



## **PROYECTO DE LEY DE UNIVERSALIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

El Colegio Médico del Perú, el Foro de la Sociedad Civil en Salud – FORO SALUD y la Alianza por el Aseguramiento Universal en Salud conformada por Organizaciones Sindicales, Sociales de Base y Gremiales de Productores; en ejercicio de las atribuciones que les confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Estado y la Ley N° 28390, proponen el siguiente:

### **PROYECTO DE LEY**

### **LEY DE UNIVERSALIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

### **FÓRMULA LEGAL**

El Congreso de la República  
ha dado la Ley siguiente:

### **LEY DE UNIVERSALIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

#### **TITULO I**

#### **DISPOSICIONES GENERALES**

#### **CAPÍTULO I OBJETO, ALCANCE Y PRINCIPIOS DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

#### **Artículo 1º.- Objeto de la Ley**

La presente ley tiene por objeto normar el aseguramiento en salud de toda la población residente en el territorio nacional, garantizando el acceso universal para una cobertura efectiva de servicios de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad.

#### **Artículo 2º.- Alcance de la Ley**

Las disposiciones establecidas en la presente Ley son de aplicación a todas las entidades públicas y privadas relacionadas con el aseguramiento universal en salud.

#### **Artículo 3º.- Principios**

El aseguramiento en salud se rige por los principios de universalidad, solidaridad, unidad, integralidad, participación e igualdad.

- **Universalidad:** las mismas oportunidades para todas las personas de acceder a servicios de salud de calidad.
- **Solidaridad:** aportes diferenciados entre los que tienen más ingresos en relación a los de menos ingresos, de los sanos a los enfermos, de los más jóvenes a las personas de mayor edad y de las zonas de mayor desarrollo con las de menor desarrollo.
- **Unidad:** Integración de políticas, programas y financiamiento que garanticen planes similares de beneficios
- **Integralidad:** el aseguramiento universal forma parte de una política integral de protección social basada en derechos.
- **Participación:** Intervención de los ciudadanos en el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas de aseguramiento en salud.
- **Igualdad:** Un solo régimen de prestaciones para todas las personas, sin discriminaciones

## **TITULO II**

### **DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

#### **CAPÍTULO II**

#### **CARACTERÍSTICAS DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

##### **Artículo 4º.- Aseguramiento universal en salud y protección social**

El aseguramiento universal en salud es parte de una política integral de protección social basada en derechos, que garantice el acceso de todos los ciudadanos a prestaciones de buena calidad en los campos de la salud, la seguridad social, la educación, el empleo y el cuidado familiar.

##### **Artículo 5º.- Características**

El aseguramiento universal en salud tendrá las siguientes características:

- **Obligatorio:** progresivamente todas las personas deberán estar aseguradas, en cualquiera de los sistemas público o privado.
- **Garantías explícitas:** el plan de salud básico está explícita y universalmente garantizado y es compatible con las prioridades sanitarias.
- **Sostenible:** el financiamiento proveniente de fuentes públicas y privadas será sostenido.
- **Libre elección de prestador:** las personas aseguradas elegirán en forma regulada el prestador de servicios de su preferencia, el seguro se encarga del financiamiento del plan de beneficios correspondiente.
- **Transparente:** dispondrá de mecanismos de gestión transparentes y rendición de cuentas a los asegurados y la ciudadanía, así como será supervisado por el organismo regulador.
- **Eficaz:** Los resultados de las políticas y programas deben solucionar los problemas de salud de la población y mejorar el bienestar y la calidad de vida
- **Eficiente:** Debe hacerse el mejor uso de los recursos para obtener mayores y mejores resultados
- **Descentralizado:** Entrega de servicios por los niveles de gobierno más cercanos a la población
- **Participativo:** Intervención ciudadana en la gestión del sistema

### **CAPÍTULO III ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

#### **Artículo 6º.- Organización del aseguramiento universal en salud**

**El aseguramiento universal en salud se implementa a través del Seguro Público Unificado, los Seguros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, y los Seguros Privados.** Las prestaciones estarán a cargo de los establecimientos de salud pertenecientes a las actuales redes del MINSA, ESSALUD, Sanidades Militares y de la Policía Nacional, así como establecimientos de salud privados.

**El Seguro Público Unificado (SPU)** es garantizado por el Estado **y se organiza sobre la base de la integración del MINSA y ESSALUD.** Los Seguros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional se organizan de acuerdo a lo establecido en sus correspondientes sectores. Los Seguros privados se organizan de manera independiente y regulada por los organismos competentes.

