



Organización
Internacional
del Trabajo

► Viabilidad técnica y normativa para la constitución de IAFAS en favor de los afiliados a la Derrama Magisterial

► **Viabilidad técnica y normativa
para la constitución de IAFAS
en favor de los afiliados a la
Derrama Magisterial**



Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. Para consultar una copia de la licencia, véase <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>. El usuario podrá reproducir, compartir (copiar y redistribuir), adaptar (mezclar, transformar y desarrollar el contenido de la obra original), conforme a los términos detallados en la licencia. El usuario deberá citar claramente a la OIT como fuente del material e indicar si se han introducido cambios en el contenido original. No está permitido reproducir el emblema, el nombre ni el logotipo de la OIT en traducciones, adaptaciones u otras obras derivadas.

Atribución de la titularidad - El usuario deberá indicar si se han introducido cambios y citar la obra como sigue: *Viabilidad técnica y normativa para la constitución de IAFAS en favor de los afiliados a la Derrama Magisterial* Lima: Oficina Internacional del Trabajo, 2024, © OIT.

Traducciones - En caso de que se traduzca la presente obra, deberá añadirse, además de la atribución de la titularidad, el siguiente descargo de responsabilidad: *La presente publicación es una traducción de una obra protegida por derechos de autor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esta traducción no ha sido realizada, revisada ni aprobada por la OIT y no debe considerarse una traducción oficial de la OIT. La OIT declina toda responsabilidad en cuanto a su contenido o exactitud. La responsabilidad incumbe exclusivamente al autor o autores de la traducción.*

Adaptaciones - En caso de que se adapte la presente obra, deberá añadirse, además de la atribución de la titularidad, el siguiente descargo de responsabilidad: *La presente publicación es una adaptación de una obra protegida por derechos de autor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esta adaptación no ha sido realizada, revisada ni aprobada por la OIT y no debe considerarse una adaptación oficial de la OIT. La OIT declina toda responsabilidad en cuanto a su contenido o exactitud. La responsabilidad incumbe exclusivamente al autor o autores de la adaptación.*

Materiales de terceros - Esta licencia Creative Commons no se aplica a los materiales incluidos en la presente publicación que, aunque no son de la OIT, están protegidos por derechos de autor. Si el material se atribuye a una tercera parte, el usuario que utilice dicho material será el único responsable de obtener las autorizaciones necesarias del titular de los derechos y de responder ante cualquier reclamación por vulneración de los derechos de autor.

Toda controversia derivada de la presente licencia que no pueda ser resuelta de manera amistosa será sometida a arbitraje de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI). Las partes quedarán vinculadas por el laudo arbitral resultante de dicho arbitraje, que resolverá con carácter definitivo dicha controversia.

Toda consulta sobre derechos y licencias deberá dirigirse a la Unidad de Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), a rights@ilo.org. Puede obtenerse información sobre las publicaciones y los productos digitales de la OIT en: www.ilo.org/publns.

ISBN: 9789220408216 (versión impresa)

ISBN: 9789220408223 (versión web PDF)

Las denominaciones empleadas en las publicaciones y las bases de datos de la OIT, que están en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican juicio alguno por parte de la OIT sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

Las opiniones y puntos de vista expresados en esta publicación incumben solamente a su autor o autores y no reflejan necesariamente las opiniones, puntos de vista o políticas de la OIT.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la OIT, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Impreso en Perú

Advertencia

El estudio presentado asume, como uno de sus enfoques transversales, el enfoque de género como parte sustancial de la investigación. En este marco, se ha utilizado, cada vez que ha sido posible, un lenguaje que diferencie y visibilice a ambos sexos. Sin embargo, con el fin de evitar la sobrecarga y facilitar la lectura, se ha optado por emplear, en ocasiones, el masculino genérico clásico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan a las mujeres y hombres.

► Índice

1. Análisis de riesgos y oportunidades para constitución de IAFAS con fondos de la Derrama Magisterial y en favor de los afiliados	1
1.1 Las IAFAS como garantías institucionales del acceso efectivo a prestaciones de salud	1
1.2 Las mutualidades como mecanismo de financiación de la seguridad social en salud	9
1.3 Experiencias comparadas	14
2. Constitución de una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) gestionada por la Derrama Magisterial	20
2.1 Finalidad y objetivos	20
2.2 El problema público a responder	20
2.3 Ausencia de un mapa epidemiológico que revele las necesidades específicas de salud de los docentes	22
2.4 Sistema de Redes	25
2.5 Oferta de servicios	26
3. Viabilidad legal y estatutaria de la constitución de una IAFAS por parte de la DM	28
3.1 Marco institucional de las funciones de la DM	28
3.2 Las IAFAS y su compatibilidad con el marco misional de la DM	28
3.3 Procesos internos en la DM	29
3.4 Breve hoja de ruta	29
4. Opciones estratégicas para la constitución de IAFAS gestionada por la DM	30
5. Procedimientos administrativos para el funcionamiento de las IAFAS	32
5.1 Capital mínimo	32
5.2 Autorización para la organización de una IAFAS	33
5.3 Procedimiento para obtener la autorización de organización	34
5.4 Autorización de funcionamiento para IAFAS	35
5.5 Procedimiento para obtener autorización de funcionamiento de la IAFAS	35
5.6 Registro de IAFAS en el RIAFAS	36
6. Conclusiones y recomendaciones	37

► 1. Análisis de riesgos y oportunidades para constitución de IAFAS con fondos de la Derrama Magisterial y en favor de los afiliados

1.1 Las IAFAS como garantías institucionales del acceso efectivo a prestaciones de salud

La salud como derecho fundamental, en su dimensión prestacional, demanda del Estado un rol de garante y, por tanto, entre otras cosas, la responsabilidad de implementar las políticas públicas que hagan posible el acceso oportuno de la población a servicios de salud seguros y de calidad. Al respecto, el Tribunal Constitucional ha señalado que el derecho a la salud constituye un derecho constitucional, conforme al artículo 7 de la Constitución: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad (...) La conservación del estado de salud en cuanto contenido del derecho constitucional a la salud comprende, a su vez, el derecho de acceso y goce de las prestaciones de salud. La conservación de la salud no es posible sin el acceso y sin el goce de las prestaciones correspondientes” (STC 7231-2005-PA/TC, FFJJ 1 y 2).

De otro lado, el propio TC ha señalado las obligaciones del Estado con respecto al derecho a la salud:

►► En su dimensión prestacional, la salud es un derecho fundamental cuya satisfacción requiere de acciones prestacionales, que como lo prevé el artículo 11.º de la Constitución, pueden brindarse a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Por ello, debe reconocerse que la salud también es un servicio público de tipo asistencial, que requiere para su efectividad de normas presupuestales, procedimentales y de organización que hagan viable su eficacia en la práctica, de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo y eficaz (...). En tal sentido, todas las personas tienen el derecho de poder acceder al servicio de salud y el Estado se encuentra obligado a organizar, dirigir, reglamentar, garantizar y supervisar su prestación de conformidad con los principios de continuidad en la prestación del servicio, eficacia, eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad y progresividad. Ello es así porque la prestación del servicio de salud está conectada con la realización misma del Estado social y democrático de derecho y con la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad”.



► (STC 02480-2008-PA/TC, FFJJ 7,9).

De esta manera, queda claro que constitucionalmente el deber de garantía estatal respecto al derecho fundamental a la salud implica la implementación de los mecanismos institucionales necesarios para facilitar el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud seguros y de calidad. Responsabilidad que se expresa en la creación y mantenimiento de instituciones prestadoras de servicios de salud y los instrumentos financieros adecuados que hagan posible el acceso económico a estos servicios.

No obstante lo señalado, el sistema peruano de salud, antes de la entrada en vigencia de la Ley N° 29344 (Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud- LMAUS¹) se caracterizaba por su alto índice de segmentación y desarticulación con múltiples actores, tanto en la prestación de servicios como en el aseguramiento público, que ejecutaban distintas funciones no necesariamente complementarias y con grandes grados de superposición (situación que aún se mantiene, pero que definitivamente era más profunda antes de la LMAUS). Una expresión de esto era la regresividad e insuficiencia del financiamiento con predominio de pago del bolsillo.

Por ejemplo, el Perú se ha caracterizado por una localización inequitativa de recursos humanos calificados, una falta de regulación de la formación profesional y una falta de conciliación entre necesidades y demandas. Un estándar de referencia que sirve para medir el número de profesionales de la salud que se requiere como mínimo en un país es veinticinco (diez médicos, diez enfermeras y cinco obstetrices) por cada 10 000 habitantes. Aplicado este criterio por el Minsa al sector público, se advierte que nuestro país se encontraba por debajo de ese mínimo, pues presenta una densidad de 22,6 por cada 10 000 habitantes (9,1 por ciento de médicos, 10,1 por ciento de enfermeras, y 3,4 por ciento de obstetrices),

Adicionalmente, se debe tener en cuenta que el número total de profesionales de la salud en el país no se encuentra disponible para todos los sectores de la población, sino para aquellos adscritos a la entidad para la cual se encuentren laborando (generalmente Minsa/Diresas o EsSalud), a pesar de encontrarse en el mismo ámbito territorial. Adicionalmente, la revisión de la densidad de profesionales de la salud en el país permite identificar significativas diferencias entre el promedio nacional y el de las regiones, pues al verificar la información referida a estas se advierte que catorce de ellas no llegan a superar el nivel de densidad de 20 por cada 10 000 habitantes, y 4 de ellas no alcanzan la densidad de 15 por cada 10 000 habitantes. Solo Lima, Arequipa y Moquegua llegan a superar el mínimo recomendado.

De otro lado, en lo que se refiere al gasto en salud, según el análisis que se realizó en el Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud en el 2005, el Perú se caracterizaba por el escaso financiamiento destinado al sector, pues el gasto en el país apenas alcanzaba el 4,7 por ciento del producto bruto interno (PBI), frente al promedio latinoamericano que era de 7,5 por ciento (138 dólares)². De igual manera, según el Banco Mundial³, para el año 2010 el Perú destinó como gasto per cápita para la salud el promedio de 269 dólares. Esta cifra se encuentra solo por encima de países como Bolivia y Paraguay, pero debajo de Ecuador y muy por debajo de Colombia, Chile, Venezuela, Uruguay, Colombia y Argentina.

Como señalan Titelman y Uthoff⁴ la recurrencia al gasto de bolsillo para acceder a servicios de salud o al consumo de medicamentos es una fuente importante de inequidad. En esa línea, según la Organización Mundial de la Salud⁵ la inequidad en el acceso a la salud entre los países se encuentra determinado por el grado de participación del gasto de bolsillo en el financiamiento total de estos servicios, situación que paradójicamente afecta en mayor medida a las familias con menores recursos.

Esta situación de inequidad agrava además el proceso de empobrecimiento de los hogares, especialmente en términos de los gastos; sobre todo cuando se enfrenta enfermedades raras o huérfanas cuyo costo es considerado catastrófico.

1 Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 9 de abril del 2009.

2 Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud 2006-2011, p. 4. Disponible en: <http://www.politicassalud.org/site/05-eventos>

3 World Bank. 2021. Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Perú después de la COVID-19. © World Bank.

4 Titelman, Daniel y Uthoff, Andras, "El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud", Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia, D. Titelman y A. Uthoff (comps.), Fondo de Cultura Económica.

5 Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe sobre la salud en el mundo, 2005, Washington, D.C., 2005.

Sin duda que esta situación se tradujo en una profunda insuficiencia de los servicios de salud que, adicionalmente, se encontraba concentrada en las capitales de las ciudades de la costa en perjuicio de las poblaciones residentes en zonas alejadas del país; situación que se tornaba más crítica si se considera el factor económico como barrera infranqueable de acceso a los servicios de salud, sobre todo en perjuicio de las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad económica.

► En la mayoría de los países de América Latina, en cambio, coexisten los sectores públicos, privados y de seguridad social. La presencia de estos tres subsectores determina una mayor desagregación de las fuentes de financiamiento y de la estructura proveedora, lo que condiciona además los mecanismos de solidaridad y la capacidad de racionalizar y coordinar la oferta prestadora (...). La afiliación a la seguridad social y seguros privados está estrechamente vinculada a la distribución de ingresos. Los hogares pertenecientes a los quintiles más altos declaran mayor afiliación a sistemas de aseguramiento, mientras que las familias del primer y segundo quintil suelen estar protegidas por el sistema público. Sin embargo, aun en los sistemas de seguros sociales o privados, las coberturas no son uniformes y la calidad y tipo de los servicios suelen estar relacionados con el nivel de aporte y la capacidad de copago de los afiliados (...). La manera en que los países han intentado reestructurar las interrelaciones entre estos tres sectores permite clasificar las reformas que se han llevado a cabo en la región”.



► **Guillermo Cruces⁶**

A partir del año 2009, el Perú ha implementado un proceso de reforma del sistema de salud, uno de cuyos principales componentes es el nuevo modelo de financiamiento de la salud recogido en la Ley N° 29.344 (Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, LMAUS).

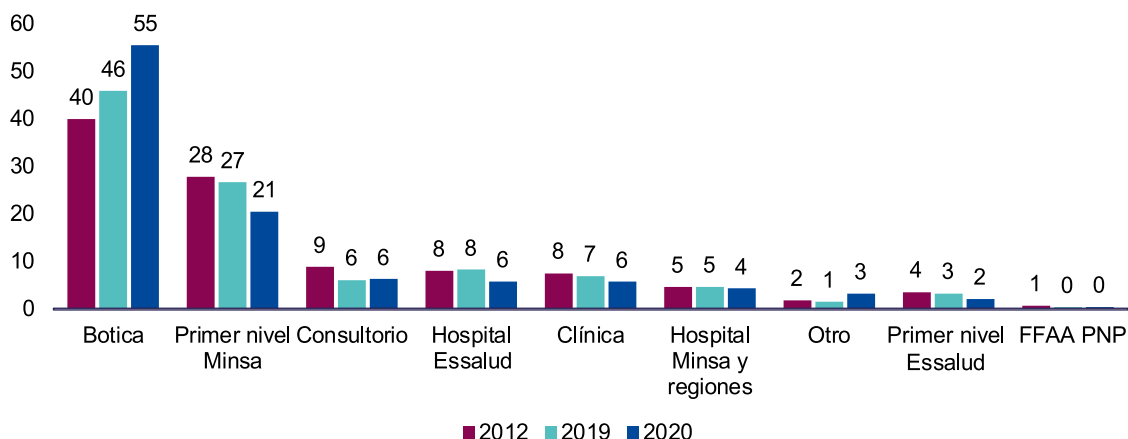
En ese sentido, la LMAUS define los principales actores que intervienen en el sistema de salud. Así, al Ministerio de Salud se le asigna el rol de ente rector del sistema. Se crean las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) como entidades responsables del financiamiento de los servicios de salud. También se crean las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), como prestadores de los servicios de salud, y la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) —hoy Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)— como ente supervisor del sistema.

