



# Anteproyecto de Pronunciamiento 2011: Aseguramiento Universal Solidario

Realizado el 11 de Noviembre de 2010 en el local institucional

## INTRODUCCIÓN

Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS  
Presidente Emérito de la Academia Peruana de Salud

El objeto del XIV Coloquio Académico es analizar el anteproyecto de Pronunciamiento 2011 –al que se da lectura– cuya aprobación corresponde a la Asamblea General de diciembre. Hay consenso de que este Pronunciamiento se refiera al Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal Solidario en Salud (AUSS) que viene preparando la Academia Peruana de Salud desde junio del presente año y se espera que el Coloquio contribuya a su perfeccionamiento.

## DIÁLOGO ACADÉMICO

Moderadora  
Dra. NELLY GÁLVEZ DE LLAQUE  
Presidenta de la Academia Peruana de Salud

Dr. MARCO A. MASCARÓ COLLANTES

El artículo 16° del Anteproyecto de Ley de Aseguramiento Universal Solidario en Salud dice: «...estudios matemático actuariales periódicos de calidad...» ¿Podrían existir estudios matemático actuariales sin calidad?

Dr. ARTURO GÁRATE SALAZAR

En el seguro subsidiado del SIS no se está cumpliendo oportunamente con los reintegros de gastos, por lo que en la actualidad algunos hospitales lo están rechazando.

Dr. SÁNCHEZ MORENO

La académica Arq. ANA ROSA CABRERA CANDELA ha planteado con relación al Anteproyecto de Ley que en el fortalecimiento del primer nivel de atención, conjuntamente con los recursos

humanos calificados se considere a la infraestructura y el equipamiento, agregado que correspondería a la séptima disposición transitoria.

Refiriéndome a la intervención del Dr. Mascaró, ciertamente pueden existir estudios matemático actuariales de escasa calidad; cabe recordar que desde los años 80 estuvieron lejos de la calidad y periodicidad que los caracterizó en el país desde mediados de la década de 1950. El retroceso llegó al extremo que dejaron de hacerse y en 1997 fue comentada públicamente la falta de calidad de los estudios utilizados en la preparación de la denominada Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790. El Perú es uno de los pocos países en el mundo que no realiza estudios matemático actuariales frecuentes para el aseguramiento en salud y este vacío es una de las causas del deficiente financiamiento.

En cuanto a las dificultades que muestra el Seguro Integral de Salud, ocurren porque la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud N° 29344 no tiene buena base financiera. Un aspecto de primera importancia es que en los países de insuficiente desarrollo no se puede lograr un aseguramiento exitoso si el financiamiento es solo subsidiado, porque los recursos públicos disponibles siempre son escasos. En la Ley N° 29344, que como se señala en el Pronunciamiento cumplirá 20 meses de promulgada en diciembre, todo lo desarrollado es subsidiado y el financiamiento contributivo se encuentra, paradójicamente, en regresión. Esto debido a que apenas el Congreso dio la ley de aseguramiento, increíblemente aprobó también la Ley N° 29351 que privó a ESSALUD de los aportes de dos gratificaciones anuales –de fiestas patrias y navidad– que representaban más del 12%

de su presupuesto anual. Las graves consecuencias financieras de tal contradicción ahora las sufren el aseguramiento, los asegurados y la institución, como ESSALUD lo acaba de reconocer públicamente.

La importancia del financiamiento mixto (subsidiado y contributivo) es decisiva. Por ello, pongo a consideración del Coloquio una tabla que podría ser incorporada en la Exposición de Motivos del Anteproyecto de Ley (*ver Conclusiones punto 1.1*). Contiene cifras contundentes con referencia a la estructura del financiamiento en salud per cápita y a sus proyecciones factibles al 2012 y 2016, y muestra posibilidades reales en nuestro país para el desarrollo efectivo y sin precedentes del aseguramiento universal y de la salud. Asimismo hago notar, para el caso del aseguramiento contributivo de los trabajadores informales, las enormes posibilidades que existen para facilitar el pago de sus aportes, pudiendo en muchos casos ser parte del valor del producto que venden (por ejemplo cerveza o gaseosas) o del servicio que prestan (taxi por ejemplo).

Mg. MARÍA DEL CARMEN  
PESCHIERA BENITES

Cuando se trata de los aportes de los trabajadores informales que sería deducido del precio del producto que venden o del servicio que prestan, ¿no está estrechamente relacionado con el IGV?

Dra. VERNA ALVA LEÓN

Si el año 2004 la Comisión de Reforma del Ministerio de Salud (R.M. N° 988-2003-SA/DM) aprobó el anteproyecto de Ley de Aseguramiento Universal en Salud y después fue olvidado, ¿qué poderes hacen que hasta ahora no se tenga la voluntad política?, ¿eran los grandes empresarios o los grandes capitales que lo veían con temor?, ¿van a seguir oponiéndose? y ¿cómo hacer ahora para que los factores de aquella época, que detuvieron el proyecto de ley, no persistan?

