los asegurados, formando dos grupos: Enfermedades de Capa Simple, que son sencillas y frecuentes, y que pueden ser atendidas mediante consulta ambulatoria o cirugía de día; y Enfermedades de Capa Compleja, que son complicadas e infrecuentes, y que requieren de mayor medicación, equipos, hospitalización o largo tiempo de tratamiento para su curación.

En consecuencia existe un grupo de prestaciones que por Ley están obligados a brindar las EPS “cobertura obligatoria” y que está referido a la denominada “capa simple” establecido en el Anexo 1 del D.S. 009-97/SA. En la práctica, sin embargo, las EPS brindan siempre una cobertura adicional para dar una mejor atención integral. En conjunto la cobertura obligatoria más la cobertura adicional conforman lo que la SEPS ha denominado “Plan Base” y que la EPS deberá ofertar a todos los trabajadores y sus derecho habientes legales (cónyuge, hijos menores de edad e hijos discapacitados hasta los 25 años edad) por igual. Sin embargo, algunos trabajadores podrán, si lo desean, contratar también algunos “Beneficios adicionales” conforme lo establecido en la Resolución N°071-2003-SEPS/CD

Así el Plan de Salud detalla las coberturas obligatorias que debe otorgar la EPS y, en caso de contratarse, las coberturas de Capa Compleja u otras adicionales o beneficios complementarios que otorgarán la EPS, así como la forma en tales prestaciones se otorgarán. Incluye las coberturas, las exclusiones, los copagos y los establecimientos vinculados al Plan. Asimismo, dicho documento considera los plazos de vigencia de los copagos y de los aportes del trabajador, sus condiciones y causales para proceder a su reajuste. Como parte de la cobertura obligatoria, se otorgan prestaciones de recuperación de la salud que comprenden atención médica y quirúrgica, tanto ambulatoria como hospitalaria y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en la Capa



Simple. En la capa simple, por ejemplo no se encuentra el manejo de las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades neuro-psiquiátricas. Las prestaciones de recuperación de la salud incluyen la prestación de maternidad y el cuidado de la salud del recién nacido. Como parte de la cobertura obligatoria, también se otorgan prestaciones preventivas y promocionales siguientes: educación para la Salud; evaluación y Control de Riesgos; programas de medicina preventiva; e inmunizaciones. Las prestaciones están sujetas a copagos a cargo de los asegurados los cuales se indican en el Plan de Salud. El copago es el importe que debe pagar el asegurado por las prestaciones recibidas.

La población carente de recursos o indigente recibe bienes y servicios de salud en los establecimientos del sector público, con financiamiento del **Seguro Integral de Salud (SIS)** que es parte de una estrategia del Ministerio de Salud, con el fin de reducir las altas tasas de mortalidad a través de la eliminación de las barreras económicas, culturales y de información que impiden a los hogares más pobres acceder a servicios de salud. El SIS fue creado el año 2001 en la Ley N° 27657 como un organismo público descentralizado adscrito al Sector Salud, con la misión administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud. El SIS fue el resultado de la integración de dos iniciativas anteriores: el Seguro Materno- Infantil (SMI) y el Seguro Escolar Gratuito (SEG). El SEG había sido creado en 1997 para beneficiar a niños escolares entre 3 y 17 años de edad. Cubría cuidados de salud relacionados con accidentes y enfermedad y los servicios eran provistos en establecimientos públicos.

El SMI cubría a las mujeres durante el embarazo y el post parto y a todos los niños desde el nacimiento hasta los 4 años de edad cuando no estaban afiliados a otros seguros de salud, públicos o privados. El SMI aseguraba contra las principales enfermedades y riesgos de salud asociados al embarazo, e incluía controles periódicos de embarazo, partos naturales y cesáreas, controles de post parto, deficiencias nutricionales y salud dental. En el caso de los niños, el seguro cubría controles de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, diarrea y enfermedades respiratorias.