Como se ha señalado, con la LMAUS se implementa un nuevo modelo de financiamiento de la salud basado en el aseguramiento universal de la población. De esta manera, todo ciudadano cuenta con una cobertura financiera que garantice el acceso oportuno a servicios de salud de calidad. Este nuevo modelo parte de reconocer que uno de los principales problemas que afecta a la población residente en nuestro país es la accesibilidad financiera a servicios oportunos de salud; situación que afecta principalmente a las poblaciones más vulnerables.

⁶ Cruces, Guillermo. “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”, en Protección social y sistemas de salud. Disponible en <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/cruces2.pdf>

Al respecto, según el Banco Mundial⁷, una significativa proporción de la población no recibe atención del sistema de salud. Específicamente, la población que, ante condiciones desfavorables en salud, recibe atención del primer nivel público ha disminuido entre el 2012 y el 2019. Por el contrario, la proporción que recibe atención en farmacias o boticas aumentó en esos mismos años; situación que en el 2020 se agravó por el cierre de un alto número de establecimientos de primer nivel como consecuencia de la pandemia de COVID-19.

► **Gráfico 1. Lugares de atención para la población que presentó problemas de salud (porcentaje)**



*Se podía reportar más de una opción

Fuente: INEI (Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza, 2019c) e INEI (Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza, 2020).

Una de las principales causales que explicaría esta deficiencia en el uso de los servicios de salud es la falta de recursos de los usuarios para financiar dichas prestaciones, constituyéndose el factor económico como una de las principales barreras para el acceso efectivo a la salud. Por esta razón, la Política de Aseguramiento Universal en Salud fue implementada para garantizar el acceso efectivo de la población a la atención de salud, en términos de oportunidad, calidad y financiamiento, brindando así protección financiera de las familias ante los riesgos de empobrecimiento asociado a eventos de enfermedad.

La política del Aseguramiento Universal en Salud determinó que el acceso a los servicios de salud se realizara por medio de la intermediación financiera de seguros de salud, estableciendo para ello cuatro ejes de reforma: a) plan de beneficios; b) financiamiento y pagos; c) focalización de subsidios; y d) prestación de servicios y regulación

En este nuevo modelo, las IAFAS desempeñan el rol de aseguradoras en tanto tienen como objetivo la captación y gestión de fondos para el financiamiento de las prestaciones de salud en beneficios de sus afiliados incluidos en los planes de aseguramiento en salud. En este esquema la garantía del efectivo acceso a servicios de salud depende de una eficiente gestión de los recursos públicos y privados orientados a dicho fin, para cuyo propósito estas instituciones tienen como principales procesos misionales: i) la recaudación de recursos o fuentes para financiar los servicios sanitarios; ii) la mancomunación o aseguramiento, brindando cobertura a la población, para lo cual administra los recursos financieros y gestiona los riesgos; y iii) la compra de servicios, que implica que el asegurador desarrolla mecanismos de pago para comprar servicios a los prestadores.

De conformidad con el marco legal nacional, las IAFAS pueden ser públicas o privadas. Las IAFAS públicas constituyen los regímenes de aseguramiento subsidiado y semicontributivo, es decir, financiados total o parcialmente con transferencias del Tesoro Público (a cargo del Seguro Integral de Salud-SIS) y el régimen contributivo financiado con el aporte de los afiliados o de sus empleadores (a cargo del Seguro Social de Salud-EsSalud, las IAFAS de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú).

7 Banco Mundial. 2021. *Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Perú después de la COVID-19*. Banco Mundial.

Adicionalmente, el régimen contributivo se encuentra integrado por las IAFAS privadas. Estas ofrecen seguros que pueden ser alternativas o complementarias al régimen contributivo que ofrece EsSalud, como es el caso de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Por otro lado, dentro del sector privado existen las IAFAS prepagas constituidas por aquellas clínicas privadas que ofrecen coberturas de servicios brindadas por sus propias IPRESS. También se presentan las denominadas IAFAS autoseguros que son empresas empleadoras que, además de realizar sus contribuciones a EsSalud como empleadores, administran un fondo con aportes propios y/o de sus trabajadores para financiar prestaciones de salud en favor de estos y sus derechohabientes.

Según datos del Registro Nominal de Asegurados a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), a nivel nacional, el 86 por ciento de la población cuenta con algún seguro de salud, el cual se ha incrementado en 25.4 puntos porcentuales respecto del año 2009 (60,5 por ciento). De esta manera, a diciembre del 2022, la cobertura de aseguramiento en salud es de 107,62 por ciento (35 552 459 afiliados) del total de población estimada, donde 74,5 por ciento pertenecen al SIS, 33,2 por ciento a EsSalud, 3 por ciento al EPS, 2 por ciento a las Fuerzas Armadas y Policiales, y un 7,7 por ciento a otros seguros.

Según el INEI, la población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS) muestra una tendencia creciente desde el 2009, al pasar de 33,8 a 60,9 por ciento en 2022, representando un incremento de 27.1 pp. Además, en el periodo 2020-2022, el registro de afiliados al SIS mostró un ascenso al pasar de 51,5 a 60,9 por ciento, lo que supone un incremento de 9.4 pp. Por su parte, en EsSalud, la población afiliada se ha mantenido casi constante desde el año 2009, mostrando su máximo nivel en el año 2020 (30,4 por ciento) para descender a 22,8 por ciento en el año 2022.

Cabe señalar que la IAFAS EsSalud, afilia de manera obligatoria a los denominados asegurados regulares, compuesto por: trabajadores activos que laboran bajo la relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores; pensionistas; trabajadores independientes incorporados por mandato de una ley especial, como es el caso de los pensionistas afiliados a la Ex Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pecador (CBSSP); trabajadores pesqueros afiliados a la ex CBSSP, pescadores artesanales independientes y procesadores pesqueros artesanales independientes; socios de cooperativas agrarias; trabajadores del hogar; y beneficiarios de la Ley N° 30.478.

Por tanto, se asume que, en materia de seguridad social en salud, las personas afiliadas a la DM y sus dependientes, en tanto trabajadores sujetos a una relación laboral (independientemente de la modalidad contractual laboral a la que se encuentren sometidos), son asegurados regulares de EsSalud.

Por qué es importante la constitución de una IAFAS para los afiliados a la DM

La finalidad previsional de la DM

La Derrama Magisterial fue creada mediante Decreto Supremo N° 078 del 10 de diciembre de 1965, como una institución de Seguridad Social privada en favor de los maestros de las instituciones educativas estatales y cuya finalidad es atender la seguridad y el bienestar de sus asociados, otorgando a sus afiliados un fondo de retiro de carácter complementario a los beneficios previstos en el sistema de pensiones a los que estos estuvieran adscritos. Adicionalmente, como parte de su finalidad previsional, la DM otorga beneficios de Invalidez y Fallecimiento.

En esa línea, mediante Decreto Supremo N° 021-88-ED⁸ del 13 de setiembre de 1988 se aprueba el Estatuto de la Derrama Magisterial, estableciendo que es una persona jurídica de derecho privado con autonomía administrativa y económico-financiera.

El artículo 3 del referido estatuto establece que son objetivos de la Derrama Magisterial: *a)* atender la seguridad y bienestar social de sus asociados elevando la calidad de vida del maestro; y *b)* otorgar servicios de previsión social, crédito social, cultura social, inversión social y vivienda social.

En coherencia con ello, el artículo 32 del propio estatuto precisa que “Los fondos de la Derrama Magisterial se aplicarán en los siguientes conceptos: atención a beneficiarios; administración; e inversión y servicios”.

⁸ El texto estatutario pretendió ser modificado por el Decreto Supremo N° 009-2022-MINEDU, del 8 Julio del 2022; sin embargo, mediante el artículo 1 del Decreto Supremo N° 008-2023-MINEDU, publicado el 27 abril 2023, se deroga el Decreto Supremo N° 009-2022-MINEDU, restableciendo el texto original del Estatuto de la DM.

Para este propósito la DM principal recauda y administra los aportes mensuales de sus asociados, que en la actualidad superan los 280 000, lo cual representa aproximadamente el 80 por ciento de la población docente nacional. El aporte mensual es el equivalente al 0,5 por ciento de la UIT vigente y es depositado íntegramente en la cuenta individual de cada asociado, sin recargas ni comisiones.

La DM opera con un modelo de negocio según el cual realiza inversiones, a través de sus diferentes unidades de negocios, para garantizar una rentabilidad del 8,3 por ciento anual a sus asociados. Estas inversiones garantizan el crecimiento sostenido de las cuentas individuales que integran el Fondo de Retiro y financian los beneficios colaterales que se brinda a los docentes asociados y sus familias (DM Hoteles, DM Créditos, DM Plaza, DM Formación, DM Vivienda, Librerías Crisol, entre otros).

Así, en el año 2007, el fondo de retiro ascendió a S/ 835 557,380. En 2010 llegó a S/ 1 163 139,734 y para diciembre de 2020 alcanzó S/ 2 404 527,873. Es decir, se incrementó en cerca de 190 por ciento en un periodo de trece años (del 2007 al 2020).

Originalmente, la Derrama contaba con una gestión estatal; sin embargo, durante este periodo los aportes de los afiliados no fueron capitalizados adecuadamente con la consiguiente reducción paulatina de los recursos del Fondo. Ante esta situación el Gobierno transfirió la gestión de la Derrama a los gremios magisteriales, lo cual se evidenció en un incremento sostenido de la eficiencia en el manejo de estos fondos. Así, en el 2017 la DM obtuvo 153 millones de soles de utilidades.

Cabe señalar que desde 1995 la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP supervisa de manera permanente a Derrama Magisterial, que además cuenta con sus propios órganos de control interno como el Consejo de Vigilancia y un Equipo de Riesgos y Auditoría Interna.

Las líneas de negocio colateral de la Derrama Magisterial	
Las líneas de negocios colaterales gestionados por la DM como mecanismos complementarios de financiación de su finalidad previsional y fuente de servicios complementarios o colaterales otorgados a sus afiliados se traducen en los siguientes servicios:	
Créditos 	Los maestros asociados a Derrama Magisterial pueden solicitar créditos en efectivo de hasta S/ 100 000, los cesantes de las leyes 19.990 y 20.530 hasta S/ 75 000 y los contratados hasta S/ 30 000, previa evaluación crediticia, de forma sencilla, rápida y con requisitos mínimos.
Descuentos del 20% en la librería Crisol 	Acceso gratuito a 1 000 libros electrónicos y 100 horas de audiolibros. Temas: educación, pedagogía, humanidades, literatura, desarrollo personal, ciencias, empresas, negocios, economía, contenido infantil y juvenil.
Formación 	Los afiliados a la Derrama Magisterial tienen acceso a la comunidad virtual y a toda una programación de cursos gratuitos y disponibles online. Se organizan maestrías, diplomados, seminarios y talleres sobre temas pedagógicos y de gestión educativa.
Hoteles 	DM cuenta con establecimientos hoteleros y centros recreacionales de categoría, en siete ciudades de gran atractivo turístico, para que los docentes pasen sus vacaciones en familia, con tarifas diferenciadas.
Plaza 	Antes Bazar del Maestro ofrece los mejores productos a los mejores precios en un ambiente seguro y agradable para maestros y público en general.
Vivienda 	Miles de maestros han hecho realidad el sueño de la casa propia, gracias al Programa Nacional de Vivienda Magisterial que ha construido unidades de vivienda en seis ciudades del país.

Como puede apreciarse, la naturaleza de la DM es la de un fondo previsional de retiro de carácter complementario y sectorial; es decir un instrumento de seguridad social. Efectivamente, la finalidad principal de la Derrama es brindar un beneficio previsional para los maestros del sector público, que reciben inmediatamente después de pasar a la condición de cesantes. Esta finalidad previsional se complementa con un bono de invalidez o fallecimiento ofrecida a sus afiliados ante la materialización de tales contingencias.

En ese sentido, señala Ossio⁹: “El fin de la Derrama Magisterial es ofrecer bienestar social y generar rentabilidad para el fondo de retiro. Eso ha derivado en la participación en diversas categorías de negocio como los hoteles, vivienda y *retail*”. Y en el mismo sentido señala Apaza Rondon: “Como ideal, la Derrama Magisterial está basada en la solidaridad, unidad e igualdad de beneficios para los asociados, constituyéndose en un medio para lograr la paz social. Se ubica dentro del ámbito de la Seguridad Social, cuyos fondos son destinados a cubrir la salida del docente del magisterio activo, por causal de cese en el servicio, invalidez o fallecimiento. Instaurándose como una pieza económica fundamental que tiene por objeto brindar protección social al maestro y a su familia, teniendo a los sindicatos magisteriales como interlocutores entre los docentes y la administración”¹⁰.

Para financiar estas prestaciones, la DM desarrolla un modelo de mancomunidad de fondos basado en los aportes de sus afiliados y el rendimiento de las líneas de negocio desarrollados complementarios. Efectivamente la Derrama gestiona los aportes mensuales de sus afiliados, que son depositados directamente a las cuentas individuales de las personas. Adicionalmente, la DM cuenta con diversas unidades de negocio orientadas a obtener mayores recursos para financiar las prestaciones previsionales, y a su vez permite brindar servicios complementarios para contribuir al bienestar de sus afiliados. De esta manera, la gestión del fondo se realiza a través de inversiones que luego son ofrecidas a los mismos docentes como servicios.

Cabe señalar que la institución que cumple con ofrecer un producto bastante similar, para el mismo sector y con el mismo modelo de negocios, es el CAFAE-SE (Comité de Administración del Fondo de Asistencia y Estímulo de los Trabajadores del Sector Educación). Se trata de una institución sin fines de lucro creada por el Ministerio de Economía y Finanzas con la finalidad de brindar asistencia y estímulo a los trabajadores del sector educación y a sus familias. De esta manera, el CAFAE-SE ofrece servicios de créditos, salud, recreación, funerarios, culturales y de seguros.

La salud como componente de la Seguridad Social

La Seguridad Social Integral constituye la respuesta institucional del Estado y la sociedad en general para garantizar la vigencia de los derechos fundamentales (salud, integridad, etc.) en situaciones de especial vulnerabilidad de la ciudadanía. En ese sentido, es un instrumento de política social en la medida que tiene como finalidad brindar seguridad a todos los sectores de la sociedad mediante el financiamiento del acceso a los servicios esenciales, sin distinción de raza, edad, sexo o condición socioeconómica.