El Seguro Público Unificado (SPU), los Seguros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, y los Seguros Privados Complementarios (SPC) cuentan con fuentes, fondos, administradoras y mecanismos de contratación y prestadores.

#### **Artículo 7º.- Seguro Público Unificado**

El seguro público unificado tiene como fuentes de financiamiento el tesoro público, el aporte de los empleadores y el aporte de los asegurados. Puede recibir aportes de la cooperación técnica internacional.

El seguro público unificado organiza el aporte de las fuentes en un Fondo Público de Aseguramiento en Salud (FOPAS).

El seguro público unificado tiene una administradora del FOPAS, que se organiza sobre la base de la actual Administradora Financiera de ESSALUD y la Administradora del SIS.

La administradora del FOPAS maneja dos cuentas independientes, una para el régimen contributivo directo y otra para el régimen contributivo indirecto.

#### **Artículo 8º.- Régimen Contributivo Directo del Seguro Público Unificado**

El Régimen Contributivo Directo es el componente del SPU que asegura a los trabajadores adecuadamente empleados del sistema público o privado y sus familias. Se financia mediante contribuciones de los empleadores y los trabajadores.

Provee el Plan Garantizado de Salud más el Plan de Salud Complementario a todos sus afiliados.

Comete delito de apropiación ilícita, tipificado en el Art. 190 del Código Penal, el empleador que no cumpla con la obligación de transferir las contribuciones correspondientes de sus trabajadores. Además, cuando el empleador fuere el Estado o sus instituciones, y el culpable de que no se haga la retención fuere un funcionario al servicio de ellos, la responsabilidad por el incumplimiento será suya y se le sancionará con suspensión del respectivo cargo, sin goce de remuneración o sueldo.

El Reglamento establecerá el régimen de sanciones administrativas de multas y cierre de los establecimientos correspondientes.

#### **Artículo 9º.- Régimen Contributivo Indirecto del Seguro Público Unificado**

El Régimen Contributivo Indirecto es el componente del SPU que asegura a los trabajadores no formales, independientes o desempleados y sus familias. Se financia mediante contribuciones del Estado y los trabajadores. Complementariamente de la Cooperación Técnica Internacional mediante convenios específicos.

El aporte del Estado no será menor al 0.5% del Producto Bruto Interno (PBI) – adicionales a los actuales recursos del Seguro Integral de Salud - que se incorporará en la Ley Anual del Presupuesto General de la República, con el que se financiará el aseguramiento de las personas en situación de pobreza: niños y mujeres, población rural, personas adultas mayores y personas con discapacidad.

Provee el Plan Garantizado de Salud a todos sus afiliados. Inicialmente también el Plan de Salud Complementario a las personas en pobreza extrema debidamente focalizadas; y, progresivamente al resto de los asegurados.

#### **Artículo 10º.- Seguros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional**

Los seguros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional aseguran al personal militar y policial y sus familias de manera obligatoria, son financiados por los asegurados y sus instituciones en las condiciones que las leyes de los sectores defensa e interior estipulan. Asegura el plan garantizado de salud más el plan de salud complementario a todos sus afiliados.

El seguro de las Fuerzas Armadas dispone de una administradora de seguros que unifica Ejército, Marina y Aviación.

El seguro de la Policía Nacional se integrará progresivamente al Régimen Contributivo Directo del Seguro Público Unificado.

#### **Artículo 11º.- Seguros Privados Complementarios**

Los seguros privados complementarios aseguran a personas que voluntariamente adquieran sus planes de salud, son financiados por los asegurados en las condiciones que las leyes de seguros privados establecen. En ningún caso los planes ofertados por los seguros privados serán menores a los ofrecidos en el plan garantizado de salud del SPU.

### **CAPÍTULO IV PLANES DE BENEFICIOS**

#### **Artículo 12º.- Planes de Beneficios**

El seguro público unificado garantiza dos tipos de planes de beneficios: el plan garantizado de salud y el plan de salud complementario.

#### **Artículo 13º.- Plan Garantizado de Salud**

El Plan Garantizado de Salud incluye todas las atenciones de salud personal, familiar y de salud pública consideradas prioritarias y que cubran todos aquellos daños que expliquen por lo menos el 80% de las causas de mortalidad en el país. Las prioridades sanitarias son establecidas en un proceso concertado entre el MINSA, los Gobiernos Regionales, Locales y la Sociedad Civil. El Reglamento establece los criterios de priorización y las adecuaciones regionales del Plan Garantizado de Salud.

