

Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal Solidario en Salud (AUSS)

CAPÍTULO I.- GENERALIDADES

Artículo 1º.- Finalidad de la Ley

La finalidad de la presente Ley es el Aseguramiento Universal Solidario en Salud (AUSS) con el objetivo a largo plazo de alcanzar la Seguridad Social Universal y como medio para lograr el cuidado integral de la salud de toda la población, contribuyendo a proteger y mejorar su estado de salud y calidad de vida.

Artículo 2º.- Marco normativo

El AUSS tiene como marco normativo la Constitución Política del Estado, el Acuerdo Nacional, la Ley N° 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, y lo establecido en la presente Ley y la legislación aplicable.

Artículo 3º.- Alcance de la Ley

Se encuentran dentro del ámbito de aplicación de la presente Ley las personas, organizaciones, instituciones, dependencias y componentes del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Artículo 4º.- Definiciones

Para efectos de la presente Ley se tienen en cuenta las definiciones siguientes:

a) Seguridad Social.- Forma superior de protección humana pública que con sustento en los principios de solidaridad, equidad, universalidad, integralidad y unidad, y mediante aportes y subsidios, otorga a los asegurados y sus derechohabientes prestaciones de salud, prestaciones sociales, pensiones y otras prestaciones económicas.

b) Seguridad Social en Salud.- Parte de la Seguridad Social que se refiere a las prestaciones de salud y prestaciones sociales.

c) Aseguramiento Universal Solidario en Salud (AUSS).- Etapa de construcción progresiva de la aplicación de los principios de la seguridad social en salud de acuerdo a Ley, y previa a la universalización de la Seguridad Social en Salud.

d) Seguro Social de Salud.- Régimen contributivo solidario de seguridad social en salud, a cargo de ESSALUD.

e) Seguro Público de Salud.- Régimen subsidiado y contributivo solidario de protección social, a cargo del Seguro Integral de Salud (SIS).

CAPÍTULO II.- DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL SOLIDARIO EN SALUD

Artículo 5º.- Principios

El Aseguramiento Universal Solidario en Salud se sustenta en los principios de solidaridad, equidad, universalidad, integralidad, eficiencia, participación social y unidad.

Artículo 6º.- Derecho al aseguramiento solidario en salud

Toda persona tiene el derecho humano fundamental al cuidado integral de la salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, sin discriminación alguna, mediante el aseguramiento solidario en salud. Este derecho garantiza el acceso progresivo y obligatorio a un conjunto definido y gradualmente creciente de prestaciones de salud a toda la población, de acuerdo a criterios de solidaridad, equidad, perfil epidemiológico y sostenibilidad financiera.

Artículo 7º.- Cultura de aseguramiento solidario en salud

El Ministerio de Salud a través del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud promueve en la población la cultura de aseguramiento solidario en salud.

Artículo 8°.- Instituciones del Aseguramiento Universal Solidario en Salud

El proceso de Aseguramiento Universal Solidario en Salud se realiza a través de las instituciones públicas: Seguro Social de Salud, Seguro Integral de Salud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. Las instituciones prestadoras privadas y mixtas participan con complementariedad en el AUSS.

Artículo 9°.- Autonomía de las instituciones públicas de aseguramiento

Para el AUSS las instituciones públicas se organizan con autonomía económica, financiera, presupuestal y administrativa, bajo la supervisión y control del Estado. Las políticas de salud que desarrollen serán determinadas por el Ministerio de Salud como ente rector del sector Salud.

Artículo 10°.- Seguro Social de Salud

El Seguro Social de Salud (ESSALUD) se rige por la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790 y la Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) N° 27056. Mediante un fondo intangible financia prestaciones de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y económicas para el cuidado integral de la salud individual y el bienestar social de los asegurados y derechohabientes. Se complementa para prestaciones con los planes de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), de acuerdo a ley.

Artículo 11°.- Seguro Integral de Salud

El Seguro Integral de Salud (SIS) tiene como misión administrar un fondo intangible destinado al financiamiento de prestaciones de salud individual para otorgar cobertura a sus asegurados, brindándoles prestaciones de promoción, protección y recuperación para el cuidado de su salud y bienestar social, de acuerdo a criterios de equidad. El SIS garantiza a partir de un plan esencial, el aseguramiento progresivo de la población sin capacidad o con limitada capacidad contributiva que no pertenece al Seguro Social de Salud (ESSALUD).