El SIS amplió la cobertura del SMI en términos geográficos y de población. Para lograr mejores resultados y marcar la diferencia entre el SIS y sus predecesores. En la Ley N° 28588, incorporó con carácter prioritario, en forma sucesiva y de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria, la atención de salud por medio del SIS, a: a) Mujeres mayores de 17 años, no gestantes, en situación de extrema pobreza y pobreza, de las provincias rurales y urbanas, y b) Varones mayores de 17 años, en situación de extrema pobreza y pobreza, de las provincias rurales y urbanas, excluyó en los referidos grupos a quienes tengan cobertura a cargo de EsSalud u otros regímenes de seguridad social y asimismo, declaró prioritaria la implementación del componente de salud mental en el SIS. En el Decreto Supremo N° 003-2002-SA y en su modificación en el Decreto Supremo N° 002-2004-SA, se establecieron disposiciones referidas a las prestaciones ofrecidas por el SIS, incorporando como prioridad las prestaciones agrupadas en los Planes de Beneficios : Plan A: de niño de 0 a 4 años, Plan B: de niño y adolescente de 5 a 17 años y Plan C: de las Gestantes, regulando las condiciones para el reconocimiento de las prestaciones y los reembolsos, exclusiones, financiamiento, entre otros.

Los Planes A, B y C tienen la misma cobertura de los anteriores SMI y SEG. Posteriormente se agregaron dos planes de salud con el objetivo de expandir la cobertura a otros grupos altamente vulnerables de la población. Mediante Resolución Ministerial N° 1090-2002-SA/DM se incorporó prestaciones de salud para los adultos en estado de pobreza sin seguro de salud en situación de emergencia y para los adultos focalizados por ley, que fueron agrupados en el Plan D y Plan E respectivamente;

Se incorporaron cuatro grupos de población más como beneficiarios del SIS, sin tener definido los criterios de afiliación en los que se basan⁶:

⁶ PAHO (2008). Social protection in health schemes for mother, newborn and child populations. Lessons Learned from the Latin American Region. Washington: Panamerican Health Organization



Pre dictamen recaído sobre los Proyectos de Ley No 786/2006-CR, 789/2006-CR, 855/2006-CR, 869/2006-CR, 915/2006-CR, 967/2006-CR, 1221/2006-CR y 2150/2007-CR, que propone la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

- Líderes de los comedores populares
- Madres de menores beneficiarios del Programa de Alimentación Suplementaria “El vaso de leche”
- Madres que trabajan en guarderías infantiles públicas (Wawa wasi)
- Mujeres miembros de los Comités Locales de Administración de Salud (Comités de gestión)
- Limpiabotas

Mediante Decreto Supremo N° 006-2006- SA, modificado mediante los Decretos Supremos N°s. 015-2006-SA y 018-2006-SA, se establecieron disposiciones para regular las prestaciones del SIS, estableciendo como prioridad las prestaciones de los Planes A y C y considera como otros componentes a: los Planes B, D, E y G e incorpora los Planes de Beneficios E2.

En este sentido, las acotadas normas legales establecieron diversos planes y prestaciones cubiertas por el SIS dirigidos a las personas que carecen de un seguro de salud y que se encuentran en estado de pobreza y extrema pobreza con la finalidad de que tengan acceso a las prestaciones de salud en los establecimientos de salud, priorizándose a la población materno infantil y a los adolescentes; asimismo, incorporaron un componente de Aseguramiento Semi-Contributivo (SiSalud) denominado Plan G, dirigido a grupos poblacionales con limitada capacidad adquisitiva y ampliaron la cobertura para la población de moto taxistas que se encuentran en capacidad de efectuar un aporte económico mínimo por concepto del seguro de salud a través del Plan de Beneficios Tipo Individual GI-1;

En el año 2007 el SIS inició un proceso de reorganización de su estructura y funciones para adaptarse a la extensión del aseguramiento establecida en el Decreto Supremo 004 2007, que modifica los planes existentes (gestantes, niños, adolescentes y atención de emergencias) ampliando la cobertura del SIS al conjunto de la población no asegurada, mediante dos componentes: el Subsidiado, para la población pobre (quintiles 1 y 2), y el Semi Subsidiado para la población con limitada capacidad de pago (quintil 3). El SIS oficializó además el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) el 17 de marzo de 2007 (Decreto Supremo N° 004-2007-SA), que incluyen un conjunto integral de atenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación, estructurado con base a la información existente acerca de las principales intervenciones de salud disponibles a nivel nacional.