En tanto consagrado en la Constitución (artículo 28) y en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos (Declaración Universal de Derechos Humanos y Convenio 102 de la OIT, entre otros), su implementación es de obligatorio cumplimiento para el Estado.

Respecto a la dimensión política de la seguridad social, esta tiene las funciones de legitimidad y financiación. En cuanto a legitimidad, la provisión de servicios sociales a través de la seguridad social evidencia el cumplimiento del papel del Estado como garante de la protección de los derechos fundamentales de todos los individuos, lo cual determina su identificación con las necesidades y aspiraciones de la población. En ese sentido, refiere Greco: “La Seguridad Social es una realidad política, jurídica, técnica y práctica que tiene por objeto la cobertura de determinadas contingencias consideradas como protegibles, mediante organismos estatales o privados, financiados con recursos propios”¹¹.

Desde esa perspectiva debe entenderse que la salud, y específicamente el acceso a servicios de salud, es uno de los principales derechos económicos y sociales (DESC) o de tercera generación dada su estrecha vinculación con el derecho a la vida. Esto obliga al Estado y a la sociedad en general a garantizar a todos sus miembros la atención necesaria ante las contingencias que afecten o pongan en riesgo la vida de las personas. De esta manera, dependerá de la disponibilidad y accesibilidad a estos medios la materialización efectiva de estos derechos.

⁹ Ossio, C. 2016. “Análisis de la derrama magisterial” (Trabajo de investigación de bachiller en Administración de empresas). Universidad de Piura. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Programa Académico de Administración de Empresa. Lima, Perú.

¹⁰ Apaza Rondon, Katiuzka Jacovina. 2008. La Derrama Magisterial y sus problemas de agencia. Tesis para obtener el grado de Magister en derecho de la empresa. Lima.

¹¹ Greco R. 1968. Revista de Seguridad Social, N° 6, 518. Buenos Aires.

Por esta razón, el acceso a servicios de salud constituye uno de los principales derechos en materia de seguridad social. Al respecto, el artículo 7 del Convenio 102 de la OIT señala: “Todo miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión, cuando su estado lo requiera, de asistencia médica, de carácter preventivo o curativo, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte”. En esa línea, la Constitución peruana en su artículo 11 dispone que “el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento”.

La atención a esta exigibilidad enfrenta a los Estados, particularmente de América Latina a dos tipos de desafíos que ponen a prueba su vigencia democrática. Por un lado, los cambios de la demanda, producto de las dinámicas demográfica, epidemiológica y tecnológica, que requieren nuevas prestaciones y tecnologías de salud, incrementando los costos de los servicios de salud. Por otro lado, se debe revertir la tendencia histórica de privación e inequidad en el acceso real a servicios de salud oportuno y de calidad, debido a la escasez de recursos humanos y financieros y a los problemas de articulación de sistemas segmentados y fragmentados, entre otros.

En ese contexto, el imperativo de avanzar hacia la prestación universal de servicios de salud cobra especial relevancia por la urgencia de su implementación y porque implica superar el objetivo formal de aseguramiento universal. El concepto de cobertura universal en salud se vincula a la efectiva disponibilidad y accesibilidad de oferta de servicios oportunos y de calidad.

De esta manera, la reforma del sistema de salud de la región debe orientarse a un doble objetivo. De un lado, lograr la implementación de los mecanismos de solidaridad adecuados para garantizar el acceso equitativo a servicios de salud en favor de la ciudadanía, independientemente de su capacidad económica; para cuyo propósito resulta de vital importancia el fortalecimiento de la seguridad social en salud. Simultáneamente, se debe procurar ampliar la cobertura efectiva de los servicios de salud mediante el uso eficiente de los recursos y la articulación (complementaria y suplementaria) de la oferta brindada por diversos prestadores de salud.

Una estrategia que cobra especial relevancia para lograr los objetivos antes señalados es la integración de los sistemas públicos, privados y de seguridad social, separando las funciones de financiamiento y prestación, sobre la base de entidades financiadoras con la capacidad de comprar libremente servicios de salud. Esto promovería la competencia entre los prestadores (mediante la optimización en el uso de recursos) y la adecuación de su oferta a las necesidades específicas de cada población (por ejemplo, en términos de perfiles epidemiológicos sectoriales y de accesibilidad geográfica de la oferta).

A este efecto, cabe recordar que la seguridad social juega un rol fundamental en la redistribución de la riqueza. Esto cobra vital importancia en contextos de crisis económica como los que caracterizan a nuestro país, subsidiando la atención de las necesidades básicas (como la salud) a las personas desempleadas, previniendo la pobreza y reduciendo las desigualdades sociales. En ese sentido son esclarecedoras las expresiones de Fernando Benavides cuando señala: “como muestra la evidencia científica, la salud se ve afectada negativamente por el desempleo y por la precariedad laboral”¹².

1.2 Las mutualidades como mecanismo de financiación de la seguridad social en salud

Con el desarrollo del industrialismo, a mediados del siglo XVIII en Inglaterra, surgen pequeños grupos de personas que adquirirían el compromiso de soportar en común los gastos por enfermedad o entierro de sus miembros. De esta manera, en los orígenes embrionarios de la seguridad social, la protección de la ciudadanía frente a las contingencias que le impedían proveerse de los recursos necesarios para su subsistencia era parte de la función social de beneficencia asumida por las asociaciones profesionales, entidades de socorro y asociaciones mutuales.

¹² Benavides, Fernando G. 2011. Salud pública y seguridad social, dos componentes básicos del estado del bienestar. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 91-93. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200001&lng=es&tlng=es

A tal efecto debe tenerse presente que un régimen de protección social supone la articulación de un marco normativo, actores y recursos. Esto permite financiar transferencias que sustituyan o cubran ingresos que ya no se perciben (producto de enfermedades, accidentes, etc.), evitando de esta manera que las contingencias impliquen el empobrecimiento, afecten la subsistencia y, en ocasiones, la dignidad de las personas afectadas.

La institucionalidad implementada por los Estados para atender estas contingencias van desde los regímenes de seguros sociales (contributivos o semicontributivos), hasta los fondos de pensiones autónomos y autoadministrados, pasando por compañías aseguradoras o mutualidades.

Efectivamente, como consecuencia de los desequilibrios financieros que afectan a los sistemas de seguridad social, sobre todo en países en vía de desarrollo como el nuestro donde la pobreza y extrema pobreza son más graves y se incrementa la demanda de servicios de la seguridad social, se hace necesario encontrar nuevos paradigmas y alternativas a la exclusividad estatal en la protección social. Esto ha implicado revalorar la capacidad de autoorganización de la propia sociedad, surgiendo organizaciones mutualistas con fines de complementación del sistema de seguridad social público o formal

El mutualismo surge así como una vía solidaria para afrontar de las necesidades de las familias pobres y otros sectores excluidos. Además, representa una importante herramienta para promover el tránsito de la informalidad hacia la formalidad en los aspectos vinculados con la seguridad social.

El surgimiento de estas instituciones implicó la democratización en el acceso de los recursos económicos y una mayor transparencia en la gestión de los mismos, dado que estos eran gestionados por los propios beneficiarios. Esto es consecuencia de una mayor implicación de la ciudadanía en el abordaje de sus propias problemáticas.

Ciertamente que, además, la autogestión implicó la modelación de prestaciones ajustadas a las realidades sociales específicas con criterios de eficiencia y solidaridad. Como consecuencia de lo anterior, el resultado previsible es el reconocimiento de derechos mediante la institucionalización de las personas que viven diversas situaciones de exclusión

De esta manera, las mutualidades de previsión social, son entidades privadas, sin ánimo de lucro, complementarias a los sistemas formales de previsión que constituyen la Seguridad Social pública y que ejercen una modalidad aseguradora de carácter voluntario, encaminada a proteger a sus miembros contra circunstancias o acontecimientos de carácter fortuito y previsible, mediante aportaciones directas de sus asociados o de otras entidades o personas protectoras

En ese sentido, las mutualidades de previsión social son entidades autoaseguradoras de carácter independiente, frecuentemente con personalidad jurídica propia, integrada por una comunidad de individuos que comparten un patrimonio destinado a cubrir los riesgos inherentes a la vida laboral o cotidiana.

Estas características las diferencian de las compañías de seguros: mientras estas se rigen por el principio de maximización de beneficios, en las mutualidades, que carecen de ánimo de lucro, socios y asegurados coinciden en que la cobertura de riesgos alcanza única y exclusivamente al colectivo formado por los propios mutualistas.

Todo ello se traduce, además, en que el asegurado, cuando se asocia a una entidad mutualista, asume el riesgo inherente a la actividad empresarial. De esta manera, el Gobierno y la gestión de las mutualidades se rige por el principio de participación democrática. El fin último de estas entidades es ofrecer servicios de calidad a los asegurados; no obstante, pueden producirse excedentes, en cuyo caso no se repartirán entre los socios, sino que redundarán en mejores prestaciones no contributivas o se destinarán a reservas.

Al respecto Sáez Fernández señala: “La función básica que realizan las mutualidades es la de abonar pensiones complementarias a las del sistema público de la Seguridad Social, cubriendo contingencias de muerte, invalidez, viudedad, orfandad y jubilación, mediante una prestación económica que puede tomar la forma de capital o de renta. No obstante, las mutualidades también ofrecen otros servicios de marcado carácter benéfico-social relacionados con la salud, la tercera edad, la educación o la cultura”¹³.

13 Sáez Fernández, Francisco Javier y Sánchez Martínez, María Teresa. Las mutualidades de previsión social y los sistemas de protección complementarios. Documento de Trabajo N° 3. Disponible en <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20949/Las%20Mutualidades%20de%20Previsi%C3%B3n%20Social.pdf>

Entre estas prestaciones complementarias destacan acciones destinadas a proteger a los más desasistidos y aquellas que persiguen mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Asistencia sanitaria, servicios de residencia para los ancianos, cuidados a domicilio, formación de hijos de mutualistas, socorros funerarios, servicios de ocio y turismo o prestaciones no contributivas son algunos de los productos que ofrecen las mutualidades.

La ausencia de fines de lucro de estas instituciones determina que, normalmente, los aportes de los asociados suelen ser de menor monto que las primas que demandan las aseguradoras privadas, mejorando así la percepción que tendrán los socios mutualistas frente a los clientes de una compañía de seguros. Así se entiende que la entidad está al servicio de los intereses del asegurado y no de los socios capitalistas.

Adicionalmente, lo que diferencia a las mutualidades de los fondos de pensiones, es la independencia entre patrimonio y gestión. Los fondos de pensiones, que son masas patrimoniales sin personalidad jurídica propia, afectos a planes de pensiones previamente establecidos, son administrados por entidades gestoras autorizadas al efecto, por compañías de seguros o por mutualidades de previsión social.

De esta manera, es claro que las mutualidades son entidades especializadas que forman parte del modelo de previsión social voluntaria, complementario del sistema público de la seguridad social, siendo las pensiones y la asistencia sanitaria sus campos preferentes de actuación.

En ese sentido señalan Sáez Fernández y Sánchez Martínez¹⁴: “Las mutualidades de previsión social, por su parte, cuyos antecedentes se remontan los gremios medievales, siempre han ofrecido cobertura frente a contingencias relacionadas con la salud, la vejez y la vida de sus asociados o familiares

Por su parte, la OIT refiere que en el siglo XX se desarrollaron distintas formas de protección para los riesgos de vejez, invalidez y sobrevivientes. Estos se han materializado a través de la creación de fondos de pensiones profesionales, regímenes de asistencia, regímenes de pensiones no contributivos, seguros voluntarios, organismos de solidaridad y fondos de asistencia mutua. Estos sistemas se encuentran protegidos por las legislaciones nacionales y constituyen la piedra angular de los planes de protección social, habiéndose organizado en cada país de acuerdo a sus necesidades y realidades políticas, económicas y sociales, pudiendo ser públicos o privados.

En ese sentido, la OIT señala que “las cajas de previsión y las sociedades de ahorro han existido durante muchas generaciones, a falta de otras formas de protección social, responden a las necesidades especiales de grupos de personas animados por sentimientos similares, que desean ahorrar para cubrir gastos futuros [...] Tiene la ventaja de ser una forma fácilmente comprensible de ahorro nacional obligatorio, las contribuciones acumuladas (ahorros) junto con los intereses obtenidos por el rendimiento de las inversiones, sirven para pagar a los miembros, en ciertas eventualidades como la vejez, invalidez, o la muerte.

Entre tanto, el dinero puede usarse para proyectos de desarrollo social y económico”. “Los fondos de previsión proporcionan una cantidad global a una determinada edad. Estas cantidades se generan mediante la acumulación de las cotizaciones pagadas por el empleador y el trabajador más los intereses. En algunos regímenes se puede convertir la cantidad global en una cantidad de pensión periódica continua”¹⁵.

Por su parte Apaza Rondon¹⁶ refiere que “la seguridad social ha encontrado a lo largo de la historia distintas respuestas a esta interrogante y se han generado organismos peculiares que la promueven con el objeto de representar la política de bienestar generadora de la paz social, basada en el más amplio sentido de la solidaridad humana. Las distintas etapas por las que ha pasado son: i) ahorro individual y seguro privado; ii) beneficencia, entendida como ayuda supeditada a la condición de indigencia del ciudadano; iii) seguros sociales obligatorios y la previsión social; y iv) mutualidad e intervencionismo”.

¹⁴ Sáez Fernández, Francisco Javier y Sánchez Martínez, María Teresa. Las mutualidades de previsión social. *op. cit.*

¹⁵ OIT. 2001. Principios de Seguridad Social. Tomo I, pág. 12-13. Turín: OIT.

¹⁶ Apaza Rondon, Katiuzka Jacovina. La Derrama Magisterial. *op. cit.*

Pablo Ramella, citado por García Toma señala:¹⁷ “El derecho de las personas a ser amparados en los casos de suspensión o incapacidad para el trabajo promueve la obligación de la sociedad de tomar unilateralmente a su cargo las prestaciones correspondientes o de promover regímenes de ayuda mutua obligatoria, destinados unos y otros a cubrir o complementar las insuficiencias e ineptitudes propias de ciertos períodos de la vida o las que resulten de infortunios provenientes de riesgos eventuales”.

Respecto al mutualismo como mecanismo de financiamiento de la seguridad social ha señalado Leticia Barragán, Rina Ortiz y Amanda Rosales¹⁸: “El mutualismo es una doctrina, para otros una filosofía, un movimiento o un ideal, que se relaciona con los primeros intentos de defensa y de ayuda a los intereses colectivos, basado en los principios de solidaridad, fraternidad e igualdad, siendo la base de cualquier sociedad que se asiente en los valores humanos y coloque al hombre en el lugar que le corresponde”.