Artículo 12°.- Sanidades de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Defensa y Sanidad de la Policía Nacional del Perú del Ministerio del Interior

Las Sanidades de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Defensa y la Sanidad de la Policía Nacional del Perú participan en el Aseguramiento Universal Solidario en Salud de acuerdo a lo que establece la normatividad vigente.

Artículo 13°.- Seguros privados de salud

Los seguros privados de salud se rigen de acuerdo a ley. Son complementarios al Aseguramiento Universal Solidario en Salud, siendo independientes de éste las responsabilidades, fondos y prestaciones.

CAPÍTULO III.- FINANCIAMIENTO Y APORTES

Artículo 14°.- Financiamiento

El financiamiento del Aseguramiento Universal Solidario en Salud es mixto. Se realiza a través de los regímenes contributivo y subsidiado de ESSALUD y SIS.

Artículo 15°.- Obligatoriedad del financiamiento

El aporte contributivo solidario de los asegurados para el Aseguramiento Universal Solidario en Salud es obligatorio en proporción a los ingresos de todos los trabajadores formales e informales. Asimismo, es obligatorio el financiamiento subsidiado como responsabilidad permanente del Estado con la población en pobreza.

Artículo 16°.- Tasas de aportes

Las tasas de los aportes contributivos son determinadas sobre la base de estudios matemático actuariales periódicos de calidad. Son propuestas por el Consejo Nacional de Salud y aprobadas por Decreto Supremo de Salud con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros.

Artículo 17°.- Adscripción de asegurados a ESSALUD y SIS

Si el aporte contributivo del asegurado es igual o mayor al monto mínimo que se determine actuarialmente, se adscribe a ESSALUD; si es menor, se adscribe al SIS. El procedimiento será determinado en el Reglamento.

CAPÍTULO IV.- PLANES DE BENEFICIOS Y FONDOS MANCOMUNADOS

Artículo 18°.- Planes de beneficios

La universalización del aseguramiento solidario en salud se traducirá, mediante un proceso progresivo, en planes de beneficios iguales para todos los asegurados. Mientras no se alcance el objetivo pleno, los asegurados de ESSALUD y SIS contarán con planes de beneficios diferenciados.

Artículo 19°.- Fondo de la Seguridad Social en Salud

En el largo plazo, el Aseguramiento Universal Solidario en Salud considera la constitución del Fondo de la Seguridad Social en Salud. Para el efecto, cuando se garanticen las condiciones económico-financieras sustentadas en estudios matemático-actuariales de calidad, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) y el Seguro Integral de Salud (SIS) evaluarán y decidirán con autonomía la pertinencia de integración de sus fondos. Podrán integrarse a este Fondo los correspondientes recursos de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, así como otros fondos existentes para el AUSS, como sería el Fondo para Enfermedades de Alto Costo de Atención.

Artículo 20°.- Fondo para Enfermedades de Alto Costo de Atención

Cuando en el proceso de aseguramiento universal se logre garantizar condiciones adecuadas de tipo económico-financiero con base matemático-actuarial, las instituciones del AUSS podrán decidir la constitución del Fondo para Enfermedades de Alto Costo de Atención, que agrupará recursos financieros provenientes de los asegurados cualquiera sea su régimen de afiliación, así como los correspondientes aportes del Estado para la población en condición de pobreza. Cada

institución del AUSS decidirá con autonomía su participación.

Con los recursos de este fondo, los cuales serán de carácter intangible, se financiará un plan de prestaciones de salud para un conjunto de enfermedades de alto costo de atención y de baja frecuencia en su ocurrencia, definido previamente.

El Fondo será administrado por un directorio conformado por representantes de las instituciones participantes. Los aportes serán institucionales, se sustentarán con base actuarial y serán concertados y aprobados por el directorio.

CAPÍTULO V.- PRESTADORES Y LIBRE ELECCIÓN

Artículo 21°.- Prestadores e intercambio de servicios

Los prestadores de servicios de salud son públicos, privados o mixtos, debidamente acreditados y categorizados por la autoridad de salud. Se interrelacionan con las instituciones de aseguramiento para la compra-venta e intercambio de servicios de salud, mediante convenios suscritos por las partes en el marco aprobado por Decreto Supremo de Salud, previo acuerdo del Consejo Nacional de Salud.

Artículo 22°.- Libre elección

Los asegurados pueden elegir a los prestadores de acuerdo a las normas establecidas con base actuarial, concertadas por el Consejo Nacional de Salud y aprobadas por Decreto Supremo de Salud.