Cambios recientes en la definición de los planes de beneficio en el SIS⁷

El año 2007 se introduce el concepto de intervenciones priorizadas para los planes de beneficio del SIS (DS 004-2007-SA) y se establecen 23 intervenciones priorizadas, cuyo financiamiento es garantizado por el SIS. Las 23 intervenciones priorizadas abarcan el campo preventivo-promocional, el recuperativo y el de rehabilitación de la salud.

El SIS ha contemplado en años anteriores una serie de inclusiones y exclusiones, para definir su plan de beneficios. Esta última lista priorizada se parece a la lista de exclusiones el SIS con excepción del retiro de la lista de exclusiones al tratamiento de la infección por VIH y sus manifestaciones graves. Se superan las menciones a intervenciones cuya realización no se encuentra anclada a una condición o daño sino más bien a un contexto general de atención (atención ambulatoria, de hospitalización, de emergencia o de cuidados intensivos). La definición anterior conllevaba a financiar –en la práctica- una cobertura de prestaciones no muy bien definida para el usuario, ofrecida en todos los contextos de atención, con la posibilidad de que acciones de auditoría ayuden a verificar la calidad de atención ofrecida. La modificación introducida permite que tanto el proveedor como el usuario tengan mayor certeza sobre la posibilidad real de que una condición va a ser efectivamente financiada por el SIS. Así por

⁷ Esta parte del documento ha sido preparada tomando extractos de: “El Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias y la Universalización del Aseguramiento en Salud”. Publicado en el Boletín PRAES, Mayo 2007.



ejemplo, se sabe con certeza que las personas afectadas por caries dental, infecciones respiratorias agudas, condiciones médicas agudas del aparato digestivo, entre otras afecciones, van a recibir el financiamiento del SIS, sea mediante el componente subsidiado o semisub subsidiado. Esta definición permite que el SIS y los proveedores de servicios puedan concentrarse más efectivamente en la mejora de la eficiencia y la calidad de atención.

Un segundo aspecto, no menos importante que el anterior, corresponde al abordaje más exhaustivo de las condiciones asegurables. Esto se hace evidente cuando se verifica la inclusión de intervenciones preventivo-promocionales, algo que no había sido considerado en la normatividad anterior. Este giro es de suma importancia, ya que además de concretizar el financiamiento hacia el modelo de atención integral del MINSA, introduce un incentivo directo a los prestadores para que ofrezcan una mayor cantidad de servicios preventivo-promocionales, en comparación a lo históricamente observado. Ya que el mecanismo de pago preponderante en el SIS es el reembolso retrospectivo de casos, esta opción de relacionamiento financiador-prestador implica que los establecimientos de salud –fundamentalmente en el primer nivel de atención- vean incrementados sus ingresos en forma directamente proporcional al incremento de la producción de servicios. Por ello, no es de extrañar que se incremente el volumen de actividades preventivo-promocionales. Aunque ello podría significar en un corto plazo una exigencia mayor de recursos para el financiamiento del primer nivel de atención, en el mediano y largo plazo va a conllevar una menor utilización de recursos a partir de la atención hospitalaria más compleja. Por ejemplo, ello se verá reflejado en menores tasas de caries dental, infecciones transmitidas sexualmente, neoplasias avanzadas de cuello uterino, de mama, entre otros. Es decir, se inicia (si bien en forma incipiente) el manejo de determinantes del proceso salud-enfermedad (en este caso, el acceso y uso de servicios de salud), lo que en términos financieros establece un paralelo con el manejo de riesgos (entendido como prevención de incursión en mayores costos).