El Plan Garantizado de Salud genera derechos exigibles en la forma de garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

#### **Artículo 14º.- Plan de Salud Complementario**

El Plan de Salud Complementario incluye las atenciones de salud personal no consideradas en el Plan Garantizado de Salud y considera las enfermedades catastróficas. El Reglamento establece las adecuaciones regionales del Plan de Salud Complementario.

### **CAPÍTULO V ATENCIÓNES DE SALUD, MECANISMOS DE CONTRATACIÓN Y DE PAGOS**

#### **Artículo 15º.- Atenciones de salud**

Las atenciones de salud que incluyen los planes de beneficios serán provistas por proveedores públicos o privados debidamente acreditados, de acuerdo al principio de libre

elección regulada y al desarrollo de los niveles de atención mediante redes públicas o mixtas. El Reglamento establece los criterios de acreditación y los mecanismos de implementación de la libre elección.

#### **Artículo 16º.- Mecanismos de Contratación**

La Administradora del FOPAS contratará los planes de beneficios con proveedores públicos o privados mediante Acuerdos de Gestión. Los acuerdos de gestión deben favorecer la orientación de los recursos disponibles hacia los objetivos de salud, incentivar a los proveedores eficientes y penalizar a los ineficientes, hacer más transparente, y por tanto más auditable el sistema.

#### **Artículo 17º.- Mecanismos de Pago**

La capitación será el mecanismo de pago de base que se utilice para el plan garantizado de salud y el pago por actividad y/o proceso (grupos de diagnóstico relacionados) se utilizarán para el plan complementario. Ello no implica dejar de considerar mecanismos de pago mixto de resultar pertinente a fin de regular el sistema y transmitir incentivos a los prestadores. El Reglamento define las condiciones de implementación de los mecanismos de pago.

### **TITULO III**

#### **REGULACIÓN DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

#### **CAPÍTULO VI ORGANISMO REGULADOR**

#### **Artículo 18º.- Superintendencia Nacional de Salud**

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) regula y supervisa a todas las instituciones comprendidas en el aseguramiento universal en salud, para garantizar el cumplimiento de los planes de beneficios y la calidad de atención a los asegurados.

La SNS se crea sobre la base de la actual Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), asumiendo todas sus competencias y recursos.

El Consejo Directivo de la Superintendencia tendrá entre sus integrantes a un representante de organizaciones sociales de base y a uno por las asociaciones de pacientes usuarios de los servicios de salud.

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 Nº 26702.

### **DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y FINALES**

#### **PRIMERA.- Reglamentación y vigencia**

La presente Ley será reglamentada mediante Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Salud, dentro de un plazo de 90 días calendario, contados a partir de su publicación. En el mismo plazo se dictará el Estatuto y Normas de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

La Ley entrará en vigencia con la aprobación de su reglamento.

#### **SEGUNDA.- Derogación**

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

Febrero 2007.

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### 1. FUNDAMENTOS

La presente ley garantiza el acceso a atención integral de salud de calidad a toda la población residente en el territorio nacional mediante la universalización de la seguridad social en salud, organizando un sistema de aseguramiento sin discriminación en condiciones de oportunidad, calidad y dignidad.

Establece los principios y características que tendrá el sistema, su organización e implementación; así como las entidades públicas y privadas que participan del proceso y serán parte del sistema, los regímenes, los recursos para su financiamiento y operación. Asimismo, se crea la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) para supervisar el buen funcionamiento del sistema de seguridad social en salud.

#### 1.1. La exclusión social y el Derecho a la Salud en el Perú

Existen un conjunto de factores o determinantes sociales que explican, según la Organización Panamericana de la Salud<sup>1</sup>, el riesgo de exclusión a la protección social en salud, a saber: pobreza, la condición rural de parte de sus habitantes, la falta de servicios públicos de saneamiento y electricidad en la vivienda, y la discriminación étnica.

Entre los factores vinculados directamente al sistema de salud resaltan los referidos al suministro de servicios esenciales de salud, tales como partos no institucionales y controles de embarazo por debajo de la norma.

Existe un 10% de la población (2,59 millones) que se encuentra totalmente excluida del sistema de salud. La población con alto riesgo de exclusión está compuesta básicamente por población pobre (87%) que reside en zonas rurales (80%) y forman parte de la fuerza laboral no asalariada (68%). En términos etáreos, la población con alto riesgo de exclusión se ubica en el rango de edad de 17-45 años (71%).