CAPÍTULO VI.- REGULACIÓN

Artículo 23°.- Regulación, control y supervisión

Es función del Ministerio de Salud regular, controlar y supervisar a los agentes comprendidos en el proceso de Aseguramiento Universal Solidario en Salud, a fin de cautelar la calidad de los servicios que presten y su solidez económico-financiera, en resguardo de los intereses de los asegurados. El Ministerio de Salud puede realizar estas funciones de regulación, supervisión y control económico-

financiero a través de una superintendencia adscrita al sector Salud.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y FINALES

PRIMERA.- Reglamento de la Ley

El Consejo Nacional de Salud propondrá el Reglamento de la presente Ley en el término de noventa días naturales de su vigencia, el que será aprobado mediante Decreto Supremo de Salud.

SEGUNDA.- Institucionalidad y adscripción del Seguro Integral de Salud (SIS)

El Ministerio de Salud, en el término de noventa días naturales a partir de la publicación de la presente Ley, presentará el Proyecto de Ley para la institucionalidad y autonomía del Seguro Integral de Salud (SIS), adscrito al sector Salud.

TERCERA.- Perfeccionamiento de la rectoría en salud y la coordinación con el Seguro Social de Salud (ESSALUD)

A fin de perfeccionar la rectoría en salud y la coordinación con el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y sin perjuicio de la autonomía económica, financiera, presupuestal y administrativa de esta institución, su Presidente Ejecutivo será designado por el Poder Ejecutivo de una terna propuesta por el Ministerio de Salud, como órgano rector del sector Salud.

CUARTA.- Estudio matemático-actuarial de calidad

En el término de treinta días naturales de vigencia de la presente Ley, el Ministerio de Salud convocará al Seguro Social de Salud (ESSALUD) y al Seguro Integral de Salud (SIS) a fin de diseñar e iniciar estudios matemático-actuariales integrales y periódicos de calidad para el Aseguramiento Universal Solidario en Salud.

QUINTA.- Aportes para el Aseguramiento Universal Solidario en Salud

El aporte correspondiente a los trabajadores dependientes continuará a cargo de los empleadores, de acuerdo a las normas legales vigentes.

SEXTA.- Equidad y obligatoriedad en los aportes

Para alcanzar la equidad y obligatoriedad en los aportes el Ministerio de Salud, con participación de las instituciones señaladas en el Artículo 8°, diseñará en el término de ciento ochenta días naturales metodologías e instrumentos de clasificación socioeconómica, a fin de realizar la incorporación progresiva de los trabajadores informales cuyos ingresos no provienen de una relación de dependencia contractual.

SÉPTIMA.- Fortalecimiento del primer nivel de atención

Para mejorar sustancialmente el acceso al cuidado integral de salud de toda la población, el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud presentarán en el término de noventa días naturales, un Proyecto de Ley a fin de fortalecer el desarrollo del primer nivel de atención con profesionales y técnicos calificados así como con infraestructura y equipamiento.

OCTAVA.- Modificatoria del Artículo 5° de la Ley N° 27056

De acuerdo a lo establecido en la Tercera Disposición Transitoria y Final de la presente Ley, modifícase el inciso 5.2 del Artículo 5° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en la parte que se refiere al Presidente Ejecutivo del Seguro Social de Salud.

NOVENA.- Derogatoria de disposiciones legales

Derógase toda disposición legal que se oponga a la presente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Academia Peruana de Salud presenta el Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal Solidario en Salud (AUSS) de acuerdo a sus fines estatutarios, con motivo del próximo período de gobierno 2011-2016. Como lo ha venido haciendo desde su etapa fundacional, se trata de una propuesta académica de consenso institucional que en esta oportunidad se realiza luego de haber aportado al país la Enciclopedia «Historia de la Salud en el Perú» en 22 volúmenes con participación de 205 autores nacionales y más de 100 colaboradores, obra original sin precedente mundial en salud que tendrá continuidad indefinida y que por su contenido y características será de imperecedera vigencia y permanente consulta.