CPC MOISÉS ACUÑA DÍAZ

Propongo agregar en la Exposición de Motivos del Anteproyecto de Ley el Análisis Costo - Beneficio y entrego un documento con sugerencias al respecto. Sobre el Pronunciamiento, considero que poner el comercio internacional de materias primas como pedestal del financiamiento es demasiado vulnerable porque pueden caer los precios; se está creciendo no solo por materias primas sino que hay industria con valor agregado.

Dr. RAÚL VINCES ZUBIAGA

El problema de la economía a veces no se da tanto en la producción o en el comercio sino en la distribución; es cómo ese ingreso a esos precios va a poder ser captado por un Estado, un gobierno o un pueblo para utilizarlo en sus necesidades. Ese es el



problema, cómo hacer que esos ingresos se capten mejor. Una forma es poner impuestos y el problema es que en el país tenemos una presión tributaria muy baja y los gobiernos uno tras otro no la han aumentado. La solución es la herramienta para obtener la mejora.

Dr. SÁNCHEZ MORENO

Sobre el comentario de la Dra. Peschiera hago dos alcances. Primero, el aporte de los trabajadores informales para su seguro de salud sería una contribución que no tiene por qué pagar impuesto a las ventas (IGV), como tampoco lo paga la contribución de los trabajadores formales ni de los pensionistas. Segundo, algunos consideran que el subsidio del Estado para el aseguramiento debe hacerse con un 1 ó 2% adicional del IGV; pienso que al sector Salud no le corresponde proponer ni decidir con qué impuesto se subsidia, lo importante es lograr que el subsidio se dé suficiente y permanentemente, sin depender de vaivenes económicos o políticos.

Las preguntas de la Dra. Alva son medulares. El proyecto de ley de aseguramiento universal en salud no fue olvidado; luego de ser aprobado por unanimidad por la Comisión de Reforma de Salud en febrero de 2004, no hubo decisión política para su envío al Congreso de la República previa coordinación en el Consejo Nacional de Salud, y fue archivado. Muchas veces en el país no se avanza en salud debido al predominio de los vaivenes y contradicciones políticas y económicas. Si esto ocurre o persiste el avance es imposible. Sin embargo, en la mayoría de países tales debilidades han sido ya superadas y el desarrollo es progresivo.

Con relación al comercio internacional y las materias primas, tuve información del enorme crecimiento de China e India desde el 2003, cuando ya venían haciéndolo con su PBI durante 25 años a un promedio de 10 y 7% anual, respectivamente; y ahora para su producción consumen una gran proporción de las materias primas mundiales, lo que ha elevado y seguirá elevando sus precios. Como consecuencia, crecieron en nuestro país primero las exportaciones y después progresivamente la

agroindustria, la construcción, el comercio, los servicios y todas las actividades económicas. El mundo ha cambiado y ahora se van sumando otros países como Rusia y Brasil (los cuatro mencionados son los denominados países BRIC). En salud los detalles del comercio son accesorios y no cabe entrar en ellos; hay que comprender el nuevo fenómeno global y no perder la inmensa oportunidad que tenemos, que comenzó en el planeta al iniciarse el siglo XXI y tiende a prolongarse indefinidamente. Existe suficiente evidencia mundial y corresponde ahora al Perú no solo crecer en economía, sino desarrollar en el ámbito social.

En el tema de la distribución, concordamos que en la vía impositiva o subsidiada hace falta un mayor apoyo a la salud y a la educación, pero con igual convicción insistimos en el desarrollo inmediato y paralelo de la vía contributiva. El desarrollo factible del financiamiento en ambas vías se evidencia claramente en la tabla que hemos presentado.

#### CONCLUSIONES POR CONSENSO

1. Recomendar las sugerencias siguientes para el Anteproyecto de Ley de Aseguramiento Universal Solidario en Salud (AUSS) de la Academia Peruana de Salud:

1.1. Incorporar en la Exposición de Motivos, punto 4, después del cuarto párrafo, lo siguiente:

«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.

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

**Tabla I. Financiamiento mixto en salud per cápita  
Proyecciones factibles al 2012 y 2016**(Estimados en dólares constantes<sup>1</sup> de 2007<sup>2</sup> y en porcentaje<sup>3</sup>)

	US \$ (%) <sup>3</sup> Últimas cifras disponibles	US \$ (%) 2012 <sup>4</sup>	US \$ (%) 2016 <sup>5</sup>
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)
<b>Total</b>	<b>160<sup>2</sup> (100)</b>	<b>210<sup>4</sup> (100)</b>	<b>300<sup>5</sup> (100)</b>

<sup>1</sup> A los estimados deberá agregarse en su momento la significativa devaluación del dólar.<sup>2</sup> 2007. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/whosis/whostat2010.pdf><sup>3</sup> 2005. Encuesta Nacional de Hogares, INEI 2009.<sup>4</sup> Estimado para 2012.<sup>5</sup> Estimado para 2016.

valor del producto que vende o del servicio que presta, facilitándose enormemente su pago.»

— o —

1.2. Agregar al final de la Exposición de Motivos el Análisis Costo – Beneficio, recogiendo las sugerencias presentadas.

1.3. Modificar la propuesta de la Séptima Disposición Transitoria y Final del Anteproyecto de Ley en los términos siguientes:

**«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.»

2. Recomendar al Consejo Directivo el texto presentado del Anteproyecto de Pronunciamiento 2011.