Cabe resaltar que la insuficiencia de los sistemas públicos o formales para atender eficientemente las contingencias hace necesario facilitar por parte de los Gobiernos el desarrollo de los sistemas privados de previsión social, que deberían canalizar el ahorro de los ciudadanos y complementar las situaciones deficitarias del sistema de Seguridad Social. Efectivamente, las dificultades por las que afectan al sistema público demanda potenciar la previsión social complementaria a fin de mejorar el nivel de prestaciones del sistema público de pensiones, consolidándolo y garantizando de esta forma una mayor y mejor cohesión social en el futuro.

La importancia social de un armonioso desarrollo de los instrumentos privados de previsión social complementaria redundará beneficiosamente en la consolidación del Sistema Público de Previsión Social, pues permitirá una reducción de la brecha existente entre el salario como trabajador activo a la pensión de jubilación, consiguiendo por tanto una mayor cohesión social”.

De esta manera, podemos concluir que las instituciones mutualistas, en tanto entidades de previsión social, se caracterizan por:

- Su objeto social consiste en el financiamiento de prestaciones sociales complementarias a la Seguridad Social formal pública.
- Financiamiento de sus beneficios con el producto de los aportes de sus miembros y el rendimiento de la inversión de tales aportes, es decir, autosostenible.
- Ausencia de ánimo de lucro, lo cual determina que su financiamiento sea mayor que los seguros privados.
- Sociedades de personas, no de capitales. Esto prioriza el bienestar de sus miembros, antes que sus resultados económicos, sin descuidar su sostenibilidad financiera.
- Autogestión. Genera un incentivo de agencia, en tanto los beneficios de la optimización de la gestión redundara en beneficio de los propios gestores.
- Solidaridad entre sus miembros.
- Autorregulación del otorgamiento de sus prestaciones, lo cual permite adecuarse a las características y necesidades de sus miembros.

Los valores que, normalmente, caracterizan la gestión del mutualismo de previsión social y que se expresan en buenas prácticas institucionales son:

- La democracia en el funcionamiento de la entidad.
- La igualdad de derechos y obligaciones de todos los socios.
- La solidaridad entre sus miembros.
- La libertad de participación.
- La equidad en cuanto a la distribución de beneficios.

¹⁷ Pablo A. Ramella. 1982. Derecho Constitucional, p. 554. Depalma: Buenos Aires.

¹⁸ Pezo del Pino Cesar y otros. 1981. El magisterio y sus luchas 1885-1978, pp. 88. Desco Centro de Estudios y Promoción del desarrollo.

► **Tabla 1. Comparación de fortalezas y debilidades de la Seguridad Social y del mutualismo de previsión social**

	Seguridad social obligatoria	Protección social basada en la comunidad
Potencial para la cobertura de la población		
Capacidad de cobertura	Potencial más sólido para los funcionarios públicos los trabajadores en relaciones laborales de cierto nivel de formalidad	Potencial más sólido para los trabajadores de la economía informal agrupados en torno a determinadas características comunes (regionales u ocupacionales, por ejemplo, trabajadores agrícolas)
Aspectos financieros y alcance de las prestaciones		
Niveles de las cotizaciones	Relativamente altas y compartidas entre empleadores y trabajadores, a menudo inaccesibles para los trabajadores de la economía informal o trabajadores por cuenta propia	Bajos niveles por lo general accesibles para todos los afiliados al régimen
Alcance de las prestaciones	Paquetes de prestaciones relativamente integrales y estandarizados	Alcance y niveles de prestaciones limitados pero bien adaptados a las necesidades de la población específica
Redistribución	Cotizaciones acordes con la capacidad de pago	Cotizaciones de tasa fija (no hay redistribución)
Fondo común de riesgos y consolidación financiera	Fondos comunes de riesgos grandes diversificados. Flujo constante de ingresos en concepto de cotizaciones	Fondo común de riesgos de tamaño pequeño y variable (afiliación voluntaria). Difícil de predecir el ingreso
Operaciones/administración		
Gestión	Sofisticados procesos de informatización y de gestión. Personal entrenado	Bajo nivel de formación de la administración y de sofisticación del sistema de informatización y de gestión
Procedimientos administrativos	Elevada estandarización y pagos de cotizaciones obligatorias. Dificultades para adaptarse a grupos no-estándar	Flexible, en consonancia con las necesidades y capacidad del grupo específico. Bajos costos administrativos y sólida capacidad para reducir el fraude y el riesgo moral
Gobierno		
Naturaleza participativa	Representación de los trabajadores y empleadores en la adopción centralizada de decisiones	Participación directa de los afiliados en la adopción descentralizada de decisiones
Suministro de servicios de salud		
Contratación	Elevado poder de comercialización y capacidad de contratación - acuerdos a escala nacional y regional	Poder de contratación y acuerdos a escala local
Planificación de las políticas		
Defensa	Enfoque de arriba hacia abajo	Enfoque de abajo hacia arriba con/sin apoyo de políticas

1.3 Experiencias comparadas

Argentina: la mutualidad como impulsora de la atención primaria en salud

El sistema de salud en Argentina se caracteriza por ser fragmentado y escasamente solidario, basado principalmente en las llamadas obras sociales, modalidad de seguro de salud de larga tradición en el país establecido a comienzos de los años cuarenta.

El sistema público atiende a la mayor parte de la población que no se encuentra protegida por esas instituciones. A mediados de los noventa creció la tasa de desempleo, debilitando seriamente el sistema de obras sociales, cuyo sostenimiento se basa en las contribuciones de trabajadores y empleadores.

Por otro lado, los usuarios de la llamada medicina prepaga padecían constantemente por los continuos ajustes o aumentos sorpresivos de las cuotas, por incumplimiento o reducción de los paquetes de prestaciones o por incremento de los aranceles para tratamientos de enfermedades crónico-degenerativas de la tercera edad, tratamientos oncológicos y otros.

A comienzos del 2003 las grandes empresas de medicina prepaga ya habían anunciado aumentos (o “ajustes”) de 7 a 12 por ciento en las cuotas que debían pagar sus afiliados por sus paquetes de prestaciones. Además, promovieron planes que exigían copagos o coseguros, restringiendo así el pleno acceso a sus servicios integrales a solo una estrecha franja de la población con mayor poder adquisitivo.

Históricamente, el sector público ha desempeñado un importante papel en la salud de la población argentina, atendida por los hospitales públicos nacionales y provinciales, los centros de salud y los programas de promoción y prevención financiados mayormente con fondos provinciales y municipales. En muchas zonas del país el hospital público es prácticamente la única institución prestadora de servicios. La repercusión de la crisis económica en los hospitales públicos desde mediados de la década los noventa fue muy severa.

En efecto, la interrupción de la cadena de financiación, la quiebra o insolvencia de muchas obras sociales, la crítica pérdida de ingresos económicos de la población por el alto índice de desempleo, el empobrecimiento de la clase media y otros factores incidieron en un notable aumento de la afluencia de pacientes a los establecimientos públicos de asistencia médica, en busca de atención para sus dolencias.

Esto se tradujo en un súbito y enorme aumento de la demanda de servicios hospitalarios, casi todos los cuales ya venían funcionando en forma deficitaria antes del colapso financiero. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP), conocido comúnmente como PAMI, fue creado en 1971 y es la institución de seguro público más grande de la Argentina: presta atención integral a 4 millones de afiliados en todo el país.

El instituto fue severamente afectado por la crisis, a tal punto que estuvo en serio riesgo de paralizar las prestaciones médicas más esenciales. Esto, así como las frecuentes denuncias de cortes de servicios, las largas listas de espera, la mala atención, la carencia de medicamentos, los atrasos en los pagos a las instituciones prestadoras, las denuncias sobre prácticas corruptas y un enorme déficit financiero de alrededor de casi 600 millones de dólares, en diversas oportunidades ocupó la atención de los distintos medios de comunicación (informe de ops/2003).

En este contexto y ante la necesidad de los asociados, en su mayoría adultos mayores, de tener un sistema de cobertura médica, la Asociación Mutual de Protección Familiar (AMPF) decidió la implementación en forma urgente de un servicio de salud a un costo sostenible en el tiempo.

La implementación del servicio debería cumplir con los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, eficacia y accesibilidad. Así, se tomó la decisión de ejecutar un sistema estratégico como la Atención Primaria de Salud (APS) a un costo que se pudiera soportar en cada una de las etapas de su desarrollo. A tales efectos se instalaron consultorios médicos, odontológicos, gabinetes de enfermería y podología en las delegaciones y anexos de todo el país.

En cada etapa de diagnóstico y desarrollo del servicio se relevan las necesidades más urgentes de los asociados en relación al área de salud, perfil del usuario, recursos asistenciales disponibles y prestadores de la zona. Este diagnóstico permite diseñar un plan director que articule necesidades y recursos dentro de un sistema de organización mutual basado en la atención primaria de salud y a partir de un modelo biopsicosocial, teniendo como efector de la atención a un equipo interdisciplinario.

Actualmente la AMPF se encuentra integrada por aproximadamente 85 000 asociados (con una edad media de 63.5 años), de los cuales el 63 por ciento tiene servicio de salud; la mayoría son jubilados de la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) y del Instituto de Previsión Social de la Provincia de Buenos Aires.

Sin embargo, progresivamente la mutual incorpora nuevos asociados de otros grupos de edad, adecuándose el carácter de las prestaciones ofrecidas. El objetivo es brindar una excelente atención de la salud basada en el modelo médico biopsicosocial, de tal manera que la atención primaria sea una estrategia y se centre el accionar en los asociados, sus familias y la comunidad.

La atención primaria se ejerce mediante equipos de profesionales de múltiples disciplinas (médico de familia, psicólogos, trabajadores sociales, especialistas, etcétera) y constituye una estrategia para mejorar la calidad de vida de los asociados, ofreciéndoles un sistema de atención eficaz, equitativo y con desarrollo social.

El médico de familia es el profesional que se ocupa de la prevención, tratamiento y resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, el sexo o el sistema afectado. Es un especialista de posgrado que, por su formación, puede interpretar de la mejor manera el paradigma biopsicosocial de atención de la salud.

El servicio de salud está planteado como un sistema ambulatorio con especial significado en la relación comunidad-institución, donde los miembros del equipo deben poseer compromiso y disposición a aprender cada vez más. También deben desarrollar actitudes, habilidades y conocimientos que les permitan realizar acciones transformadoras dentro del servicio de salud y no exclusivamente su actividad específica.

Además de las prestaciones del equipo de médicos de familia, trabajadores sociales y psicólogos, se incluyen otras prestaciones como consultas al resto de las especialidades médicas, kinesiología, nutrición, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes, urgencias, emergencias y visitas domiciliarias. Estas últimas muy valoradas por los asociados mayores.

Se desarrollan programas de prevención y detección precoz de enfermedades crónicas que incluyen la detección, el tratamiento, el control de la enfermedad, la realización de estudios complementarios para que los asociados ingresen en estos programas protocolizados bajo legislación vigente nacional y provincial, y entrega de medicación gratuita para estas patologías en forma permanente.

El servicio de salud que ofrece la AMPF se completa con servicios de ortopedia, servicios de óptica y servicios de farmacia con amplios descuentos, que además se adicionan a los ya otorgados por la obra social para los jubilados y pensionados (PAMI).

Las consultas médicas se otorgan mediante dos modalidades: a) programados con una demora menor a dos semanas; y b) espontáneos, que como su nombre lo dice, se otorgan para aquellos asociados que por su padecimiento no admiten espera, lo que va acompañado con procesos administrativos ágiles y efectivos.

Este aspecto no es menor, ya que garantiza el rápido acceso de los asociados de acuerdo a su necesidad, como una forma de diferenciarse de los servicios públicos y de los que brinda el PAMI.

Para lograr un financiamiento del servicio que fuese sostenible en el tiempo, se utilizaron en principio dos tipos de recursos: la cuota social y el excedentes generados por otros servicios

Sin embargo, con la incorporación de nuevos servicios en las delegaciones, el aumento de las especialidades, consultorios y profesionales propios, el desarrollo de un sistema de auditoría en línea y la puesta en marcha de los programas odontológico integral y oftalmológico mutual, desde el año 2008 hasta la fecha, el servicio se autofinancia, sin depender de excedentes generados por otros servicios.

Los excedentes, como es coherente en una dinámica mutual, se utilizan en la compra de equipamiento de última generación para continuar brindando un servicio de excelencia.

El sistema de salud mutual se implementa y gestiona mediante un programa de calidad cuyo objetivo es desarrollar un sistema de gestión de calidad en los niveles locales en busca no solo de una mejor aplicación de normas ya existentes y que reflejan el estado del conocimiento, sino también favorecer la participación del personal en los procesos de generación y adecuación de normas, buscando en forma incesante mayor calidad. El creciente interés por la evaluación de la calidad de la atención de la salud reconoce motivos éticos, de seguridad y de eficiencia.

Uruguay: la mutualidad como uno de los actores de un sistema integrado de salud

El Círculo Católico de Obreros del Uruguay Mutualista es una institución de asistencia médica colectiva de tipo mutual, fundada el 21 de junio de 1885 cuando una generación de hombres preocupados por los problemas sociales de la época decidieron emprender esta gran obra con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de los obreros y sus familias.

Desde su comienzo nace como una mutual (se le llamará mutualista en Uruguay) y ello se visualiza en sus primeros estatutos donde se destaca el principio de la solidaridad y el ser sin fines de lucro, como así también el respeto y la tolerancia. Hoy es una organización compleja que forma parte del Sistema Nacional Integrado de Salud Uruguayo. Se encuentra abocada a la satisfacción de las necesidades de sus asociados, al desarrollo de sus funcionarios y sus familias, a la correcta selección de los proveedores y a la gestión de procesos, en un marco de responsabilidad hacia la comunidad y el medio ambiente.

Con este sistema mutual integrado al sistema nacional, se brinda cobertura integral de salud a más de 75 000 socios abarcando el primero, segundo y tercer nivel de atención, con servicios ambulatorios y de internación las 24 horas del día, los 365 días del año (internación, policlínicas de todas las especialidades médicas, farmacia, laboratorio, diagnóstico e imagenología, policlínica de atención inmediata, servicios de apoyo, odontología, clínica integral del ejercicio, fisioterapia, policlínica de atención de violencia doméstica, policlínica de salud sexual y reproductiva, policlínica del adolescente, podología y servicio social, entre otras prestaciones).

El 80 por ciento de los socios de esta mutual son aportantes al sistema de seguridad social, y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) aporta en este sentido el financiamiento a la mutual. El restante 20 por ciento de los socios está constituido por particulares o colectivos que optan por la mutualista pagando las cuotas en forma directa y por venta de servicios a otras instituciones públicas y/o privadas.