POR CARECER DE UN SEGURO DE SALUD EFECTIVO QUE LA PROTEJA CONTRA EL RIESGO FINANCIERO DE LA ENFERMEDAD, la mayoría de la población peruana sigue injustamente excluida del derecho humano a la salud. Subsiste un **gran retraso en los indicadores de salud**, que ha llevado al país desde el nivel promedio de las naciones de América del Sur a mediados del siglo XX, a ocupar los últimos lugares en el siglo XXI. A diferencia de los años 50 del siglo pasado, en que existía el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, el financiamiento para la salud es actualmente escaso y de muy anticuada estructura. Según las últimas cifras publicadas por la OMS – correspondientes al año 2007– mientras en América del Sur el **gasto nacional anual per cápita en salud** fue de 377 dólares corrientes, **en el Perú fue de solo 160 dólares, es decir el 42,4%.**

Entre otros factores explican la crónica y deficiente situación:

- **la ausencia de un proceso integral financiado de aseguramiento solidario;**

- **la CENTENARIA ILUSIÓN de privilegiar el siempre escaso financiamiento subsidiado;**

- **la extendida MIOPIA PARA DESARROLLAR EL FACTIBLE FINANCIAMIENTO CONTRIBUTIVO (de los trabajadores formales e informales);**

- **la DISCONTINUIDAD de cambios positivos en las cuatro funciones principales del sistema nacional de salud: (1) rectoría, (2) financiamiento y recaudación, (3) prestación de servicios, y (4) generación de recursos humanos y físicos;**

- **la importante brecha entre el discurso político y la realidad; y,**

- **el conformismo social.**

En el Perú esto es INACEPTABLE DESDE EL 2003. Porque EXISTE EVIDENTE FACTIBILIDAD PARA DESARROLLAR UN REAL Y RÁPIDO PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD, con decisión política, diseño moderno, estudios actuariales periódicos de calidad y participación pública y privada.

1. El Proceso de Aseguramiento en Salud ante la gran oportunidad económico-financiera de los países exportadores de materias primas que empezó el 2003

La situación económica y financiera de los **países exportadores de materias primas como el Perú** ha mejorado ostensiblemente desde el 2003 **debido esencialmente a que los precios de sus productos han aumentado 400% en promedio**, fuertemente impulsados por la enorme demanda de China, India, Rusia, Brasil (*países BRIC*) y otras naciones que lideran el crecimiento mundial en el siglo XXI y cuyo PBI viene creciendo en algunos casos entre 7 y 10% anual en los últimos 30 años.

En nuestro país la bonanza se ha extendido progresivamente a otras áreas, como agroindustria, construcción, manufactura, electricidad, comercio y servicios, y está determinado el incremento gradual del poder adquisitivo de parte importante de la población, como lo demuestra el hecho de que a junio de 2010 hubiera más de 26 millones de teléfonos celulares en el país para una población de **29,5 millones (que incluye 19% de menores de 9 años)**, siendo el número de celulares mayor que el de personas en Lima, Tacna, Arequipa, Moquegua, Ica y Madre de Dios. Y el crecimiento es tal, que se estima que al cierre del 2010 el número será también mayor en el total nacional.

Sin embargo, los últimos dos gobiernos peruanos no han aprovechado esta gran oportunidad para iniciar un cambio decisivo en salud. Y no se trata de realizar gastos públicos excesivos, sino de **emprender un proceso factible y gradual de aseguramiento universal solidario en salud que, si es diseñado adecuadamente, está plenamente al alcance del Perú.** Más aún, porque cuando el financiamiento es mixto –subsidiado y contributivo– no proviene del Estado el aporte de los asegurados.

2. Situación del Aseguramiento en Salud al 2010

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud N° 29344 y su Reglamento (D.S. N° 008-2010-SA) **evidencian ausencia total e insalvable de factibilidad financiera para desarrollar el proceso de aseguramiento universal en salud.**

2.1. Financiamiento anticuado, insuficiente y antitécnico

- Las disposiciones y decisiones políticas **han omitido sustentar el proceso con un indicador financiero universal, que es el GASTO ANUAL PER CÁPITA EN SALUD.**

- **Sin asumir responsabilidad alguna,** se establece que la universalidad debe alcanzarse «*en función a los recursos disponibles*» (Reglamento, Art. 84°).

- En el régimen subsidiado los plazos serán fijados por el Ministerio de Salud «*de acuerdo a los criterios de disponibilidad financiera y oferta de servicios*». Sin precisión, se menciona que el Estado determinaría las fuentes de financiamiento para su sostenibilidad (Reglamento, Art. 84°).

- El precario e inestable financiamiento obliga a sustentar la ley en un **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) insuficiente y «gradual»,** con experiencias piloto que **NO TIENEN CRONOGRAMA DE APLICACIÓN.**

- El Seguro Integral de Salud es un programa asistencial carente de los requisitos básicos de un seguro, entre ellos autonomía y disponibilidad de recursos y fondos suficientes e intangibles.