La población excluida en el Perú tiene acceso limitado y tardío a los servicios de salud debido a los siguientes factores: a) baja percepción del derecho a la salud y a su estado de salud; b) los bajos niveles de calidad y trato percibidos por los usuarios, y c) costo de oportunidad de reportarse enfermo y asistir al servicio de salud. Por lo tanto, este grupo se halla incentivado a reprimir su demanda por servicios de salud. Adicionalmente se evidencian diferencias de acceso a los servicios de salud por género, sugiriendo patrones discriminatorios.

El **Derecho a la Salud** es un derecho fundamental que nuestro país ha suscrito en la Declaración Universal de los DDHH de las NNUU, en el Pacto de los Derechos Económicos y Sociales y que nuestra Constitución Política del Estado (CPE) reconoce en su Artículo 7º: "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad".

El Derecho a la Salud ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como "el derecho al más alto estándar posible de salud física, mental y social", y comporta:

- Acceso a servicios de salud de calidad: trato digno, respeto a la cultura de las personas, información veraz, oportuna y completa sobre cada proceso personal y las características del servicio que se brinda; así como
- Generar las condiciones de mejoramiento de las determinantes y condiciones adecuadas de vida que contribuyan con un buen estado de salud

El Derecho a la Salud comprende el Derecho a la Atención de Salud, tanto Individual (salud materna, salud infantil, ) como Colectiva (programas de salud pública, agua segura,

---

<sup>1</sup> Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. OPS, 2003.

ambiente saludable, Seguridad alimentaria); así como la acción sobre los determinantes sociales para mejorar las condiciones y calidad de vida.

El Estado asume responsabilidades de **respetar** - no puede violar derechos, **proteger** - garantiza protección frente a la violación por actores privados; y, **realizar** - tomando medidas administrativas, organizacionales, financieras y de desarrollo de capacidades para que las personas puedan lograr un acceso efectivo a la atención de salud que requieren, así como al mejoramiento de las condiciones de vida que contribuyan con un buen estado de salud.

**Sin embargo, el Derecho a la Salud no es una realidad para los peruanos y peruanas** como se constata a través de la exclusión y la situación de acceso a los servicios de salud descritos.

## 1.2. Situación del acceso a la atención de salud<sup>2</sup>

En el 2000, entre las personas que necesitado atención y no consultaron (44%) y las que buscaron atención no institucional (8%), pasan de la mitad las personas que no pudieron consultar.

### Perú: Tendencias de Utilización de los Servicios de Salud 1985-2000 (en porcentajes de población)

Categorías	1985	1994	1997	2000
Consultó	40,3	40,8	54,0	55,9
Institucional <sup>1</sup>	30,7	31,5	43,5	47,5
MINSA	19,3 <sup>2</sup>	15,8	25,0	29,1
EsSalud		8,0	9,5	10,0
Privado	11,4	6,8	8,0	7,8
No Institucional	9,6	9,3	10,5	8,4
No consultó	59,7	59,2	46,0	44,1
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Las principales barreras de acceso a la atención de salud son: económicas, geográficas, culturales, de género e institucionales.

#### Barreras económicas

La principal causa declarada de no consulta es la falta de recursos económicos, la misma que tiende a incrementarse. En los años 1997 y 2000, el 74% y el 82% reportaron respectivamente no haber realizado la consulta por motivos de capacidad adquisitiva, aun considerándola necesaria.

Siendo el factor económico la más importante barrera de acceso, resulta agravante la poca inversión del Estado, el bajo acceso al aseguramiento y el alto peso del gasto de hogares en la atención de salud.

Según el Estudio de Cuentas Nacionales en Salud, el Perú en el año 2000 destinó en salud alrededor del 4,8% de su PBI equivalente a US\$ 99 per cápita, lo que resulta por debajo del

<sup>2</sup> Documento de FORO SALUD: “Terminar con la Deuda Sanitaria Peruana: Lograr el acceso universal a la atención de salud”, III Conferencia Nacional de Salud, julio 2006. Las referencias se recogen de este documento.

promedio latinoamericano de alrededor de 8% del PBI, e insuficiente para cumplir con las expectativas de extensión de la cobertura pública. Asimismo, la composición del financiamiento de la salud, tan o más importante que el monto total, se concentra en tres agentes: los hogares (39%), los empleadores (35%), y el Gobierno (23%).