Un tercer aspecto está vinculado a la cobertura poblacional del SIS. Las modificaciones introducidas en la normatividad ya no hacen mención a poblaciones específicas como sujetas a la protección financiera proporcionada por el SIS. Por ello, la incorporación de la población adulta, así como la población adulta mayor refleja una clara orientación del SIS hacia la universalización en el acceso a la salud. Este cambio es importante, ya que pone de relieve dos características importantes en la definición de cualquier política de salud: a) el componente político de la decisión, b) el componente financiero. En lo primero, se deja de lado la exclusión a la población adulta y adulta mayor a los beneficios del aseguramiento en salud. Considerando que la población geriátrica es la que va acumulando una carga individual de morbilidad-discapacidad como producto de la agregación de afecciones crónicas, la normatividad anterior del SIS tendía a excluir a la población más afectada por las consecuencias de una mala salud. En tal sentido, el movimiento realizado está dentro de lo político y socialmente deseable. En el segundo aspecto, la ampliación de la cobertura poblacional del SIS hace entrever que se van a canalizar recursos adicionales para la atención de este importante segmento poblacional. Ello se hace prácticamente indispensable en función a dos razones ya mencionadas, la primera, la expansión del alcance poblacional del SIS, y la segunda la expansión de la cobertura del SIS para incorporar ahora intervenciones de carácter preventivo-promocional.

h) El Sistema Nacional de Salud y la articulación de servicios de salud

En el Perú se establecieron servicios de salud fragmentados, relacionados con la capacidad de pago y la inserción laboral “servicios para ricos, para asalariados o sectores medios, y para pobres”. El Sistema de Salud peruano se caracteriza por ser un modelo segmentado ineficiente y sin equidad, con diversos fondos y prestadores autónomos y desarticulados (MINSA, Essalud, Direcciones Regionales de Salud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional y sector privado).

Con el fin de hacer más equitativo y eficiente el sistema de salud el MINSA ha propuesto en 2008 pasar al Sistema Nacional de Salud que consiste en un modelo intensivo en contratos con



fondos autónomos y un fondo solidario y mezcla de prestadores público y privado. Este modelo se caracteriza por tener diversas formas de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, pero con importantes grados de regulación pública. Para esto es necesario fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud y adscribir ESSALUD al MINSA.

9. Objetivos a alcanzar

Los objetivos a alcanzar son:

- Establecer el marco normativo que garantice el derecho de la población al aseguramiento universal y progresivo en salud, que ordene los actuales esfuerzos estatales en esta materia y defina instrumentos para la participación de todos los sectores en esta tarea indispensable para el bienestar de la población en general con el fin de proteger cada vez a más personas.
- Contar con un sistema de seguridad social en salud que cubra las necesidades básicas de la población excluida, superando las barreras de acceso, seguridad financiera y falta de calidad en la atención de salud, teniendo como objetivo el aseguramiento universal que, en términos generales establezca los lineamientos a los cuales deben atenerse las instituciones que brindan prestaciones de salud dentro de los principios constitucionales y leyes vigentes, a fin de fortalecer el sistema en su conjunto, orientado hacia una integración funcional progresiva de su dirección, administración, financiamiento de las prestaciones de sus servicios a través de un intercambio prestacional adecuado y coordinado que permita optimizar los recursos de las instituciones y evitar duplicidades de oferta.

Por todo lo anterior, se hace necesaria una propuesta que plantee una verdadera reforma del sistema de salud en el Perú, y teniendo en cuenta los aportes y consensos trabajados por los diversos grupos sociales y representativos de nuestro país, en materia de salud, en el que se incorporan principios de equidad, acceso, calidad, eficacia, eficiencia, universalidad y solidaridad.

VII. CONCLUSIÓN:

Por las consideraciones expuestas la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad recomienda, la **APROBACIÓN** de los Proyectos de Ley N° 786/2006-CR, 789/2006-CR, 855/2006-CR, 869/2006-CR, 915/2006-CR, 967/2006-CR, 1221/2006-CR y 2150/2007-CR que proponen la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud; de conformidad con lo establecido en el artículo N° 70, literal b) del Reglamento del Congreso de la República, con el siguiente **TEXTO SUSTITUTORIO**:

LEY MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1 °.- Objeto de la Ley.-

La presente Ley tiene por objeto definir el marco normativo que asegure a toda la población residente en el país, gozar de un sistema de aseguramiento en salud y **norma las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la salud.**



Artículo 2°.- Ámbito de aplicación

La presente Ley es aplicable a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al proceso de aseguramiento universal en salud y comprendidas en el capítulo II.

Artículo 3°.- Del aseguramiento universal en salud

El aseguramiento universal en salud es 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 equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS

Artículo 4°.- Principios.