- **No se ha diseñado la plena incorporación de los trabajadores dependientes y sus familiares a ESSALUD.**

- Pocos días después de la aprobación de la **Ley de Aseguramiento Universal en Salud N° 29344, en grave contradicción la Ley N° 29351 le quitó a ESSALUD los aportes de las gratificaciones anuales de fiestas patrias y navidad, que representaban más del 12% de su presupuesto. Las consecuencias las sufren ahora el aseguramiento, los asegurados y la institución, como ésta recién lo ha reconocido públicamente.**

- La **atención de las enfermedades de alto costo carece de financiamiento válido** y la ley supone realizarla con escasísimas **DONACIONES captadas por un limitado e inconsistente Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL),** creado y modificado por las Leyes N° 27656 y 27812, respectivamente (Reglamento, Art. 127°).

- A diferencia de la totalidad de procesos de seguridad social y aseguramiento universal en salud que han logrado éxito a nivel mundial, la Ley N° 29344 y su Reglamento **no se sustentan en estudios matemático actuariales de calidad ni disponen la obligatoriedad de realizarlos, siquiera anualmente.**

2.2. Modelo de aseguramiento neoliberal ALTERNATIVO NO SOLIDARIO

- Las *Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)* –equivalentes en salud a las *Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)*– son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas creadas o por crearse, que tienen por objeto la **libre captación y gestión de fondos para el aseguramiento de las prestaciones de salud** (Reglamento, Art. 10° y 11°).

- **En un MERCADO REGULADO Y VIOLANDO EL PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD,** las IAFAS promueven la **afiliación ALTERNATIVA de la población no asegurada** (Reglamento, Art. 4°, 10° y 11°), **LO QUE GENERA MAYOR DESIGUALDAD e impide el aseguramiento universal.**

2.3. Rectoría muy débil y centralización

- La *Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa),* centralizada y autónoma, ha debilitado aún más la rectoría del Ministerio de Salud así como de las Direcciones Regionales de Salud e

implica un **RETROCESO EN LA DESCENTRALIZACIÓN Y REGIONALIZACIÓN**.

- La Sunasa tiene un Consejo Directivo donde **paradójicamente los dos representantes del supuesto «rector» Ministerio de Salud son minoría**, frente a los tres representantes de los Ministerios de Economía, de la Mujer y de Trabajo (Reglamento, Art. 36°).

2.4. Sistema de salud carente de prioridad e ineficiente

- La Ley N° 29344 y su Reglamento **descuidan totalmente la organización, funciones, desarrollo y evaluación periódica del sistema nacional descentralizado de salud y de su primer nivel de atención**, que son elementales para un aseguramiento universal. En cuanto a las **funciones principales del sistema**, entre otras deficiencias se puede señalar que **la rectoría es débil** y en la seguridad social está **ausente**; **el financiamiento y la recaudación** son insuficientes y anticuados; **la prestación de servicios** es muy limitada para las necesidades existentes, está desorganizada, ignora en todo el ámbito nacional los niveles de atención en especial los dos primeros, y está intermediada por las IAFAS que promueven el aseguramiento alternativo. Y **la generación de recursos humanos** no responde a las necesidades nacionales, como lo demuestra el **DESINTERÉS EN PROMOVER LA INDISPENSABLE FORMACIÓN DE PROFESIONALES PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y SU ADECUADA REMUNERACIÓN**.

- **EL PAÍS NO PUEDE OLVIDAR QUE SU PRIMER SISTEMA NACIONAL DE SALUD FUE CREADO EN 1978 POR DECRETO LEY N° 22365, MUCHO ANTES QUE LAS REFORMAS DE SALUD EN CHILE (1980), BRASIL (1990) Y COLOMBIA (1993), TODAS ELLAS VIGENTES Y DESARROLLADAS**. Los vaivenes políticos y económicos nacionales desde 1980 y la equivocada **intervención financiera externa orientada a las privatizaciones**, determinaron el muy escaso desarrollo del sistema y el debilitamiento de la rectoría y de la seguridad social en beneficio del mercado. Esto **no obstante haberse dado tres leyes (1978, 1990 y 2002) para desarrollar el sistema en los 32 años transcurridos, sin resultados**

satisfactorios DEBIDO A LOS REITERADOS VAIVENES MENCIONADOS.

Por los irreversibles fundamentos señalados, desde su promulgación en abril de 2009, **ES INSIGNIFICANTE EL AVANCE DE LA LEY N° 29344 HACIA UNA HIPOTÉTICA UNIVERSALIDAD DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD; MÁS AÚN, CONTINUARÁ SIÉNDOLO INDEFINIDAMENTE**.