En Uruguay existe una red de atención de salud, que implica la interrelación de las organizaciones públicas y privadas entre las cuales se encuentra el Círculo Católico de Obreros del Uruguay Mutualista. En dicho marco esta institución ha celebrado numerosos convenios de complementación, en especial con servicios de salud del Estado y con el Banco de Previsión Social (banco regulador de la seguridad social en el Uruguay).

Resulta significativo que en Uruguay a todas las instituciones de salud, salvo los seguros, se les denomina mutualistas, lo que pone en evidencia el legado aportado por las mutuales en lo que hace a la cobertura de salud. La aspiración de pertenecer a una mutualista en salud ha sido sinónimo de solidaridad, servicio y ayuda mutua.

Chile: La mutualidad en las coberturas de las contingencias laborales

El sistema de salud en Chile se caracteriza por la presencia de actores privados y públicos en la provisión de prestaciones sanitarias. Las reformas llevadas a cabo en la década del ochenta consagraron a dos instituciones como las más relevantes en esta materia. Una de ellas es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), a cargo del Estado a través del Ministerio de Salud, mientras que la segunda está conformada por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Los cotizantes deben abonar un porcentaje mínimo de su salario, que en el caso del sistema público es fijo (7 por ciento), mientras que en el sector privado fluctúa de acuerdo al contrato específico que se suscriba, el cual depende del riesgo y los beneficios que involucre. Aquellas personas sin capacidad monetaria de cotizar son incluidas en FONASA automáticamente, pudiendo optar a beneficios en salud.

Las ISAPRE pueden ser abiertas o cerradas. Las primeras son aquellas disponibles para cualquier cotizante que pueda pagar alguno de los planes que estas instituciones ofrecen. Las segundas se caracterizan por estar limitadas a un determinado grupo de trabajadores, ya sea por su pertenencia a alguna empresa o rama de la producción. Un ejemplo de este tipo de aseguradora lo constituyen las asociadas a las divisiones administrativas de la Corporación Nacional del Cobre (CODELCO).

Un tercer actor involucrado está conformado por las mutuales de seguridad, que se ocupan solo de cubrir prestaciones asociadas a accidentes laborales y enfermedades profesionales. Estas nacen en la década del cincuenta y se consolidan legalmente en 1968.

Las mutualidades de empleadores son corporaciones de derecho privado, sin fines de lucro, que administran el Seguro de la Ley 16.744 respecto de los trabajadores dependientes de sus entidades empleadoras adheridas y de los trabajadores independientes afiliados, y otorgan las prestaciones preventivas, médicas y económicas que la Ley y sus reglamentos establecen.

La Ley N° 16.744 sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales establece que este seguro podrá ser administrado por las mutualidades de empleadores, que son corporaciones de derecho privado sin fines de lucro que otorgan cobertura total a los siniestros por accidentes laborales y por enfermedades profesionales sufridos por los trabajadores de sus empresas adherentes y por los trabajadores independientes afiliados y que realizan actividades permanentes de prevención de riesgos.

Actualmente, en Chile existen tres mutualidades de empleadores: el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST); la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS); y la Mutua de Seguridad CChC (MUSEG).

Para su constitución, las mutualidades deben cumplir los siguientes requisitos de existencia: i) que sus miembros ocupen, en conjunto, 20 000 trabajadores, a lo menos, en faenas permanentes; ii) que dispongan de servicios médicos adecuados, propios o en común con otra mutualidad, los que deben incluir servicios especializados, incluso en rehabilitación; iii) que realicen actividades permanentes de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; iv) que no sean administradas directa ni indirectamente por instituciones con fines de lucro; y v) que sus miembros sean solidariamente responsables de las obligaciones contraídas por ellas.

En materia de afiliación a la mutualidad, y conforme al artículo 4° de la Ley N° 16.744, todos los empleadores y trabajadores independientes se entienden afiliados al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), salvo que adhieran a una mutualidad de empleadores.

Para afiliarse a cualquiera de las mutualidades se requiere que la entidad empleadora solicitante complete un formulario de solicitud de adhesión (que será proporcionado por la mutualidad).

La solicitud de adhesión debe ser firmada por la persona natural o el gerente, administrador o apoderado de las sociedades civiles, comerciales o cooperativas, por el presidente de las corporaciones o fundaciones o por el jefe del servicio público. Esta adhesión debe ser acompañada de los siguientes antecedentes, según corresponda: a) copia de registro del inicio de actividades ante el Servicio de Impuestos Internos; b) tratándose de una sociedad, copia de la escritura de su constitución, de sus modificaciones posteriores y de las respectivas inscripciones en el Conservador de Bienes Raíces, Registro de Comercio y las publicaciones de los extractos; c) carta renuncia a la mutualidad de origen; d) individualización de la casa matriz y de las sucursales, tanto locales como regionales, precisando: domicilio, actividad(es) económica(s) asociada(s) a cada sucursal y número de trabajadores de cada una de ellas; e) copia de la resolución vigente, que fijó su tasa de cotización adicional; f) nómina de trabajadores, con sus respectivas remuneraciones, correspondiente al mes en que se presenta la solicitud de adhesión o copia de las planillas nominadas del mes anterior; y g) acreditación de la consulta efectuada a las respectivas asociaciones de funcionarios y la aprobación del ministro respectivo, tratándose de entidades empleadoras del sector público.

La solicitud de adhesión surtirá efecto a partir del día primero del mes siguiente del cual se hace efectiva la renuncia. Para el caso de entidades empleadoras que no provengan de otra mutualidad, la adhesión surtirá efecto desde el día primero del mes siguiente al de su aprobación por parte del directorio.

En materia de cotizaciones, las empresas deben pagar por cada uno de sus trabajadores las siguientes cotizaciones: *a)* Cotización básica: es la cotización general que pagan todas las entidades empleadoras del país y los trabajadores/as independientes que se incorporan al seguro de la Ley N° 16.744 y corresponde a un 0,9 por ciento de las remuneraciones imponibles de cada trabajador; y *b)* cotización adicional diferenciada, es decir, la tasa que deben pagar las entidades empleadoras, y los trabajadores/as independientes en función del riesgo presunto o de su siniestralidad efectiva.

Las entidades empleadoras que inician actividades deben pagar la tasa de cotización adicional del D.S. N° 110, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que corresponda según su actividad económica principal. Dichas tasas fluctúan entre el 0 y el 3,4 por ciento.

Por su parte, las entidades empleadoras que cumplan con el tiempo de adhesión o afiliación necesario para ser evaluadas por su siniestralidad efectiva, se encontrarán afectas a la tasa de cotización adicional que se determine como resultado de ese proceso. El valor máximo que puede alcanzar la tasa de cotización adicional por siniestralidad efectiva, es de 6,80 por ciento.

Las cotizaciones deben pagarse dentro de los diez primeros días de cada mes al respectivo organismo administrador. Sin embargo, de acuerdo con el artículo 22 de la Ley N° 17.322, el plazo mencionado se extenderá hasta el día 13 de cada mes (si se efectúa por medio electrónico puede ser sábado, domingo o festivo).

En virtud del principio de automaticidad de las prestaciones, el atraso del empleador en el pago de las cotizaciones, no impide al trabajador contar con los beneficios de la Ley.

En caso de incumplimiento de parte de los empleadores de la obligación de cotizar, el organismo administrador deberá hacer la liquidación de las cotizaciones adeudadas, calculando intereses, reajustes y multas conforme lo establece la Ley N° 17.322 (cobro de cotizaciones previsionales), cuyas disposiciones se aplican a la cobranza de cotizaciones establecidas en la Ley N° 16.744.

La fiscalización del cumplimiento de la obligación de cotizar es efectuada por la Dirección del Trabajo a través de las respectivas Inspecciones del Trabajo.

En lo que respecta a los trabajadores/as independientes que se encuentran obligados a cotizar para la Ley N° 16.744, estos deben encontrarse registrados en un organismo administrador con anterioridad a la fecha del accidente o al diagnóstico de la enfermedad y estar al día en el pago de las cotizaciones para tener derecho a las prestaciones de la Ley.

Los trabajadores/as independientes, que cotizan voluntariamente para el Seguro de la Ley deben encontrarse registrados en un organismo administrador, con anterioridad a la fecha del accidente o del diagnóstico de la enfermedad. También deben haber realizado la cotización correspondiente al mes precedente a aquél en que ocurrió el accidente o tuvo lugar el diagnóstico de la enfermedad profesional o haber pagado al menos seis cotizaciones, continuas o discontinuas, en los últimos doce meses anteriores. Estas pueden haberse realizado en virtud de su calidad de trabajador independiente o dependiente y haber pagado las cotizaciones para pensión y para salud durante los periodos señalados anteriormente.

Este tipo de aseguradora se torna particularmente importante dados los antecedentes que existen tanto a nivel global como nacional referido a accidentabilidad laboral. De acuerdo a estimaciones realizadas para América Latina, la tasa de fatalidad producto de causas relacionadas con el trabajo es 17,2 por cada 100 000 trabajadores, mientras que para Chile dicha tasa rondaría los 14,7 por ciento. En el caso de los accidentes no fatales, estos alcanzan una tasa de 13 192 por cada 100 000 trabajadores para América Latina mientras que la tasa de Chile es de 11 182 por cada 100 000 habitantes. Desde una perspectiva longitudinal, los accidentes y enfermedades con resultado de muerte han aumentado en términos absolutos, pero las tasas han disminuido⁸.

Este sistema se creó a mediados de la década del sesenta y su administración fue asignada a mutualidades sin fines lucrativos; o alternatively, en el caso de una compañía que emplee a 2 000 o más personas y cumpla con ciertos requisitos de solvencia, la propia compañía podría pedir autorización para administrar su régimen de seguros de los empleados. En este último caso, la compañía adopta una estrategia de autoseguro.

De este modo, la misma ley que creó el seguro prevé su regulación y supervisión mediante una entidad pública independiente llamada Superintendencia de Seguridad Social, que define las normas financieras y contables obligatorias que deben seguir los administradores de seguros y se hace también responsable de su aplicación.

Según un estudio realizado respecto al impacto de la mutualidad en la atención y prevención de riesgos laborales, el 19 por ciento de los entrevistados señala haber sufrido alguna enfermedad o accidente laboral durante el último año. En lo referente a la prestación entregada a raíz de estas situaciones, del total de encuestados que padecieron alguno, el 57 por ciento dice que su atención fue “sencilla, debido a la existencia de un protocolo claro para el traslado de accidentados a la mutual”. Le sigue el 18 por ciento que señala que su atención fue “complicada, debido a que hubo que comprobar ante la mutual que fue un accidente laboral”; el 12 por ciento que sostiene que “otro” fue el procedimiento de atención; el 11 por ciento que señala que la atención fue “complicada, ya que ningún compañero de trabajo sabía qué hacer”; y, finalmente, solo el 2 por ciento manifestó que fue «sencilla, pues existe un protocolo claro para el traslado de accidentados a la clínica/consultorio».

A su vez, los encuestados que han recibido atención por algún accidente o enfermedad laboral evalúan con nota promedio de 5 el “tiempo de espera para traslado” y la “recepción en el centro de salud; y con un 4,8 los “procedimientos administrativos de atención”. Cabe señalar, que la “calidad del traslado” obtiene nota deficiente, con un promedio de 3.

Finalmente, las personas que han recibido atención por algún accidente o enfermedad laboral evalúan con nota 6 (como promedio) la “calidad de la atención médica recibida” y el “programa de rehabilitación”. En términos generales, la “experiencia de atención” recibe nota 5 como promedio.

► 2. Constitución de una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) gestionada por la Derrama Magisterial

2.1 Finalidad y objetivos

La finalidad de las IAFAS consiste en facilitar el acceso del personal docente afiliado a la Derrama Magisterial a servicios de salud oportunos y de calidad, considerando las características sociolaborales de esta población.

Sus objetivos son: i) brindar planes complementarios de salud al personal docente afiliado a la Derrama Magisterial; ii) atender las necesidades específicas de salud del personal docente afiliado a la Derrama Magisterial considerando su particular perfil epidemiológico y las características de su desempeño laboral; e iii) implementar una inversión socialmente rentable, brindando coberturas en salud para la población y generando mayores recursos para el mejor cumplimiento de las funciones previsionales de la DM.

2.2 El problema público a responder

El problema público a responder con la creación de una IAFAS gestionada por la Derrama Magisterial es la falta de oferta de servicios de salud oportunos y de calidad accesibles a los docentes que se desempeñan en lugares alejados de nuestro país, sobre la base de las necesidades específicas de salud de esta población.

Efectivamente, es innegable el gran avance de la política de aseguramiento en salud en nuestro país; sin embargo, es claro que dicho avance se encuentra referido principalmente a la cobertura poblacional formal. No obstante, ello no necesariamente ha implicado el acceso efectivo de la población coberturada a servicios de salud oportunos y de calidad.

Efectivamente, se consideran tres componentes: cobertura poblacional (aseguramiento); cobertura prestacional; y cobertura financiera. El entendimiento de esta mirada más amplia se expresa en el artículo 3 del TUO de la Ley Marco AUS, el cual señala que los seguros de salud deben permitir el acceso a una serie de prestaciones de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación en condiciones adecuadas.

En ese sentido, Guillermo Cruces¹⁹ señala que “el concepto de cobertura en salud es más difuso que en otras áreas de las políticas sociales. En primera instancia, debe distinguirse la cobertura legal de la efectiva. Mientras que la primera refleja una disposición legal y describe los derechos de los ciudadanos en cuanto a atención de la salud, la cobertura efectiva se refiere al grado de disponibilidad, acceso en tiempo y forma y utilización de servicios de salud adecuados

El modelo de la CUS está en proceso de maduración y su desafío es lograr una prestación efectiva de servicios. Según el MINSA5 (2021), el 97 por ciento de establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) presenta una capacidad instalada inadecuada debido a la precaria infraestructura y a un equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. La mayoría de los usuarios de estos servicios están asegurados en el SIS, que es responsable del 69 por ciento de población con seguro.

Estas limitaciones equivalen en la práctica a falta total de acceso al servicio, por lo que estos asegurados no tendrían más alternativa que el gasto de bolsillo, la movilización al Segundo o Tercer Nivel de Atención,

¹⁹ Cruces, Guillermo. Protección social y sistemas de salud “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”. Disponible en <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/cruces2.pdf>

la postergación o la no atención. Como dato de alarma, el gasto de bolsillo en salud en el Perú está en 28,3 por ciento de acuerdo a las Cuentas de Salud Perú 2002-2019 del MINSA, muy superior al 20 por ciento recomendado como límite por la Organización Mundial de la Salud.