Son principios del aseguramiento universal en salud:

1. Universalidad.- La salud es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política del Estado y demás documentos y convenios suscritos por el Estado Peruano y otras leyes de menor jerarquía. Por ello, el aseguramiento universal en salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
2. Solidaridad.- Conjunto de actos y normas orientadas a compensar el costo de la atención a quien la necesite con el aporte de los contribuyentes y del Estado. Se refiere al mecanismo de financiamiento mediante la compensación de los aportes entre grupos de diferentes edades, riesgos de enfermedad o segmentos económicos, entre otros.
3. Unidad.- Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones para alcanzar los objetivos contemplados en la presente Ley.
4. Integralidad.- Otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud
5. Equidad.- El Sistema de Salud proveerá servicios de salud de calidad, a toda la población peruana, priorizando a la población más vulnerable y de menos recursos. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento subsidiado para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.
6. Irreversibilidad.- Los derechos adquiridos previamente al proceso del aseguramiento universal y durante el mismo no deben sufrir ningún menoscabo como consecuencia de algún proceso posterior.

Artículo 5°.- Características.

El Aseguramiento Universal en Salud tiene las siguientes características:

1. Obligatorio.- La afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud es obligatoria para toda la población residente.
2. Progresivo.- El proceso de aseguramiento universal en salud es gradual y continuo, busca la inclusión de todas las personas residentes en el Perú al sistema y la ampliación de la cobertura de los planes de aseguramiento.
3. Garantizado.- El Estado asegura a toda la población cubierta bajo el esquema de aseguramiento universal un sistema de protección social en salud que incluye garantías



explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, con las que deben ser otorgadas las prestaciones.

4. **Eficiente.**- Los beneficios ofrecidos son prestados en forma óptima asegurando la mejor utilización social y económica de los recursos disponibles, para el mejor cumplimiento de los objetivos del proceso de aseguramiento universal en salud.
5. **Eficaz.** Los resultados del aseguramiento se ajustan a las prioridades sanitarias del país y elevan la calidad de vida y el bienestar de los peruanos, al mejorar el nivel de salud de toda la población.
6. **Regulado.**- Las reglas que regirán a los diversos actores involucrados en el proceso de financiamiento y prestación de servicios de salud para alcanzar el Aseguramiento Universal en Salud serán definidas por las instancias competentes, según lo establecido en la presente Ley.
7. **Descentralizado.**- El proceso se organiza de manera progresiva y descentralizada en los niveles nacional, regional y local y busca transferir las funciones de financiamiento y prestación de servicios de salud a los gobiernos locales y regionales en concordancia con las políticas del Gobierno Nacional.
8. **Sostenible.**- El aseguramiento universal en salud es política de estado financiado con garantía de su permanencia en el tiempo.
9. **Portable.**- La condición de asegurado, una vez incluido en el sistema lo acompaña en todo el territorio nacional.
10. **Transparente.**- El proceso de aseguramiento universal en salud contará con mecanismos de gestión que aseguren la rendición de cuentas a la ciudadanía.

CAPITULO II

DE LOS AGENTES VINCULADOS AL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 6.- Del Órgano Rector

El Ministerio de Salud, como órgano rector del Sistema Nacional de Salud en el Perú, tiene la responsabilidad de establecer de manera descentralizada y participativa las políticas, normas, subprocesos y procedimientos relacionados con el proceso del Aseguramiento Universal en Salud; asimismo, orienta la definición de los planes de aseguramiento, el planeamiento financiero, la promoción del aseguramiento, la afiliación, la administración y control de los recursos financieros públicos y contributivos, la auditoría de las condiciones y resultados de la prestación, y el seguimiento y evaluación del proceso de aseguramiento universal en salud, garantizando la transparencia y acceso a la información relacionada con dicho proceso.

Artículo 7.- De las instituciones administradoras de los fondos del aseguramiento universal en salud

Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud sujetas a la presente Ley son aquellas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados:



1. Seguro Integral de Salud.
2. Seguro Social de Salud (EsSalud).
3. Sanidades de las Fuerzas Armadas.
4. Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
5. Entidades Prestadoras de Salud (EPS).
6. Compañías de Seguros Privados.
7. Entidades de Salud que ofrecen servicios de salud prepagadas.
8. Autoseguros y fondos de salud públicos, privados o mixtos distintas a las señaladas anteriormente.