3. Anteproyecto de Ley de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por la Comisión de Apoyo a la Reforma en Salud del Ministerio de Salud el 9 de febrero de 2004 (R.M. N° 988-2003-SA/DM)

El **Ministerio de Salud**, con la participación de todas las instituciones componentes del **Consejo Nacional de Salud**, **elaboró entre fines de 2003 y febrero de 2004 un muy valioso Anteproyecto de Ley de Aseguramiento Universal en Salud, sustentado en las 51 propuestas y las conclusiones de la Comisión de Alto Nivel organizadora del Sistema Nacional de Salud (R.M. N° 463-2001-SA/DM)**. Su aprobación y desarrollo hubiera significado un enorme avance, pero **por falta de decisión política no se convirtió en ley**. Este anteproyecto conserva elementos trascendentes, no obstante haber transcurrido seis años y medio desde su elaboración.

El anteproyecto señala que los países desarrollados, principalmente de Europa, han demostrado que la seguridad social es la forma superior de protección humana pública, la cual con sustento en los principios de solidaridad, equidad, universalidad, integralidad y unidad, y mediante aportes y subsidios, otorga a los asegurados y sus derechohabientes prestaciones de salud, prestaciones sociales y pensiones. La seguridad social en salud es la parte de la seguridad social que se refiere a las prestaciones de salud y prestaciones sociales.

Expone asimismo, que los países con limitaciones en su capacidad económica que no les permite aún alcanzar la seguridad social universal en salud, están desarrollando, de acuerdo a cada realidad y como etapa previa para la construcción progresiva de la aplicación de los principios de la seguridad social en salud, una estrategia de éxito creciente, que es el aseguramiento en salud. Tanto

en la seguridad social como en el aseguramiento en salud, el pago anticipado o prepago del seguro de salud implica un financiamiento con fondo solidario, compartido e incluyente, que progresivamente sustituye al pago de «bolsillo» por ser un financiamiento individual y excluyente.

La finalidad del mencionado anteproyecto era el Aseguramiento Universal en Salud como medio para lograr el cuidado integral de la salud de toda la población. El financiamiento debía ser progresivo y realizarse a través del desarrollo de dos fondos de seguro: (a) Seguro Social de Salud, como régimen contributivo solidario de seguridad social en salud a cargo de ESSALUD, que se complementa para prestaciones con los planes de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS); y (b) Seguro Público de Salud, como régimen subsidiado y contributivo solidario de protección social a cargo del Seguro Integral de Salud (SIS). En el largo plazo los dos fondos podrían integrarse para constituir el Fondo de la Seguridad Social en Salud.

Las tasas de aportes serían determinadas con base en estudios matemático actuariales periódicos. Si el aporte por asegurado fuera igual o mayor al monto mínimo que se definiría actuarialmente, se adscribiría a ESSALUD; caso contrario se adscribiría al SIS. El procedimiento se determinaría en el Reglamento.

Asimismo, el anteproyecto sostenía que un elevado porcentaje del subsidio del Seguro Integral de Salud no llega a la población más pobre –que en alta proporción vive en áreas rurales y urbano marginales–, porque es captado por la población de las ciudades que tiene mayores oportunidades y relaciones. Esto sucede porque una parte significativa de la población nacional citadina, con capacidad para aportar al seguro social o al SIS, está impedida de hacerlo debido a que en nuestro país aún no está normado el aseguramiento del trabajador informal y sus familiares, así como tampoco para otros grupos con poder adquisitivo, pero aún no cubiertos.

4. El Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal Solidario en Salud (AUSS) de la Academia Peruana de Salud

ASPECTOS PRINCIPALES del Proyecto de Ley del AUSS son:

- Lograr mediante el aseguramiento solidario, obligatorio y progresivo, el **derecho humano fundamental al cuidado integral de la salud de toda la población**, contribuyendo a proteger y mejorar su estado de salud y calidad de vida.

- Promover la cultura de aseguramiento solidario en salud en la población con el objetivo de alcanzar **a largo plazo la Seguridad Social Universal**.

- Desarrollar en el corto y mediano plazo, **un proceso real y efectivo de Aseguramiento Universal Solidario en Salud contributivo y subsidiado debidamente financiado**, sustentado en un diseño moderno, con estudios actuariales periódicos de calidad y plena participación pública y privada.