Cuadro N° 2  
**Perú: Motivos de la no Utilización de Servicios de Salud  
 en Población que la Requiere 1997-2000<sup>1</sup>**  
 (en porcentajes de población)

Motivos	1997	2000
“Falta de recursos económicos”	74,3	82,2
“Atención no es buena”	4,9	3,2
“Lugar de consulta esta lejos”	7,7	3,2
“No existe servicio de salud	1,3	1,5
“No hay medicinas”	0,2	1,2
Otros	11,6	8,7
Total	100,0%	100,0%

El gasto en salud tiende a disminuir como porcentaje del gasto familiar a medida aumenta el número de miembros del hogar que cuentan con un seguro en salud.

Teniendo en cuenta los altos niveles de pobreza de la población peruana, el rol preponderante del financiamiento de los hogares, compuesto casi en su totalidad por el pago de bolsillo, predispone a la inequidad y exclusión de los más pobres, así como a la fragmentación del financiamiento.

### **Barreras geográficas**

Según un diagnóstico del MINSA<sup>3</sup> aún no se logra cubrir íntegramente la demanda del territorio nacional pese al incremento de servicios en el primer nivel de atención. La existencia de muchas zonas del país donde predominan poblaciones dispersas es un factor importante de inaccesibilidad geográfica.

Esta situación se agrava con relación a los centros de salud y hospitales locales de mayor capacidad resolutive, que por lo general se encuentran a considerable distancia de los poblados o comunidades rurales.

De acuerdo a datos de la Oficina de Estadística e Informática del MINSA, en 7 provincias donde reside el 50% de la población existen establecimientos de salud de todos los niveles. En las restantes 189 provincias donde reside el otro 50% de la población, sólo en un tercio existen establecimientos de todos los niveles.

### **Barreras culturales**

Hay un alto porcentaje de la población de todas las áreas de residencia, regiones naturales, nivel de urbanización, ingresos, sexo y nivel educativo que no acceden por razones

<sup>3</sup> La Situación de Salud y del Sector. En: Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 – 2012. Ministerio de Salud, Lima 2002.

culturales, pues indican que no les tratan bien, no confían en la medicina, no fue necesario, prefieren los métodos caseros, prefieren a los curanderos o tienen otra razón, esta población alcanza el 68,8% de la población que no accede a los servicios de salud en el Perú.

La probabilidad de atención en el parto con un profesional de salud de una mujer con educación superior respecto a una mujer sin educación aumenta en 22% y 33% en áreas urbanas y rurales, respectivamente. Asimismo, el signo positivo de la variable etnicidad muestra que las mujeres que tienen como lengua materna el castellano tienen una mayor probabilidad de atenderse con profesional de salud comparadas con las mujeres de habla aymara o quechua, que enfrentan mayores restricciones socioeconómicas y barreras culturales que acentúan el temor o la desconfianza hacia los médicos u obstetras.

### **Barreras de género**

En Perú, según el Centro de Derechos Reproductivos<sup>4</sup> sectores importantes de la población tienen dificultades en el acceso a los servicios formales de atención de la salud. Son varias las razones que originan este problema, siendo las principales, el lugar de residencia y los bajos niveles de ingreso en las familias.

Con respecto al lugar de residencia, hay información que evidencia la seria desventaja que enfrenta la población rural. Ahora bien, se ha podido constatar que estas dos variables tienen una mayor incidencia en el caso de las mujeres. Esto se explica porque los ingresos femeninos suelen ser inferiores a los masculinos, a lo que debe sumarse el hecho que los hogares monoparentales con menos ingresos son los que tienen una mujer como cabeza de familia. En este sentido, no es de extrañar que las dificultades para acceder a los servicios de salud sean mayores para las mujeres pobres que viven en las áreas rurales.

Estos hechos revisten formas mucho más dramáticas por lo que toca a la salud reproductiva, respecto a la cual las mujeres, debido a sus características biofisiológicas, tienen una demanda mayor. Resulta urgente que el Estado mejore su capacidad resolutoria, no sólo respecto de mujeres gestantes, sino en los diversos aspectos que atañen a la salud reproductiva.

### **Barreras institucionales**

Estas barreras tienen que ver con la oferta (infraestructura) en salud y la calidad de los servicios.