Al respecto señala Philipps²⁰: “El aseguramiento sin acceso a una efectiva prestación de servicios se convierte en una ‘promesa de papel’ que genera desprotección y vulneración de derechos de familias de escasos recursos, saturación de IPRESS de mayor complejidad, incremento de costos, desmotivación del personal de salud y una mayor desconfianza en el sistema”.

En el Perú, el personal docente, principalmente adscrito al sector público, se caracteriza por pertenecer a los estratos socioeconómicos inferiores y se encuentra sujeto a condiciones de gran dispersión laboral, de manera que se ve afectado en el acceso económico y geográfico a servicios de salud oportunos y de calidad.

De otro lado, en la actualidad no existe un estudio que revele las condiciones de salud que afecta a los docentes debido a las condiciones de trabajo en la que éstos se desenvuelven. Por este motivo, no se cuentan con planes específicos de salud que respondan adecuadamente a esta problemática

Al respecto debe tenerse presente que un reciente informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud²¹ señala una vez más al trabajo, y al empleo como expresión del trabajo remunerado, como uno de los principales determinantes sociales de la salud. El informe señala que un empleo decente, en los términos expresados por la Organización Internacional del Trabajo, es un requisito para alcanzar un aceptable nivel de salud y bienestar.

Muchos y variados son los mecanismos por los cuales las condiciones de trabajo y empleo afectan a la salud de las personas, tanto de forma positiva como negativa. Las lesiones por accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales son los efectos directos más conocidos, aunque no siempre tenidos en cuenta en salud pública.

También se advierte que la precariedad laboral, los factores psicosociales y el estrés laboral afectan, a medio y largo plazo, a la salud física y mental de las personas. La situación de empleo y la ocupación define el estatus social, la identidad social y el poder y la capacidad adquisitiva que determinan la salud del propio trabajador o trabajadora, así como de las personas dependientes. La comparación de múltiples indicadores de salud según la clase social ocupacional muestra esta realidad una y otra vez.

A tal efecto, se entiende por condiciones de trabajo a las características sociales, personales y físicas en las que se desempeña un trabajador. Estas impactan en sus condiciones de salud y en su concepción integral como bienestar social, psicológico, fisiológico y biológico.

En el caso específico de las condiciones laborales, Robalino y Korner²² señalan: “Comprender las nuevas complejidades de la profesión docente significa, igualmente, asumir la enorme responsabilidad que tiene la sociedad y los sistemas educativos para formar y desarrollar profesores que tengan esas características para asumir la tarea de aprender-enseñar, ejercerla con profesionalidad y, a la par, sentir que es una fuente de satisfacción y crecimiento personal. En términos prácticos, esta comprensión exige aceptar que hay factores poco explorados que inciden en el desempeño profesional como por ejemplo las condiciones de trabajo, las cuales, unidas a otras determinantes, definen perfiles de salud-enfermedad para los docentes”.

20 Philipps, Flor de María. ¿En qué página de la agenda del gobierno está la Cobertura Universal de Salud (CUS)? Disponible en <https://www.ipe.org.pe/portal/en-que-pagina-de-la-agenda-del-gobierno-esta-la-cobertura-universal-de-salud-cus-desafio-peru/>

21 Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades sociales en salud en una generación. 2009. Ginebra: OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

22 Robalino Campos, Magaly, Körner, Anton. 2005. *Condiciones de trabajo y salud docente: estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay*. Santiago de Chile: UNESCO.

2.3 Ausencia de un mapa epidemiológico que revele las necesidades específicas de salud de los docentes

A pesar de la constatación antes explicada en torno a que las condiciones de trabajo de las personas impactan decididamente en su situación de salud, no existen en la actualidad estudios integrales que den cuenta del mapa epidemiológico de la población docente de nuestro país que permita identificar las necesidades sanitarias particulares de esta población.

Sin perjuicio de lo señalado, un estudio realizado por Robalino y Körner en el 2005 señala que son las enfermedades gástricas y respiratorias las que ocupan los primeros lugares en materia de salud de los docentes. Le siguen los malestares osteomusculares, especialmente los dolores de espalda (debido a la exigencia de estar parado durante mucho tiempo, sentarse en muebles no adecuados, realizar esfuerzos físicos o mantener postura inadecuadas). Asimismo, Soria y Chiroque²³ encontraron que las enfermedades más frecuentes que afecta a esta población son las del aparato respiratorio y en un segundo lugar, las del digestivo.

Tomando en cuenta que predomina el sexo femenino entre los profesores encuestados, no hay una mayor frecuencia de enfermedades directamente relacionadas con este ya que los trastornos ginecológicos y la cistitis agrupan un porcentaje menor de profesores en comparación a otras enfermedades diagnosticadas. Sin embargo, si comparamos ambos sexos, se observa que en todas las enfermedades hay mayores porcentajes de mujeres que las padecen.

En cuanto a la edad, se observó que hay una correspondencia entre los rangos determinados y el padecimiento de determinadas enfermedades. La gastritis predomina más entre los 30 y 59.9 años, así como el estrés. Los resfriados frecuentes y trastornos ginecológicos entre los 30 y los 49.9 años; las várices en las piernas, la hipertensión arterial, la disfonía, los problemas de lumbago o ciática y la cistitis entre los 40 y 49.9 años; y las enfermedades a la columna entre los 30 a 49.9 años y los 50 a 59.9 años.

Los factores de exigencia ergonómica más frecuentes, como los ya mencionados, afectan a la espalda, mientras que los malestares más emocionales están vinculados al estrés.

En cuanto a la salud mental, a pesar de que los directores perciben que este problema tiene una incidencia mínima, los profesores expresan sentir estrés, angustia y dificultad para concentrarse, sobre todo. Esto puede estar relacionado a las condiciones sociales que afectan su trabajo, como la violencia intrafamiliar, la pobreza, el abandono de los padres, la falta de seguridad con respecto a amenazas o agresiones fuera y dentro del centro educativo.

Así mismo, este estado de salud mental se relaciona con el grado de exigencia de las tareas a realizar con los estudiantes y en la escuela, donde se evidencia una mayor tendencia en esta última y con las relaciones interpersonales establecidas en el centro educativo. Si bien se percibe que hay un adecuado soporte social por parte de los colegas, se encuentra cierta contradicción entre las respuestas favorables en torno a la autonomía y la baja participación en el proceso de toma de decisiones con los directivos.

Las condiciones materiales y sanitarias pueden incidir en salud mental debido a la falta de recursos, infraestructura y materiales de trabajo. Mencionan que existen adecuadas condiciones materiales de trabajo en cuanto al buen mantenimiento de pisos, puertas y paredes, así como a la limpieza en general. Sin embargo, sostienen que el inmobiliario que poseen no es muy cómodo a pesar de encontrarse en buen estado y que les hace falta estantes para guardar materiales o cosas personales.

Es común que las escuelas no presentan una infraestructura que les permita contar con espacios para actividades de tipo técnico y artístico y, si bien cuentan con un espacio protegido para las actividades de educación física, no cuentan con vestidores ni duchas para los profesores o servicios higiénicos suficientes. Los profesores tampoco cuentan con salas con recursos materiales de apoyo y/o de descanso ni con un comedor ni cocina donde calentar alimentos.

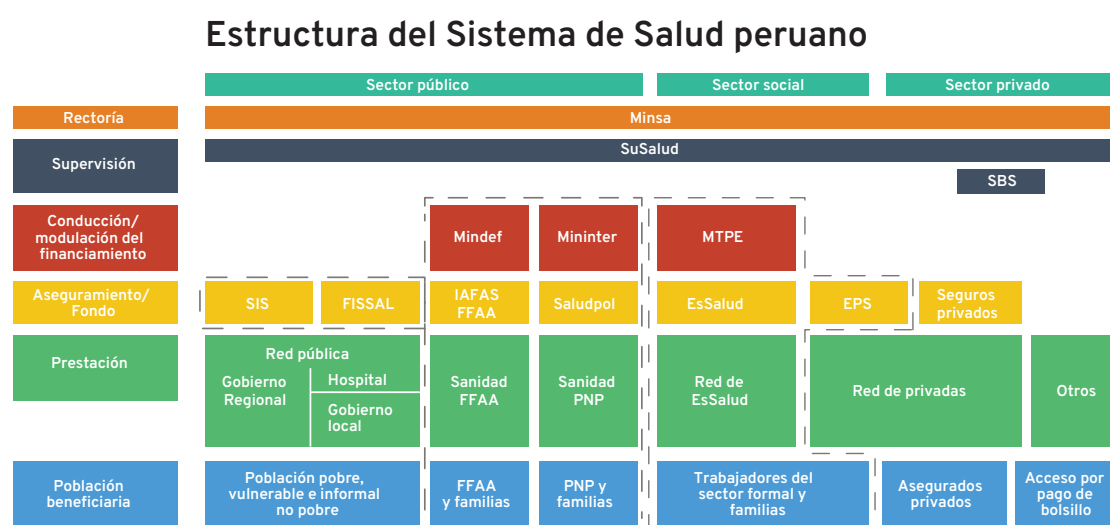
²³ Soria Medina, Jaime y Chiroque Zanabria, Judith. Salud de educandos y maestros. Instituto de Pedagogía Popular. Lima, 2004.

El profesor considera en un 86,7 por ciento su trabajo estimulante y en un 98,8 por ciento interesante. En cuanto al rol de formador, el 98,1 por ciento considera que su trabajo es importante para la sociedad, aunque la mayoría (70,7 por ciento) siente que ésta no lo valora, pero que sí es valorado por la familia (77,3 por ciento).

De acuerdo a las respuestas dadas por los directores, en los profesores surge la iniciativa para realizar actividades extracurriculares a modo de forma recreativa. Además se resalta que los profesores señalan la presencia de factores protectores en el uso del tiempo libre, como la lectura, el estudio de materias de interés, la realización de actividades comunitarias y el encuentro con amistades.

La información antes referida revela que existe una problemática específica en salud de la población docente que requiere ser profundizada y actualizada, a fin de identificar las necesidades particulares de esta población y poder brindarles respuestas adecuadas a través de planes específicos de salud.

► Gráfico 2. Deficiencia en la oferta de servicios de salud por regiones



Fuente: elaboración de cuadro presentado por el IPE.

El sistema de salud peruano comprende cinco entidades: el Ministerio de Salud (MINSA), que ofrece servicios de salud para el 60 por ciento de la población; EsSalud, que cubre más del 30 por ciento de la población; las Fuerzas Armadas (FFAA); la Policía Nacional (PNP); y el sector privado, encargado de proporcionar servicios sanitarios al 10 por ciento restante. Mientras que el 53,7 por ciento de los peruanos contaban con seguro de salud (principalmente público) en 2008; en 2019 este porcentaje alcanzó el 77,7 por ciento. Al 13 de diciembre de 2021, el 99,49 por ciento de la población peruana se encontraba asegurada: 70,9 por ciento asegurados al SIS; 29,4 por ciento a EsSalud, 2,7 por ciento a EPS; 1,8 por ciento a FFAA y PNP; y 6,1 por ciento a otros seguros. Sin embargo, el incremento en la cobertura formal (aseguramiento) en salud que ha generado el Aseguramiento Universal en Salud no ha sido acompañado de una expansión paralela de infraestructura y recursos humanos para su atención. Aunque la reforma fomentó un aumento en el financiamiento estatal de la salud, este ha sido inconsistente, dada esta falta de fondos de manera sostenida y de un desarrollo de infraestructura que realmente permita responder a las necesidades de salud de la población, hoy existe una escasez de acceso efectivo a la atención en salud en el Perú. De acuerdo con datos del Banco Mundial, en el país, el gasto de bolsillo en salud es aún alto (29 por ciento en 2018). Además, muchos peruanos prescinden de acudir a un centro de salud cuando lo necesitan, prefiriendo automedicarse o utilizar remedios caseros (52 por ciento en 2020), aspectos que se deben tener en cuenta en la elaboración de una estrategia de atención primaria.

Sin embargo, pese a los avances en materia de cobertura nominal, aún persiste una brecha en el acceso efectivo a los servicios de salud en el Perú. Por ejemplo, en el 2019, según la ENAHO, del total de personas que presentaron algún problema de salud, solo el 31 por ciento acudió a un centro o establecimiento de salud; ante el impacto de la pandemia, esta proporción se redujo a 14 por ciento al tercer trimestre del 2020. Asimismo, según la ENDES, en ese mismo año el 21 por ciento de niños menores de 36 meses no contaba con todas las vacunas básicas para su edad, y solo el 38 por ciento no había asistido a todos los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) correspondientes. Además, en el Perú aún se observan amplias desigualdades en el acceso a los servicios de salud, en especial según ámbito geográfico o región, nivel socioeconómico del hogar y nivel educativo de la madre. Por ejemplo, mientras que el 60 por ciento de las personas en el Callao acudieron a un centro de salud ante un malestar o enfermedad que podría ser de importancia en el 2019 según la ENAHO, solo el 29 por ciento lo hizo en Puno. Asimismo, en el 2019 la tasa de vacunación era mayor entre los niños con madres con nivel educativo más alto o niños en hogares con un mejor nivel socioeconómico.

Uno de los factores que explican estos pobres resultados es la fragmentación institucional del sistema de salud actual. Por debajo de la división público-privado del sistema de salud, se observan distintos subsistemas bajo el manejo de diferentes instituciones del Estado –hasta cuatro ministerios–, lo que fragmenta el financiamiento y gestión de recursos en todo el sistema, contribuye a la ineficiencia de la prestación de servicios y dificulta la dirección de políticas de Estado en materia de salud. Más aún, esta fragmentación reside y se agrava por las diferencias socioeconómicas y laborales de la población. Por ejemplo, en 2019, sistemas como EsSalud y las Entidades Prestadoras de Seguros (EPS), financiadas por trabajadores formales y de mayores ingresos, obtuvieron recursos por afiliado casi 30 veces mayores que en el Sistema integrado de Salud (SIS), el cual debe atender a la población más vulnerable. El sistema de salud público requeriría de reestructuración que simplifique su diseño institucional y el manejo del financiamiento. Esta reforma contribuiría particularmente a fortalecer la atención del PEAS, aquel conjunto de condiciones de salud priorizadas y que representan la cobertura de salud mínima y universal de baja complejidad. La simplificación del sistema de salud permitiría gestionar recursos y riesgos de manera que se logre asegurar la provisión del PEAS a toda la población con garantías mínimas de atención.

Según Eduardo Missoni²⁴ “el incremento en la cobertura formal (aseguramiento) en salud que ha generado el Aseguramiento Universal en Salud no ha sido acompañado de una expansión paralela de infraestructura y recursos humanos para su atención. Y agrega: “Aunque la reforma fomentó un aumento en el financiamiento estatal de la salud, este ha sido inconsistente, dada esta falta de fondos de manera sostenida y de un desarrollo de infraestructura que realmente permita responder a las necesidades de salud de la población, hoy existe una escasez de acceso efectivo a la atención en salud en el Perú”.

