

Aseguramiento universal en salud

Universal insurance for health

Eduardo E. Zárate-Cárdenas¹

En general, el principal problema del sector salud es la escasa capacidad de prestar servicios oportunamente en los establecimientos públicos a sus usuarios. Esto obliga a que el consumidor genere gastos de su propio bolsillo (gastos en consultas privadas, en automedicación, en buscar otro sistema de salud, entre otros). Estos gastos, llamados gastos de bolsillo, representan el 32% del total del presupuesto destinado al sector salud, cifra superior a la que aporta el Estado, 31%. Es decir, los hogares aún son los principales financiadores de la atención de su salud.

En el año 2005, solo el 35% de la población declaró tener alguna forma de aseguramiento en salud, así que la reciente oferta gubernamental de un seguro universal para toda la población parece ser una forma de lograr una mayor cobertura para que los pobres puedan acceder a los servicios de salud.

En abril de 2009, se proclamó la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, la que ha tenido una gran difusión mediática, pero escaso debate académico y poco conocimiento de las fisuras para su implementación. De acuerdo al mismo texto, la Ley debería haber sido reglamentada en 90 días luego de la promulgación, lo que está aún pendiente. No hemos asistido a un debate que pudiera introducir una masa crítica pensante sobre un proceso que se ha iniciado y estará presente en el escenario de la salud pública del país en los próximos lustros.

De acuerdo al artículo segundo de la Ley, el Aseguramiento Universal es un proceso orientado a lograr que toda la población del país disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recupe-

rativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Líneas abajo, dicha ley indica que los planes de aseguramiento serán tres: el PEAS, los planes complementarios y los planes específicos.

Evidentemente, la piedra angular es el PEAS, el que se define como una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento de salud, sean estas públicas, privadas o mixtas. De acuerdo al texto, el aseguramiento será para una parte de los problemas de salud, vale decir no para todos sino solo para una parte que pueda ser cubierto con fondos públicos, lo que torna al financiamiento fiscal como el eje de cuán grande o pequeña podrían ser las condiciones asegurables. El Estado en los últimos años ha destinado como presupuesto del sector salud entre el 4,6% y 5,0% del PBI, mientras que el promedio en América Latina ha estado en 7%. Por lo que, es imperativo asegurar un mayor presupuesto para hacer viable la aplicación del aseguramiento y, sobre todo, orientarlo a las zonas más pobres del país.

Se ha definido que la implementación será a través de un proceso en las zonas de pobreza y extrema pobreza, según el Censo Nacional 2007; es decir, zonas de la sierra rural, en particular el Trapecio Andino. Esta definición de zonas de pobreza es acertada, pero las presiones políticas en un año electoral no garantizan que no se yuxtapongan otras zonas en medio de una ausencia de fondos fiscales suficientes. Además, será necesario que el reglamento especifique las metas anuales para garantizar una vigilancia ciudadana en el proceso de aseguramiento y alcanzar una mayor cobertura de las prestaciones en todo el país.

1. Profesor principal de la Facultad de Medicina de San Fernando y jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UNMSM.



Para los aspectos de fiscalización se instalará una instancia supervisora, la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, como organismo público con autonomía técnica, administrativa, económica y funcional encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones de fondos de aseguramiento en salud y de supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esta superintendencia estará integrada por representantes del Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer, el Ministerio de Economía y el Ministerio de Trabajo. Se nota la ausencia de la sociedad civil, de las instituciones colegiadas profesionales y de las sociedades científicas, con la que perderá independencia y será un directorio similar a muchas instituciones públicas vigentes.

Son dos los aspectos medulares para generar un proceso que permita plasmar lo declarado en la Ley Marco:

1. El financiamiento del presupuesto público que permita asegurar las prestaciones de salud. No tenemos información sobre que en el presente año fiscal 2010 se hubiera incrementado significativamente los fondos del sector, para así lograr el financiamiento que amerita la Ley 29344. Es necesario precisar que, si bien la Ley consigna que habrá fondos regionales, las regiones pobres del país, como el Trapecio Andino (Apurímac, Ayacucho y Huancavelica), tienen escasos fondos fiscales como para llevar a cabo la implementación en los grupos de poblaciones priorizadas.
2. La formación de los recursos humanos y las políticas de estímulos para establecer a los profesionales de

salud en las zonas de implementación. Es evidente el desfase entre la formación universitaria predominantemente curativa, en un modelo hospitalario, frente al ejercicio de una práctica médica que impulse acciones preventivas y que actúe sobre las enfermedades infecciosas y nutricionales para el primer nivel de atención, lo que evidencia la necesidad de un trabajo en equipo multidisciplinario. Este es un reto para las instituciones formadoras de profesionales de la salud y para las sociedades científicas que deben debatir e impulsar un nuevo tipo de formación médica. Es decir, una formación profesional y técnica para actuar localmente pero con una visión global.

De igual manera estos profesionales requieren incentivos, no solo económicos, y apoyo académico para permanecer en las zonas críticas. No es suficiente un programa de servicio rural médico (Serums) de carácter obligatorio, en el que cumplir los plazos es lo importante para el joven médico y luego emigrar a las grandes ciudades. Tampoco lo será aumentar los años de formación del residentado médico, para que en el último año concurran a trabajar en las zonas críticas, por un año, porque al no existir planes de desarrollo regionales ni mejoras económicas diferenciables no se estimulará la permanencia de los jóvenes especialistas en esas zonas críticas para las que fueron destinados. Esto es una gran tarea pendiente.

Es de esperar que, en los próximos meses, el panorama se vaya aclarando y que el aseguramiento universal se convierta en una realidad en beneficio de un amplio sector, aún empobrecido, de la población y no en un mero discurso político transitorio, circunstancial o mediático.