La pertenencia a un seguro público y/o privado incrementa la probabilidad de atenderse con un profesional de salud, siendo este efecto mayor en las zonas rurales donde la condición de estar asegurada aumenta la probabilidad de atención en 15% respecto a las no aseguradas. Asimismo, a medida que aumenta la infraestructura médica per cápita en el distrito de residencia, la probabilidad de atención en el parto con profesional de salud es mayor, siendo este efecto más pronunciado en zonas rurales donde la cobertura actual en servicios de salud es reducida.

En cuanto a calidad de los servicios, un estudio del MINSA<sup>5</sup> concluye que todos los establecimientos autoevaluados califican como Deficiente en el cumplimiento de los estándares de la calidad.

### **Los problemas de acceso son mayores si se tienen en cuenta las necesidades de salud**

Lo expresado hasta aquí respecto a los problemas de acceso está basado en la demanda y utilización de servicios. Sin embargo, como afirmaba el mismo MINSA<sup>6</sup>, la demanda por servicios de salud no traduce la necesidad por éstos.

---

<sup>4</sup> Información adicional sobre Perú al Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Centro de Derechos Reproductivos. Lima, 2002.

<sup>5</sup> Línea Basal de la Calidad en establecimientos del primer nivel de atención. INFORME PRLIMINAR DE: Autoevaluación: 20 DISAs Encuesta de Satisfacción Usuario. DGSP-MINSA. Lima, Enero del 2003.

La distancia entre la necesidad y la utilización de servicios se debe a diversos factores vinculados a la percepción de la enfermedad, al nivel de ingreso de los hogares, a la distancia cultural entre la población y los servicios, a la calidad atribuida a los mismos y a los costos de acceso que comprende las distancias y tiempos de espera. Se encuentra que las familias más expuestas a riesgos informan menos enfermedad que aquellas menos expuestas, lo que implica que a menor posición social (mayor exclusión) las personas tienen limitaciones en identificar y/o explicitar sus problemas de salud. Esta evidencia puede estar reflejando la ausencia de instrumentos de investigación adecuados a las diferentes formas de entender los procesos salud - enfermedad en contextos interculturales.

### 1.3. Situación actual del aseguramiento en salud en el Perú

En nuestro país existen varios tipos de seguros de salud:

- El Seguro Social de Salud – ESSALUD.
- El Seguro Integral de Salud (SIS) – MINSA.
- La Sanidad de las FFAA y la PNP.
- Seguros Privados de Salud.

Mediante estos seguros de salud, que tienen diversas modalidades de aportes y prestaciones, hasta el año 2003 se encontraba protegida el 40% de la población nacional. El 60% restante debe recurrir (total o parcialmente) al gasto de bolsillo para acceder a prestaciones de salud, encontrándose en este sector la mayores inequidades e injusticias en el acceso a la salud y en la realización del derecho a la salud.

El Seguro Social de Salud incorpora a cerca del 17% de la población, sobre todo asalariada dependiente; incluyendo a quienes están sólo en EsSalud (14.0%), los que además están afiliados a EPS en forma complementaria (1.7%) o adicionalmente a un seguro privado (0.7%).

Las sanidades lo hacen únicamente con el 1.6% conformado por los integrantes de las instituciones militares y policiales y sus familiares directos, siendo financiados con fondos del tesoro público.

Los seguros privados de salud afilian únicamente al 1% de la población, constituida por los estratos no pobres de la sociedad.

El Seguro Integral de Salud (SIS) tiene afiliada al 20% de la población, sobre todo de los estratos pobres, teniendo como objetivo proteger a la población que no cuenta con recursos ni seguro. Cuenta con varios planes de afiliación y prestaciones, aunque lo fundamental de sus atenciones se realizan a niños de 0 a 4 años (Plan A) y menores de 17 años (Plan B), así como a puérperas (Plan C): 98% de atenciones<sup>7</sup>.

#### Tendencias en la afiliación a seguros de salud Perú, 1985 - 2003

Afiliación a Seguros	1985	1994	1997	2000	2003
<b>Con seguro</b>	<b>17.6</b>	<b>25.4</b>	<b>22.7</b>	<b>32.3</b>	<b>40.4</b>
- EsSALUD		21.0	18.9	18.4	14.0
- EsSALUD / EPS				1.3	1.7
- EsSALUD y Seguro Privado		0.9	0.5	0.4	0.7
- Seguro Privado de Salud		1.6	1.7	1.6	1.0
- Seguro de FFAA. y Policiales		1.8	1.6	1.3	1.6
- Seguro Integral de Salud					19.7
- Seguro Escolar Gratuito				8.0	1.6
<b>Sin seguro</b>	<b>82.4</b>	<b>74.6</b>	<b>77.3</b>	<b>67.7</b>	<b>59.6</b>
<b>Total (%)</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
Total Población	16'760,442	22'791,142	24'326,552	25'625,031	26'727,809