El financiamiento se realizaría a través de los **régimenes contributivo y subsidiado** de ESSALUD y SIS. **El aporte contributivo solidario sería obligatorio en proporción a los ingresos de todos los trabajadores formales e informales**. Asimismo, sería obligatorio el financiamiento subsidiado como responsabilidad permanente del Estado con la población en pobreza. Las tasas de los aportes contributivos serían determinadas sobre la base de estudios matemático actuariales periódicos de calidad; y propuestas por el Consejo Nacional de Salud y aprobadas por Decreto Supremo de Salud, con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros.

Un COMPONENTE ESTRATÉGICO ESENCIAL es que si el APORTE CONTRIBUTIVO del asegurado fuera igual o mayor al monto mínimo que se determine actuarialmente, se adscribiría a ESSALUD; y –si fuera menor– al SIS. El procedimiento sería determinado en el Reglamento mediante metodologías de clasificación socioeconómica, **a fin de lograr la incorporación progresiva de los trabajadores informales cuyos ingresos no provienen de una relación de dependencia contractual.** La estrategia se concretaría mediante **un cronograma para concertar formas técnicas modernas de recaudación de aportes en todos los tipos de trabajo independiente e informal; y motivaría enormemente a los asegurados para vigilar e incrementar sus aportes a fin de pertenecer y mantenerse en ESSALUD.**

Se buscaría que el aporte sea parte del valor del producto que se vende (por ejemplo helados, bebidas

gaseosas o cerveza) o del servicio que se presta (vigilancia, mensajería o taxi por ejemplo). Para facilitar y garantizar la recaudación, quien no tiene RUC utilizaría el DNI al comprar o vender (por un monto mínimo a determinar). Y habría un registro nacional de aseguramiento, con apoyo del RENIEC.

Se considera que el volumen de población que superaría el monto mínimo del APORTE CONTRIBUTIVO determinado actuarialmente sería elevado y progresivo. Para el efecto, basta comprobar la gran población que en la actualidad paga teléfonos celulares, como se ha mencionado en el punto 1. En el Perú el pago mensual actual promedio por persona es de 23,65 nuevos soles [8,48 dólares], superior al APORTE CONTRIBUTIVO PROMEDIO NACIONAL ACTUAL QUE SE REQUERIRÍA para alcanzar rápidamente un ASEGURAMIENTO UNIVERSAL obligatorio y progresivo real (este aporte promedio nacional actual para el aseguramiento universal no superaría los 72 dólares anuales, que equivalen a 6 dólares constantes del 2007 ó 16,74 nuevos soles mensuales.

Además, hay que tener en cuenta que mientras el pago de un teléfono celular se hace directamente «de bolsillo», en el aseguramiento contributivo el aporte se deduce de los ingresos del trabajador y en el caso del informal muchas veces sería parte del valor del producto que vende o del servicio que presta, facilitándose enormemente su pago.

Agréguese asimismo que se efectuaría una campaña masiva de difusión, educación y promoción de la cultura de aseguramiento solidario en salud por TV, radio y otros medios, haciendo énfasis en las inmensas ventajas del aseguramiento. Este proceso generaría un importantísimo aumento de los asegurados de ESSALUD, con las positivas consecuencias de un mayor financiamiento para la salud y el aseguramiento, el desarrollo sin precedentes del seguro social y el progresivo incremento de la participación privada.

En la Tabla I se presenta la estructura del financiamiento en salud per cápita y sus proyecciones al 2012 y 2016 –plenamente factibles– donde puede apreciarse la gran importancia del financiamiento mixto, con un valor estimado para el 2012 de 72 dólares

anuales per cápita, tanto para el financiamiento subsidiado como para el contributivo. Como se observa, la consecuencia inmediata sería que el gasto anual per cápita en salud del Perú aumentaría sustancialmente a partir del 2012.

**Tabla I. Financiamiento mixto en salud per cápita
Proyecciones factibles al 2012 y 2016**

(Estimados en dólares constantes¹ de 2007² y en porcentaje³)

	US \$ (%) ³ Últimas cifras disponibles	US \$ (%) 2012 ⁴	US \$ (%) 2016 ⁵
Subsidiado (Tesoro público)	49 (30,7)	72 (34)	110 (37)
Contributivo (asegurado o empresa)	49 (30,5)	72 (34)	110 (37)
Gasto de bolsillo (del usuario)	55 (34,2)	58 (28)	68 (22)
Cooperación externa y donaciones	7 (4,6)	8 (4)	12 (4)
Total	160² (100)	210⁴ (100)	300⁵ (100)

¹ A los estimados deberá agregarse en su momento la significativa devaluación del dólar.

² 2007. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/whosis/whostat2010.pdf>

³ 2005. Encuesta Nacional de Hogares, INEI 2009.