Artículo 8.- De las instituciones prestadoras de servicios de salud

Son los establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por el MINSA y registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizados a brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención.

Artículo 9.- De la instancia Supervisora.

Créase la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud como Organismo Público Técnico Especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera.

Es la institución encargada de supervisar a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud y las prestadoras de servicios de salud en al ámbito de su competencia, a fin de velar por:

1. La promoción del aseguramiento universal en salud.
2. El uso eficiente de los fondos destinados a dicho proceso,.
3. La provisión de las prestaciones.
4. La reglamentación de la recolección, transferencia y difusión de la información por parte de los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal.
5. La eficiencia, eficacia y calidad de los servicios.
6. Establecer mecanismos de conciliación y arbitraje entre los usuarios y las instituciones prestadoras y financiadoras vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud.
7. La transparencia y accesibilidad de la información en resguardo de los derechos de los asegurados.
8. Otras que el Ministerio de Salud le asigne para el mejor cumplimiento de la supervisión del proceso de aseguramiento universal de salud

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, además registra, autoriza, regula y supervisa el funcionamiento de las entidades prepagadas de salud, y a todas aquellas entidades



públicas, privadas o mixtas, que ofrecen un servicio de salud en la modalidad de pago regular y anticipado, y que no se encuentran supervisados por otra entidad supervisora.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud supervisa que el valor de las contraprestaciones interinstitucionales por intercambio de servicios proteja los intereses de los asegurados..

La presente disposición no afecta la competencia de supervisión de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP sobre las empresas de seguros reguladas por la Ley 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros.

CAPITULO III

PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 10.- Definición.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo serán financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento sean éstas públicas, privadas o mixtas.

Artículo 11°.- De las condiciones asegurables

Para efecto de la presente Ley se entiende por condiciones asegurables a los estados de salud que se buscan mantener, en caso de la población sana, o recuperar, en caso de la población enferma, que son susceptibles de ser financiados mediante esquemas de aseguramiento.

Artículo 12°.- De las intervenciones y prestaciones de salud

Se entiende por intervenciones a las prestaciones y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de Aseguramiento en Salud. Asimismo, se entiende como prestación a la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los usuarios.

Artículo 13°.- Contenido del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) incluye:

1. Condiciones asegurables priorizadas.
2. Población objetivo para cada tipo de condición asegurable.
3. Intervenciones y prestaciones sanitarias con efectividad comprobada.

Artículo 14°.- Del proceso de elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

El Ministerio de Salud es el ente encargado de elaborar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) el mismo que se aprueba por decreto supremo

La lista de condiciones asegurables e intervenciones se elaborará sobre la base de:



Pre dictamen recaído sobre los Proyectos de Ley No 786/2006-CR, 789/2006-CR, 855/2006-CR, 869/2006-CR, 915/2006-CR, 967/2006-CR, 1221/2006-CR y 2150/2007-CR, que propone la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

1. Estudios epidemiológicos que reflejen la situación de salud de la población, tales como estudios de carga de enfermedad con datos de morbilidad nacionales, entre otros.
2. Planes de beneficios, compatibles con las prioridades sanitarias del sector salud y con las causas de mayor carga de enfermedad y lesiones.
3. Manejo integral de la persona, es decir se deberán incluir intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de salud.
4. Prestaciones que atiendan condiciones poco frecuentes en la población general y que afecten a grupos vulnerables, y que por su elevado potencial de beneficio a esa población, pueda ser eficientemente solucionada.
5. Prestaciones de atención a la población sana en sus diferentes ciclos de vida como parte de sus actividades de promoción y prevención.
6. Diagnósticos y procedimientos médicos contenidos en los planes de aseguramiento existentes públicos, privados y mixtos.
7. Procedimientos efectivos basados en evidencias y costo-efectivos, siempre y cuando esta información esté disponible.
8. La capacidad de oferta del sistema de salud peruano.
9. Análisis actuariales y estimaciones financieras.