El estudio actuarial de la OIT en el Seguro Social de Salud – ESSALUD encontró, entre otros, los siguientes problemas:

1. La población asegurada actualmente por EsSalud es alrededor de 7.2 millones de personas que corresponde al 26.5% de la población total y cerca del 18% de la PEA. Sin embargo solo cubre la mitad de los Empleados, el 19% de los Obreros, el 17% de los Patronos o Empleadores.
2. La reducción de la cobertura de EsSalud no se corresponde con el comportamiento de la economía peruana.
3. Desprotección de la población no asalariada
4. La población trabajadora no asalariada (58.2% de la PEA y 28.3% de la población total), que por lo general no es pobre, no tiene una cobertura actual mayor del 10%, y en principio estaría bajo la responsabilidad de EsSalud.
5. Nivel de cobertura de aseguramiento en salud, no se corresponde con el nivel de desarrollo del país. La cobertura de trabajadores asalariados es la mitad del promedio latinoamericano. La cobertura de informales es un tercio del promedio latinoamericano.
7. La cobertura basada en el vínculo laboral bajó fuertemente en la última década
8. Existe una evasión importante en las empresas de la economía formal
9. La proporción de población no asalariada en la fuerza de trabajo es muy alta en el Perú, lo cual limita la extensión de la cobertura mediante los esquemas basados en el vínculo laboral.

#### **1.4. Compromisos Políticos éticos y vinculantes**

**El Acuerdo Nacional**, suscrito el fecha 22 de Julio del 2002 por representantes de los partidos y organizaciones políticas, de la sociedad civil y del Gobierno, se aprobó un conjunto de políticas de Estado dirigidas a alcanzar el restablecimiento pleno del Estado de Derecho y el fortalecimiento de las instituciones democráticas promover y alcanzar la equidad y la justicia social, con particular preocupación por los pobres y excluidos,; mejorar la competitividad del país para su integración en un mundo globalizado y realizar las reformas del Estado para hacerlo eficiente al servicio de los ciudadanos, con una gestión transparente y en lucha contra la corrupción y la descentralización.

**El Acuerdo Nacional**, establece en su **Décimo Tercera Política de Estado el "Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social"**, comprometiéndose a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. También 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, seguro público) y la participación regulada del sector privado.

**Los "Lineamientos de Política de Salud" 2002 - 2012**, aprobados por el Ministerio de Salud, destaca el primero que plantea **"Garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención individual, priorizando los sectores más pobres. En ese sentido, se promoverá en forma progresiva mecanismos que conduzcan a una seguridad universal para la atención básica individual de salud"**

**La propuesta de Lineamientos de Políticas de Salud 2006 – 2011 del actual Gobierno**, establece como Tercer Lineamiento: **Universalización de la Seguridad Social"**, planteando medidas y acciones para el acceso universal a los servicios de salud, el acceso universal a medicamentos esenciales y de calidad; así como la ampliación de la cobertura en zonas de exclusión social y la integración funcional EsSalud - Minsa.

**Acuerdos de Partidos Políticos en Salud 2006 - 2011**, suscritos por 16 partidos y organizaciones políticas nacionales, incluido el actual partido de Gobierno, el cual recoge consensos en salud trabajados durante alrededor de un año por miembros o responsables de las áreas de salud de las comisiones de Plan de Gobierno de los partidos y organizaciones políticas. Estos Acuerdos contienen importantes compromisos **"como expresión de**

## **nuestra voluntad de contribuir a mejorar las condiciones de salud del pueblo peruano en el periodo 2006 – 2011”**

Los Partidos y Organizaciones Políticas que suscribieron los Acuerdos son: Partido Aprista Peruano, Acción Popular, Coordinadora Nacional de Independientes, Partido Popular Cristiano, Partido Solidaridad Nacional, Partido Perú Posible, Partido Humanista Peruano, Partido por la Democracia Social, Somos Perú, Fuerza Democrática, Alianza para el Progreso, Justicia Nacional, Partido Socialista, Movimiento Nueva Izquierda, Avanza País y Unión por el Perú.

Los Acuerdos son: compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (salud infantil, materna, ITS/VIH-Sida, TBC, otras), aseguramiento universal, financiamiento en salud, descentralización en salud, participación ciudadana en salud, acceso y disponibilidad de medicamentos.