⁴ Estimado para 2012.

⁵ Estimado para 2016.

La universalización del aseguramiento solidario en salud se traduciría, mediante el proceso progresivo, en planes de beneficios iguales para todos los asegurados. Mientras no se alcance el objetivo pleno, los asegurados de ESSALUD y SIS contarán con planes de beneficios diferenciados.

Cuando se logre garantizar condiciones adecuadas de tipo económico-financiero con base matemático-actuarial, las instituciones del AUSS podrían decidir la constitución del Fondo de la Seguridad Social en Salud así como del Fondo para Enfermedades de Alto Costo de Atención.

El proceso de Aseguramiento Universal Solidario en Salud se realizaría a través de las instituciones públicas: Seguro Social de Salud, Seguro Integral de Salud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. Las instituciones prestadoras privadas y mixtas participarían en el AUSS con complementariedad. Las instituciones públicas se organizarían con autonomía económica, financiera,

presupuestal y administrativa, bajo la supervisión y control del Estado. Las políticas de salud que desarrollarían serían determinadas por el ente rector del sector Salud.

Los prestadores de servicios de salud serían públicos, privados o mixtos, debidamente acreditados y categorizados por la autoridad de salud. **Se interrelacionarían con las instituciones de aseguramiento para la compra-venta e intercambio de servicios de salud.** Los asegurados podrían elegir a los prestadores conforme a las normas establecidas con base actuarial.

Es función del Ministerio de Salud regular, controlar y supervisar a los agentes comprendidos en el proceso de Aseguramiento Universal Solidario en Salud, **a fin de cautelar la calidad de los servicios que presten y su solidez económico-financiera, en resguardo de los intereses de los asegurados.** El Ministerio de Salud podría realizar estas funciones de regulación, supervisión y control económico-financiero a través de una superintendencia adscrita al sector Salud.

En las disposiciones transitorias y finales se plantea la presentación de un proyecto de Ley para la **institucionalidad y autonomía del Seguro Integral de Salud (SIS), adscrito al sector Salud.** Asimismo, **a fin de perfeccionar la rectoría en salud y la coordinación con el Seguro Social de Salud (ESSALUD),** y sin perjuicio de la autonomía económica, financiera, presupuestal y administrativa de esta institución, **su Presidente Ejecutivo sería designado por el Poder Ejecutivo de una terna propuesta por el Ministerio de Salud,** como órgano rector del sector Salud.

En el término de treinta días naturales de vigencia de la Ley, el Ministerio de Salud convocaría al Seguro Social de Salud (ESSALUD) y al Seguro Integral de Salud (SIS) a fin de **diseñar e iniciar estudios matemático-actuariales integrales y periódicos de calidad para el Aseguramiento Universal Solidario en Salud.**

Y para mejorar sustancialmente el acceso al cuidado integral de salud de toda la población, el

Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud presentarían un proyecto de Ley con la finalidad de **fortalecer el desarrollo del primer nivel de atención con profesionales y técnicos calificados así como con infraestructura y equipamiento. Sin duda, una moderna y adecuada atención por niveles eficientes disminuiría significativamente los costos de aseguramiento.**

Efecto de la norma propuesta sobre la legislación nacional

El efecto que se pretende conseguir con la aprobación de esta iniciativa es legislar eficientemente el Aseguramiento Universal Solidario en Salud, dentro de los lineamientos de la Constitución Política y la normatividad vigente.

Análisis Costo - Beneficio

La aprobación de la presente iniciativa legislativa implicará emprender el desarrollo progresivo de un aseguramiento contributivo y subsidiado en salud, debidamente financiado con recursos públicos y privados. Se trata de un proceso gradual y factible de aseguramiento universal solidario, en el que no se realizarán gastos públicos excesivos en el esfuerzo económico - financiero continuo del Estado a fin de cubrir los costos de los servicios de salud, así como del aseguramiento subsidiado a través del Seguro Integral de Salud para la población de menores recursos.

De otro lado, el aseguramiento contributivo se orientará a un desarrollo progresivo sin precedentes del Seguro Social de Salud y de la participación privada complementaria.

Los beneficios serán de gran significación para la salud de toda la población y su calidad de vida, permitiendo hacer realidad en el país el fundamental derecho humano de todos a la salud. Teniendo como ejes este derecho humano y el aseguramiento universal efectivo, el Perú puede lograr a partir del Período de Gobierno 2011-2016 un cambio integral y factible, y construir el proceso de unión y liderazgo en salud hacia el 2021.

Lima, 20 de Diciembre de 2010