Artículo 15º.- De la Obligatoriedad

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es ofertado de manera obligatoria por todas las instituciones aseguradoras. Cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión respectivas sin perjuicio de las acciones legales que pudieran instaurarse ante la autoridad correspondiente por su inobservancia o cumplimiento tardío o deficiente.

Artículo 16º.- De la Reformulación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

La composición del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) se evalúa y reformula cada dos años en base a la disponibilidad presupuestal existente y a las necesidades de salud de la población.

Artículo 17º.- De la revisión del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud tendrá una vigencia de tres años, vencido el plazo se someterá a modificación o ratificación por parte del Ministerio de Salud, previa revisión en el marco de lo señalado en el artículo 13º de la presente Ley.

Artículo 18º.- De los Planes Complementarios

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud, públicos, privado o mixto, podrán ofrecer planes complementarios conteniendo prestaciones diferentes a las ofrecidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. La regulación y contenido de estos planes así como la fiscalización del cumplimiento estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.



Artículo 19°.- Del Fondo de Enfermedades de Alto Costo de Atención.

Corresponde al Fondo Intangible Solidario de Salud- FISSAL administrar los fondos de la atención de enfermedades de alto costo de atención y baja ocurrencia definida previamente.

CAPITULO IV

FINANCIAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 20°.- Financiamiento de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento de Salud.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud se financia con:

1. Los recursos del tesoro público incluidos los asignados a la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud por el tesoro público.
2. Los aportes de las entidades sujetas a su control según lo determinado en el Reglamento de la presente Ley, los importes correspondientes a las multas que imponga en el ejercicio de sus funciones, y los conceptos de conciliaciones y arbitrajes todos los cuales son considerados como ingresos propios.
3. Las donaciones, créditos, legados, transferencias y demás recursos provenientes de la cooperación nacional e internacional.
4. Otras fuentes de financiamiento que le asigne la Ley

Artículo 21°.- De los Beneficiarios del Plan y los regímenes de aseguramiento

A partir de la vigencia de la presente Ley, todos los peruanos serán beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en su condición de afiliados a los siguientes regímenes:

1. El régimen contributivo: Comprende a las personas que se vinculan a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento Universal en Salud a través de un pago o cotización, sea por cuenta propia o de su empleador.
2. El régimen subsidiado: Comprende a las personas que están afiliadas a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento Universal en Salud, por medio de un financiamiento público parcial o total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud.

El Poder Ejecutivo establecerá los mecanismos de control que estime necesarios para evitar que los afiliados obligatorios al régimen contributivo y las personas de altos ingresos se beneficien de los subsidios previstos en la presente Ley.

Artículo 22°.- De las fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado

Los fondos intangibles destinados exclusivamente a cubrir las prestaciones contenidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud para los afiliados al régimen subsidiado son los siguientes:

1. Los recursos asignados al Seguro Integral de Salud a la vigencia de la presente Ley y los demás que se asignen posteriormente.



Pre dictamen recaído sobre los Proyectos de Ley No 786/2006-CR, 789/2006-CR, 855/2006-CR, 869/2006-CR, 915/2006-CR, 967/2006-CR, 1221/2006-CR y 2150/2007-CR, que propone la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

2. Los aportes y contribuciones que realicen los afiliados al Seguro Integral de Salud.
3. Los fondos que los gobiernos regionales y locales les asignen en base a la adecuación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
4. Otros que la Ley les asigne.

El Estado debe incrementar progresivamente de manera obligatoria los fondos destinados al financiamiento del Seguro Integral de Salud.

Artículo 23°.- De los derechos adquiridos.

Ninguna entidad pública privada o mixta que brinde servicios de aseguramiento en salud, puede reducir los planes contratados invocando la presente Ley, su reglamento o las normas complementarias que puedan darse para la implementación del proceso de aseguramiento universal en salud.

Los planes de aseguramiento en salud, según corresponda, vigentes para los asegurados en el Seguro Social de Salud - EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú se mantendrán vigentes para los nuevos afiliados a dichas instituciones de acuerdo a la normatividad aplicable a cada caso.