Con relación al aseguramiento universal y el financiamiento en salud:

1. 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.
2. Establecer objetivos y metas al corto y mediano plazo para el aseguramiento universal obligatorio y como objetivo de largo plazo alcanzar la universalización de la seguridad social.
3. Modelo de aseguramiento que defina roles de los agentes en funciones de prestación, financiamiento y regulación, garantizando la libre elección del prestador por parte del usuario.
4. Promover el objetivo de la universalización de la seguridad social constituyendo, en el largo plazo, un Fondo Único que agregará fondos públicos, privados y mixtos.
5. Definir mecanismos de intercambio de servicios y constituir un fondo para cubrir los eventos catastróficos.
6. Priorizar el financiamiento fiscal al aseguramiento público para ampliar la cobertura a los pobres y excluidos.
7. 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.
8. Constituir una Superintendencia Nacional de Salud
9. Definir en el corto plazo un Plan Garantizado de Beneficios, que incluya promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para los problemas más importantes de salud, incorporando progresivamente prestaciones sociales.
10. Promover cultura de aseguramiento y adoptar modelo de competencia regulada entre proveedores.
11. Garantizar la atención institucional a los reclamos por Derechos vulnerados.
12. Incrementar el financiamiento de la salud a lo largo del quinquenio para el cumplimiento de los objetivos sanitarios, acercándonos al promedio latinoamericano.

El Foro de la Sociedad Civil en Salud, la Coordinadora de organizaciones sindicales, sociales de base y gremiales de productores en ejercicio de nuestro derecho fundamental a la participación, establecido en el Artículo 2º, numeral 17, propone el siguiente Proyecto de Ley:

## **2. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO**

El presente proyecto busca mejorar significativamente el estado de salud de la población del país a través del acceso universal a atención integral de salud de calidad mediante la universalización de la seguridad social y el aseguramiento.

Los beneficios que reportará al país serán diversos y muy significativos en tanto es ampliamente aceptado que el mejoramiento del estado de salud de la población contribuye de manera decisiva a la lucha contra la pobreza, promueve el desarrollo humano y la inclusión social, favoreciendo la integración social y la gobernabilidad democrática, así como repercutiendo en forma directa en el mejoramiento de la competitividad y el crecimiento de nuestra economía.

En el caso de la salud, ya el presupuesto 2007 tiene entre sus prioridades garantizar la atención de la salud a la población vulnerable y de alto riesgo con énfasis en la salud materna e infantil, para lo cual los establecimientos de salud han asignado S/. 187 millones para la Mejora de la Salud materna y reducción de la mortalidad infantil. Igualmente, la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, principalmente en las zonas más pobres del país a través de la extensión de horarios de atención a partir de setiembre en Lima y Callao como plan piloto, el cual se irá ampliando progresivamente a nivel nacional en coordinación con las Diresas. También la incorporación al Seguro Integral de Salud (SIS) a otros grupos poblacionales mediante el seguro contributivo (aporte mínimo mensual por parte del usuario) a favor de conductores y cobradores del servicio público de transporte, mototaxistas, triciclistas. La meta es de 300 mil afiliados, previéndose para el 2007 una afiliación de 30 mil conductores.

También, la compra corporativa por subasta inversa de medicamentos e insumos quirúrgicos en coordinación con ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, a través de una gran Licitación Pública o Concurso Público.

En general, el presupuesto está orientado al financiamiento de acciones destinadas a evitar el deterioro de capacidades, especialmente la protección de la niñez, jóvenes y de las familias vulnerables.

El Proyecto de universalización de la seguridad social y aseguramiento universal en salud requiere de un análisis social que toma en cuenta resultados en términos de servicios y bienestar. Los efectos de los beneficios de las acciones consideradas en el Proyecto se apreciarán progresivamente ampliando el acceso a servicios que permitirán mejorar la calidad de vida y la reducción de enfermedades.

El análisis costo - beneficio del Proyecto requiere de cierta flexibilidad, debido a que los beneficios que resulten de la implementación de las acciones consideradas, recaen en los beneficiarios, que es la sociedad en su conjunto.

### **3. EFECTO DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL**

La presente iniciativa legislativa implica modificar en lo que concierne a financiamiento en salud y sistemas de aseguramiento la Ley N° 26842, Ley General de Salud; la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social; la Ley N° 27056, Ley de creación de ESSALUD, y otras disposiciones vinculadas con la sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

Lima, febrero 2007