CAPITULO V

DE LA ARTICULACION DE SERVICIOS PARA EL ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 24°.- Condiciones para la articulación de servicios

El Ministerio de Salud orientará la articulación de servicios de salud basado en el cumplimiento de las siguientes condiciones:

- a) Estandarización de las intervenciones y manuales de procesos y procedimientos brindadas por los prestadores
- b) Desarrollo y aplicación de Guías de Práctica Clínica estandarizadas
- c) Desarrollo de un sistema de identificación de asegurados
- d) Establecimiento de los criterios de intercambio de servicios basados en el cumplimiento de los principios de complementariedad y subsidiaridad
- e) Establecimiento de los mecanismos de pago e intercambio de servicios que regirá las transacciones de compra-venta de servicios entre las instituciones prestadoras y administradoras de fondos de aseguramiento para la provisión de las prestaciones contempladas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, en la que intervenga, al menos una institución pública.

Artículo 25°.- Rectoría del proceso de articulación

La rectoría de la articulación de servicios de salud durante el proceso de aseguramiento universal está a cargo del Ministerio de Salud

CAPITULO VI

DE LA UNIFICACION DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO



Artículo 26°.- Del proceso de unificación de fondos de aseguramiento

Los fondos del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y del Seguro Integral de Salud (SIS) se integrarán en un fondo único, cuando estén dadas las condiciones económicas adecuadas para tal proceso pudiendo incorporarse las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional y otras que así lo consideren.

Disposiciones Transitorias, Complementarias y Finales.

Primera.- Plazo de elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

El Ministerio de Salud elaborará el **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud** en el plazo de 60 días posterior a la vigencia de la presente Ley.

Segunda.- Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

Toda mención a la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud en los dispositivos legales, normas administrativas, registros administrativos, así como en los actos y contratos en general, se entenderá referida a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Tercera.- Elaboración del Estatuto de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

El Ministerio de Salud en el plazo de 90 días contados a partir de la vigencia de la presente deberá elaborar el Estatuto de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Cuarta.- Adscripción del Seguro Social de Salud al Ministerio de Salud

Modifícase los artículos 1º, 2º inciso I), 5º, 6º y 7º de la Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud Essalud, los cuales quedarán redactados de la siguiente manera:

Artículo 1º.- Creación, Definición y fines

1.1 Créase sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) como organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al **Sector Salud**, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable.

(...)

Artículo 2º.- Funciones

Para el cumplimiento de su finalidad y objetivos, el ESSALUD:

....

I) Propone al **Ministerio de Salud y/o al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo** según corresponda, la expedición de normas que contribuyan al mejor cumplimiento de su misión y opina sobre los proyectos de dispositivos legales relacionados con su rol.

....

Artículo 5º.- Consejo Directivo

(...)

5.2 Está integrado por tres representantes del Estado, **dos de los cuales son propuestos por el Ministro de Salud debiendo ser uno de ellos necesariamente profesional de la**



salud y el tercero por el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo; tres representantes de los empleadores elegidos por cada uno de los grupos empresariales clasificados como grandes, medianos pequeños y microempresarios y tres representantes de los asegurados, uno de los cuales representa a los trabajadores del régimen laboral público, uno del régimen laboral privado y otro de los pensionistas. Un representante del Estado preside en calidad de Presidente Ejecutivo.

(...)

Artículo 6º Designación y Reconocimiento del Directivo

6.1 Los representantes del Estado ante el Consejo Directivo del ESSALUD son designados por Resolución Suprema refrendada por el **Ministerio de Salud**.

6.2 El **Ministerio de Salud**, mediante Resolución Ministerial, reconoce a los representantes de los empleadores y asegurados, elegidos conforme al reglamento de la presente Ley.

(...)

Artículo 7º.- Competencias del Consejo Directivo

Compete al Consejo Directivo:

...

c) Proponer a través del **Ministerio de Salud**, la modificación de la tasa de aportación y del porcentaje de crédito del régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, de acuerdo al estudio financiero actual y emitir opinión técnica sobre dichas modificaciones.

d) Proponer **al Ministerio de Salud y/o al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, según corresponda en razón a la materia**, los proyectos de normas legales relacionadas con el ámbito de competencia del ESSALUD.

....

Quinta.- Derogación

Deróguese o modifíquese las normas que se opongan a la presente Ley.

Lima, Setiembre de 2008