EsSalud Dentro del sistema de salud peruano, el Seguro Social de Salud, que se identifica con el nombre de EsSalud, es un organismo público descentralizado, que administra el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud con la finalidad de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes mediante prestaciones de salud que incluyen la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, y prestaciones económicas y sociales. Con más de 11,5 millones de asegurados, EsSalud es la institución de referencia para la atención en salud del 36 por ciento de la población peruana. Frente al reto del envejecimiento poblacional y el incremento de las enfermedades crónicas comunes a todo el país, resalta el desafío que para EsSalud significa tener al 75 por ciento de los mayores de 80 años afiliado. Según estadísticas de EsSalud, la población adulta mayor de 60 años representa el 15 por ciento de los asegurados, y de ese porcentaje el 18 por ciento son mayores de 80 años. También dentro de EsSalud existe fragmentación, ya que son múltiples y distintos los seguros que administra. De hecho, existen diversos tipos de seguros, de acuerdo con el esquema al que están afiliados los asegurados, variando en cada caso las coberturas, condiciones, criterios de acceso y aportes:

24 Missoni, Eduardo. 2022. Elementos fundamentales del modelo de atención familiar de EsSalud en el Perú. Lima.

+ Seguro. Agrupa a los siguientes seguros de carácter obligatorio:

1. Seguro Regular
2. Seguro de Salud Agrario Dependiente

+ Salud. Agrupa a los siguientes seguros de carácter potestativo:

1. Plan Protección Total
2. Plan Protección Vital
3. Seguro de Salud Agrario Independiente

+ Protección. Agrupa a los seguros de carácter complementario a los seguros de EsSalud:

1. Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. Este a su vez tiene dos variantes: a) Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (Empresas) y b) Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (Independientes)
2. + Vida Seguro de Accidentes

2.4 Sistema de Redes

EsSalud opera bajo el sistema de redes lo cual le permite descentralizar y dinamizar los servicios mediante procedimientos de referencia y contrarreferencia. Son 30 redes (4 prestacionales / 26 asistenciales) y tres institutos especializados (Instituto Nacional Cardiovascular Carlos Alberto Peschiera Carrillo; Centro Nacional de Salud Renal; e Instituto Peruano de Oftalmología) con sus respectivas gerencias, las que tienen el manejo de las prestaciones de salud, prestaciones económicas y prestaciones sociales de los centros asistenciales ubicados por circunscripción geográfica.

Cada una cuenta con un Hospital Base, el cual ostenta la mayor capacidad resolutive y al que son referidos los pacientes de los centros asistenciales de la red, en caso la complejidad de la atención lo amerite. Asimismo, las redes asistenciales tienen una clasificación (tipo o categoría) de acuerdo con la capacidad de resolución de su Hospital Base, a saber: Hospital Nacional; Hospital I, II, III o IV; Policlínicos; Centros Médicos; y Postas Médicas.

De un total de 391 establecimientos de salud, 10 son de nivel III, 83 de nivel II y 298 de nivel I.

Las prestaciones de salud que reciben los asegurados en los centros asistenciales comprenden consulta externa, emergencia y hospitalización. Esto indica una característica prevalentemente asistencial de la oferta de EsSalud y una aparente falta de proyección comunitaria.

Dentro de la oferta de la institución se encuentran también los servicios o programas especiales (atención de consultas y reclamos) y los servicios específicos que conforman la llamada Oferta Asistencial Flexible que se ofrecen con la finalidad de complementar las prestaciones de salud que se brindan en los centros asistenciales.

Estos programas están a cargo de la Gerencia de Oferta Flexible y comprende los siguientes prestadores de servicios: Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI); Hospital Perú; Hospital en Casa; Programa de Desembalse Especializado (PDE); Programa de Atención a Empresas; Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (STAE); Centro de Prevención de Riesgos del Trabajo (CEPRIT); Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Nacional (CRUEN); Farmacia Vecina; PADOMI Niños; y Telemedicina.

Si bien estos servicios extienden la oferta asistencial a nivel doméstico y laboral, no conforman una oferta integral de atención primaria. Un elemento de interés de la oferta asistencial de EsSalud, por su potencial relevancia en el desarrollo de la atención primaria, es el Programa de Medicina Complementaria que ofrece a la población asegurada otras alternativas adicionales de atención “tomando en cuenta los aportes sistematizados de la medicina tradicional, así como una promoción constante y sostenida para fomentar estilos de vida saludables”.

2.5 Oferta de servicios

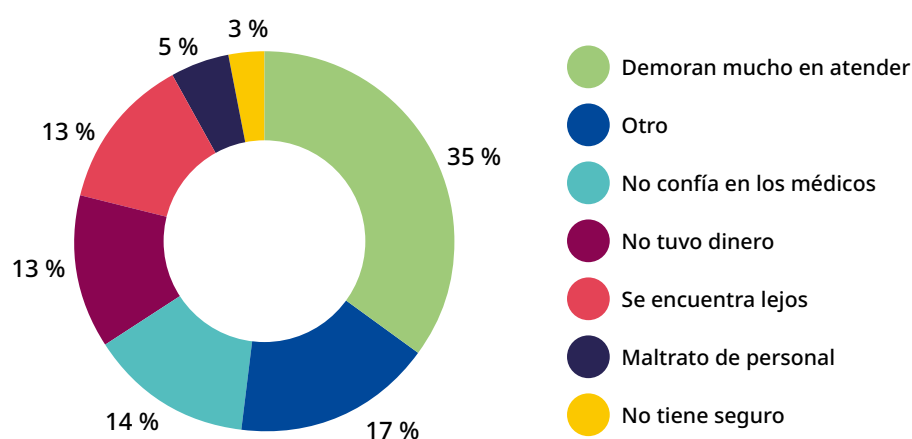
Según Espinoza, Gil y Augurto²⁵, los principales problemas identificados por los directivos de los establecimientos de salud públicos en el ámbito nacional son la escasez de recursos humanos, la falta de insumos y medicamentos, la deficiente infraestructura y el déficit presupuestal. Sin duda esta situación reduce en gran medida la capacidad de oferta de servicios de salud, sobre todo en las zonas alejadas de las capitales de región, donde labora un importante número de docentes afiliados a la Derrama Magisterial.

En esa línea, Aguirre Martens señala que la falta de atención efectiva en los servicios de salud, incluye también otros factores. Por ejemplo, el 52 por ciento de los centros de atención primaria del Ministerio de Salud y gobiernos regionales carece de médicos y el 98 por ciento tiene infraestructura y equipamiento inadecuados para la atención.

Así, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) de 2022 revela que siete de cada diez personas que necesitaron atención médica no la obtuvieron. El 35 por ciento de ellos mencionó demoras como la razón principal, mientras que razones como distancia y falta de seguro solo fueron citadas por el 13 y el 3 por ciento, respectivamente.

En ese sentido es ilustrativo el gráfico preparado por Aguirre Martens²⁶ respecto a las razones por las cuales la población peruana no accedió a servicios de salud durante el año 2022.

► Gráfico 3. ¿Por qué no logran atenderse los peruanos?



Fuente: ENAH, 2022

Esta situación de insuficiencia de los servicios de salud se evidencia en el caso ilustrativo de la provincia de Islay, Arequipa, donde más del 93 por ciento de la población tiene acceso a un establecimiento de salud (EES) a menos de 5 kilómetros y el 43 por ciento tiene acceso a más de un establecimiento dentro de la misma distancia. No obstante, la situación se torna crítica después de las 20h o los fines de semana, debido a la falta de coordinación en la cobertura médica, lo que conlleva al cierre simultáneo de establecimientos, dejando a más de 77 000 residentes sin acceso a atención médica en esos momentos, como se ilustra en el mapa a continuación.

En lo que se refiere específicamente a EsSalud²⁷ que es la IAFAS que afilia a los docentes afiliados a la DM, alrededor del 45,5 por ciento (5 743 398 asegurados), se encuentran en las Redes Asistenciales del departamento de Lima, es decir, 46 de cada 100 asegurados en EsSalud están adscritos a las redes de Rebagliati, Sabogal y Almenara. Asimismo, un 22,8 por ciento de asegurados se encuentran en cuatro redes asistenciales, las cuales se ubican en la costa del país: Piura (758 554 asegurados); La Libertad (754 624 asegurados); Arequipa (726 295 asegurados); y Lambayeque (634 800 asegurados). De otro lado, las redes asistenciales con menor número de asegurados son: Amazonas, 84 169 (0,7 por ciento); Tumbes, 77 454 (0,6 por ciento); Jaén, 65 793; y Moyobamba, 62 938. Ambas redes asistenciales con el 0,5 por ciento y la red de Madre de Dios, 41 389 (0,3 por ciento).

²⁵ Espinoza-Portilla, Elizabeth; Walter, Gil-Quevedo y Agurto-Távora, Elvia. Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. En Revista Cubana de Salud Pública. 2020;46(4).

²⁶ Aguirre Martens, Gabriel. Salud en el Perú: De la cobertura en papel a la cobertura real. Disponible en <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/cobertura-salud-peru>

²⁷ EsSalud. Informe Técnico. Perfil del asegurado, IV Trimestre. Lima, 2022.

Ciertamente, el sistema de salud, segundo aparato institucional del país, llega a menos lugares que la educación secundaria, el nivel de educación básica regular menos expandido²⁸.

En la actualidad, la coordinación entre los establecimientos de una misma aseguradora es deficiente, y prácticamente inexistente entre diferentes aseguradoras. Esta falta de articulación resulta en una asignación no estratégica de los recursos de salud del país, como infraestructura, personal especializado y equipamiento médico, los cuales están dispersos en numerosos establecimientos de capacidades limitadas. La consolidación de estos recursos críticos en centros estratégicos significaría una mejora sustancial en la calidad y eficiencia de la atención sin afectar la cobertura ya brindada a la población.

El sistema de atención de salud del Perú es fragmentado y administrado por cinco entidades distintas. Son múltiples y distintos los proveedores de servicios, donde la cobertura que ofrecen y el acceso varía según el tipo de afiliación de los usuarios. La coordinación es considerada deficiente y a menudo los proveedores desempeñan funciones que se sobreponen. Por ejemplo, en Islay, reducir el número de establecimientos en un 63 por ciento (de ocho a tres) permitiría asignar mayores recursos a la contratación de personal, adquisición de equipamiento y mejora de la infraestructura. A pesar de esta reducción, el 80 por ciento de la población seguiría teniendo acceso a un establecimiento de salud a menos de 5 kilómetros de distancia. Los ahorros resultantes podrían destinarse a respaldar operaciones de emergencia durante la noche, contribuyendo a cerrar las brechas en la cobertura horaria. La experiencia del Banco Mundial en el sector permite sugerir algunas acciones para lograr la cobertura efectiva de las necesidades de salud en el Perú:

- 1. Consolidar recursos en centros de salud estratégicos:** replicar la optimización de cobertura ensayada aquí, con el ejemplo de Islay, conllevaría una mejora en la capacidad, calidad y disponibilidad de atención en salud.
- 2. Ajustar los servicios de atención a las necesidades de salud de la población:** en un contexto de aumento de enfermedades crónicas, la atención primaria, tradicionalmente enfocada en enfermedades infecciosas, maternas y nutricionales, requiere adaptarse para responder a las cambiantes necesidades de la población.
- 3. Asignar presupuesto basado en resultados a nivel de redes territoriales:** los establecimientos deben recibir financiamiento por estrategias compartida y resultados obtenidos en la población asignada. Se deben abordar las limitaciones en los mecanismos de pago por población adscrita, actualmente limitadas a la compra de medicamentos.
- 4. Facilitar la interpretación entre las distintas redes y seguros:** se debe mejorar la coordinación, logrando acuerdos sobre los tarifarios de servicios que permitan la compra y el reembolso entre las distintas redes de aseguramiento.
- 5. Seguimiento a la información de atención y planificación entre subsectores:** los múltiples subsectores y áreas operativas sistematizan su información sin hacerla interoperable entre sí. Con la formulación de un Sistema de Gestión de Información en Salud se lograría el seguimiento a la atención de pacientes y la coordinación de recursos y necesidades a nivel de todo el sector.

²⁸ César Guadalupe, Juan León, José S. Rodríguez y Silvana Vargas. Estado de la educación en el Perú Análisis y perspectivas de la educación básica. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE). Lima, 217.

► 3. Viabilidad legal y estatutaria de la constitución de una IAFAS por parte de la DM

3.1 Marco institucional de las funciones de la DM

La Derrama Magisterial, creada por Decreto Supremo N° 078 del 10 de diciembre de 1965, es una institución cuya finalidad es atender la seguridad y el bienestar de sus asociados, otorgando servicios de previsión, crédito, inversión, vivienda y cultura y comprende a los docentes del servicio oficial y fiscalizado del país sin distinción de niveles, clases, ni categoría.

Mediante Decreto Supremo N° 021-88-ED²⁹ del 13 de setiembre de 1988 se aprueba el Estatuto de la Derrama Magisterial, estableciendo que es una persona jurídica de derecho privado con autonomía Administrativa y Económico-Financiera.

El artículo 3 del referido estatuto establece que son objetivos de la Derrama Magisterial:

- a. Atender la Seguridad y Bienestar Social de sus asociados elevando la calidad de vida del Maestro.
- b. Otorgar servicios de Previsión Social, Crédito Social, Cultura Social, Inversión Social y Vivienda Social.

En esa línea el artículo 32 del propio estatuto precisa que “Los fondos de la Derrama Magisterial se aplicarán en los siguientes conceptos: a) De atención o beneficiarios. b) De administración c) De inversión y servicios.”

La Derrama Magisterial es un sistema que se solventa a través del aporte unitario mensual de cada asociado equivalente al 0,5 por ciento de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT) de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 0561-93-ED de fecha 5 de agosto de 1993 y el cobro de cuotas se realiza por planilla.

De esta manera, puede concluirse que la misión institucional de la DM resulta compatible con la implementación de una IAFAS que brinde cobertura financiera en salud a los afiliados a la DM, pudiendo incluso ofrecer planes de salud a terceros con la condición de que las utilidades que se generen producto de esta actividad comercial sean destinadas exclusivamente a los fines previsionales de la entidad.

3.2 Las IAFAS y su compatibilidad con el marco misional de la DM

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) como aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.

Los planes de aseguramiento en salud son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las administradoras de fondos de aseguramiento y se clasifican en los siguientes grupos: i) Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS); ii) planes complementarios; y iii) planes específicos.

Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud pueden ofrecer planes que complementen el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). La regulación de estos planes, así como la fiscalización del cumplimiento, está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Es en ese marco que la IAFAS gestionada por la DM podría ofrecer planes de salud complementarios elaborados sobre la base de las necesidades de salud específicas del personal docente afiliado a la DM. Una de las prestaciones especialmente cubiertas por estos planes sería el transporte asistido a los docentes con necesidades de salud que laboran en zonas alejadas de las IPRESS a las cuales éstos se encuentran adscritos.

²⁹ El texto estatutario pretendió ser modificado por el Decreto Supremo No.009-2022-MINEDU, del 8 Julio del 2022; sin embargo, mediante el artículo 1 del Decreto Supremo N° 008-2023-MINEDU, publicado el 27 abril 2023, se deroga el Decreto Supremo N° 009-2022-MINEDU, restableciendo el texto original del Estatuto de la DM.

El valor agregado de estos planes consiste en que estarían elaborados sobre la base de las necesidades específicas de la población docente y brindaría especial énfasis al problema de accesibilidad geográfica; financiando por ejemplo el transporte aéreo asistido o la atención médica domiciliaria al centro de labores del docente.

3.3 Procesos internos en la DM

- La decisión política de conformar una IAFAS gestionada por la Derrama Magisterial corresponde al directorio de la institución. Al respecto, el artículo 13 de los estatutos señala en su literal a) que es una de las funciones del directorio planificar y programar el desarrollo Institucional, determinando objetivos y metas por alcanzar.
- En coherencia con ello, la parte introductoria del capítulo VII de los estatutos señala que “los servicios que brindará la Derrama Magisterial a sus asociados son los indicados en este capítulo y los que en el futuro acuerde el directorio y lo apruebe el Ministerio de Educación”.
- Como puede apreciarse, la norma señala además que la decisión política del directorio debiera ser aprobada por el Ministerio de Educación. En ese sentido, es de apreciarse que no existe regulado un procedimiento específico para tramitar esta aprobación, razón por la cual bastaría enviar una solicitud conteniendo una ayuda memoria del proyecto invocando la base legal de la necesidad de contar con la aprobación del Ministerio de Educación.
- Por su parte, la conducción de la ejecución de la decisión política del directorio de conformar una IAFAS sería responsabilidad del gerente general. Sobre el particular, el artículo 25 de los estatutos antes referidos dispone que la ejecución de los planes y programas aprobados por el directorio, y las acciones administrativas que éstas conllevan, serán puestos en marcha por el gerente general de la Derrama Magisterial.
- Cabe señalar que, de conformidad con el artículo 36 de los estatutos, en caso de que la IAFAS sea gestionada directamente por la DM, es decir sin conformar una nueva persona jurídica, habría que crear un programa específico de aseguramiento en salud, lo cual es potestad del directorio a propuesta de uno de sus miembros y previa presentación de estudios de la inversión previa (artículo 40 de los estatutos).
- Respecto a la posibilidad de que la cobertura de los planes de salud ofrecidos por una IAFAS sea directamente administrada por la DM, consideramos que esta posibilidad se encuentra habilitada por el marco estatutario, pues el artículo 32 literal c), señala que los fondos de la Derrama Magisterial se aplicarán en los siguientes conceptos: atención o beneficiarios, y de inversión y servicios.
- De igual manera, la posibilidad de que la DM capte ingresos por la cobertura de planes de salud ofrecidos a terceros no afiliados a la Derrama, también resulta coherente con el contenido estatutario, pues el artículo 30, literal b), señala que para el cumplimiento de sus fines el patrimonio de la Derrama Magisterial está constituido por los ingresos financieros que resulten de los servicios que brinde.

3.4 Breve hoja de ruta

Levantar un mapa epidemiológico del personal afiliado a la DM. Ello supone identificar las características socioeconómicas del personal docente afiliado a la DM y las condiciones laborales en las cuales éstos se desempeñan y su impacto en esta población; identificando de esta manera sus necesidades específicas de salud.

Elaborar los planes de salud a ofertarse. Esto supone elaborar el paquete de prestaciones de salud cubiertos por el plan en base a las condiciones de salud priorizadas como contingencias en el mapa epidemiológico. Un segundo componente de la elaboración de este plan es el coste de las prestaciones de salud a ser cubiertas por el plan. Seguidamente resulta necesario realizar un estudio actuarial (o al menos un estudio económico financiero) que determine el costo de la prima por la afiliación a este plan, identificando el porcentaje del mismo que sería asumido por el afiliado y el porcentaje del subsidio a cargo de la Derrama Magisterial.

- Constituir las IAFAS.
- Autorizar las organización de la IAFAS.
- Autorizar el funcionamiento de la IAFAS.
- Implementar las IAFAS. Esto implica principalmente: a) registro de planes de salud a ofertarse; b) contratación de servicios de salud; c) diseño e implementación de procesos misionales de las IAFAS; d) estrategia de marketing; e) estrategia de comercialización; y f) proceso de afiliación.

► 4. Opciones estratégicas para la constitución de IAFAS gestionadas

Considerando lo que ya se ha señalado, resulta claro que al momento de decidir la constitución e implementación de IAFAS se deben considerar las opciones estratégicas orientadas a optimizar las prestaciones brindadas a sus afiliados y cautelar el patrimonio de la Institución.

Materia	Opciones	Ventajas/Desventajas
Determinación del organizador de la IAFAS	Directamente gestionada por la DM	Reduce los costos administrativos Compromete los recursos de la institución e implica modificación estatutaria de la DM
	Creación de una nueva persona jurídica ³⁰	Fácil constitución y deja a salvo el patrimonio de la DM/ Posible incremento de costos administrativos y operativos Exigencia de un capital mínimo de constitución con un monto mayor al fondo de garantía
Determinación del público objetivo de la IAFAS	En favor exclusivamente de los afiliados de la DM	Concentración de los esfuerzos institucionales en las necesidades de salud de los afiliados Riesgo de que el flujo de ingresos no sea suficiente para financiar los planes de salud
	En favor exclusivamente de los afiliados de la DM y de terceros ³¹	Contar con una línea de negocios colateral que genere los recursos necesarios para la DM Incremento de los costos de administración
Planes de Salud ofertados	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS ³²	Permite estimar de manera más exacta el costo de la cobertura; reduce los costos de transacción Podría no responder a las necesidades específicas de la población
	Planes Complementarios ³³	Permitiría el diseño de planes sobre la base de las necesidades específicas de la población Mayor incertidumbre respecto a los costos de la cobertura (sobre todo si se incluye la atención de urgencias) Se incrementan los costos de transacción
	Planes integrales	Atención total a las necesidades de salud de la población docente Mayor incertidumbre respecto a los costos de la cobertura (sobre todo si se incluye la atención de urgencias) Incremento de los costos de transacción
Financiamiento de los planes ofertados en el caso de los afiliados de la DM³⁴	Financiado con recursos de las reservas de la DM	Incentiva una mayor afiliación a la IAFAS por parte de los afiliados a la DM Podría afectar la sostenibilidad financiera de la Institución
	Financiado con aportes de los afiliados	No compromete los recursos de la DM Desincentiva la afiliación Genera duplicidad de aportes si consideramos las contribuciones a EsSalud
Prestaciones de servicios de salud	Mediante infraestructura propia	La garantía de la calidad y oportunidad de las prestaciones dependería directamente de la DM Reduce los costos de transacción Incrementa los costos operativos y de gestión pues implica la implementación de un sistema de gestión La DM asume los riesgos de la calidad del servicio
	Mediante infraestructura contratada con terceros	Se reducen los costos operativos y de gestión Permite contratar con IPRESS que demuestren mejor calidad de servicios y con oferta de atención de urgencias Incrementa los costos de transacción La garantía de la calidad y oportunidad de las prestaciones no dependería directamente de la DM

30 La forma societaria que podría adoptarse sería la de una asociación sin fines de lucro conforme al artículo 80 y siguientes del Código Civil, en la medida que no se trata de una asociación para sus miembros, sino brindar cobertura de segura social en salud de naturaleza complementaria a sus afiliados. Esta naturaleza subsistiría independientemente de la forma jurídica que adopte, vez que el producto de esta línea de negocios colateral sería destinado íntegramente a financiar los fines previsionales de la Institución. Esta definición societaria prevista en la Ley General de Sociedades, los costos de constitución y gestión de las IAFAS serían mayores. Exigencia de un capital mínimo de constitución, mayores exigencias contables y administrativas por parte del órgano fiscalizador, SUSALUD.

31 Esta sería una línea de negocios colateral cuyos resultados serían destinados exclusivamente a financiar los fines previsionales de la DM, razón por la cual no podría ser una actividad de lucro. Sin perjuicio de lo antes expuesto, es evidente que este es un proceso progresivo, de tal manera que podría iniciarse con una IAFAS que cubra la atención de urgencias y con otros planes de salud.

32 El PEAS consiste en la lista priorizada a nivel nacional de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los afiliados de la DM para todos los beneficiarios. Su formulación corresponde a las condiciones de salud priorizadas (no a todo el mapa epidemiológico total) y al mapa de necesidades de salud.

33 Los planes complementarios permiten armar paquetes sobre la base de las necesidades específicas en salud de una determinada población, como lo establece el LMAUS señala en su artículo 100 que los planes complementarios son estructurados por las IAFAS respetando las condiciones del PEAS. El valor de cada plan complementario es el que se ofrece. Las IAFAS fijan las exclusiones de cada plan complementario. Es de apreciarse que, si bien es cierto que el artículo antes citado señala además que el Plan de Beneficios correspondiente al PEAS, en este caso dicha garantía estaría cubierta considerando que todos los docentes afiliados a la IAFAS gozan de la cobertura de salud.

34 Sin duda esta decisión deberá responder a un estudio actuarial que es un análisis estadístico matemático realizado por un actuario que para cuantificar el costo de los planes de salud ofertados; la sostenibilidad de ser financiado exclusivamente con reservas de la DM. En este caso, ¿cómo se financian dichos aportes? Evidentemente en esta materia también existe la posibilidad de opciones mixtas, es decir que la cobertura sea financiada conjuntamente por la DM y los afiliados. Se deducir del aporte que el Ministerio de Educación (como empleador) hace a EsSalud por la seguridad social en salud de estos trabajadores el monto que implicaría un cambio a nivel de Ley.

35 Este riesgo podría ser reducido mediante el establecimiento de formas de pago en función de los resultados sanitarios obtenidos por la IPRESS (porcentaje de afiliados que acceden a la atención de urgencias).

ada por la DM

estionadas por la Derrama Magisterial, deben analizarse una serie
stitución.

ventajas
DM
garantía exigido a las entidades sin fines de lucro
iliados d ofertados
mejorar la calidad de los servicios brindados por la DM a sus afiliados
e transacción
olación docente a las enfermedades huérfanas o raras)
a las enfermedades huérfanas o raras)
e de la gestión de la DM
des de establecimientos de salud
ta disponible en los lugares más cercanos al centro de trabajo del docente
ente de la gestión de la DM ³⁵

da que el objeto de esta persona jurídica no sería obtener beneficios económicos
luso en los supuestos que la IAFAS brindara cobertura en salud a terceros, toda
ción resulta fundamental en la medida que, de adoptarse alguna de las formas
mínimo de constitución con un monto mayor al fondo de garantía exigido a las

la cual, aún en este supuesto, no se trataría de una persona jurídica con fines de
ertura únicamente a los afiliados a la DM y que progresivamente afilie a terceros

segurados por las IAFAS y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad
a epidemiológico nacional (no respecto a un grupo poblacional específico).

o es el caso de los docentes afiliados a la DM. En ese sentido, el reglamento de la
estos es determinado en función de la extensión y características de la cobertura
más que las IAFAS deben garantizar que sus asegurados cuenten con la cobertura
s a la DM, a su vez, se encuentran afiliados a EsSalud que cobertura el PEAS.

ntificar y gestionar riesgos del proyecto. Este estudio permitiría conocer
caso de que se optará por los aportes de los afiliados, ¿cuál sería el monto de
tamente con fondos de la DM y aportes de los afiliados. Sin duda, lo ideal sería
to total o parcial del aporte que se haría a la IAFAS de la DM. No obstante, ello

or ejemplo, pago por daño resuelto).

► 5. Procedimientos administrativos para el funcionamiento de las IAFAS

Las IAFAS privadas se constituyen como personas jurídicas conforme a las disposiciones de la Ley N° 26887 (Ley General de Sociedades), sin fines de lucro y con arreglo a las formas previstas en el Código Civil. Dentro de estas normas están contempladas las entidades creadas por norma especial como personas jurídicas de derecho privado, como es el caso de la Derrama Magisterial.

Efectivamente, el artículo 7 del Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley N° 29344 (Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud), aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA TUO del LMAUS³⁶, establece que las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) son entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.

El artículo considera además como IAFAS, entre otras, a los autoseguros y fondos de salud que gestionen fondos para la cobertura de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas y otras modalidades de aseguramiento público, privado o mixto, dentro de las cuales podría ubicarse a la Derrama Magisterial.

El indicado artículo señala además que el registro en la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) es un ente indispensable para la oferta de las coberturas de salud. En coherencia con ello, el artículo 10 del Reglamento de la Ley N° 29344 (Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud) aprobada por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA, en adelante Reglamento de Ley, precisa que las IAFAS están obligadas a solicitar su autorización de organización y funcionamiento, así como su registro ante la SUNASA, hoy SUSALUD.

En coherencia con ello, el artículo 10 del Reglamento de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, establece que las IAFAS están obligadas a solicitar su autorización de organización y funcionamiento, así como su registro ante la SUNASA.

El artículo 12, por su parte, señala que las IAFAS podrán ofrecer servicios de salud a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de su propiedad o de propiedad de empresas vinculadas a Estas económicamente (grupos económicos). Para ello, deberán exigir que exista una clara separación contable y administrativa de las actividades de aseguramiento y financiamiento de las actividades de prestación.

5.1 Capital mínimo

Respecto al capital mínimo para la constitución de una IAFAS, y según establece en su capítulo primero la Resolución de Superintendencia N° 146-2011-SUNASA/CD del 27 de octubre del 2011, están exceptuadas de esta obligación las entidades comprendidas en el ámbito de la Superintendencia de Banca y Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones, tal es el caso de estas instituciones.

En ese sentido, el artículo 16, literal d), de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros (Ley N° 26702) dispone que para el funcionamiento de las empresas y sus subsidiarias, se requiere que el capital social, aportado en efectivo, alcance las siguientes cantidades mínimas:

³⁶ Norma que se encuentra replicada en el artículo 6 del Decreto Legislativo 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Empresas de Seguros

1. Empresa que opera en un solo ramo (de riesgos generales o de vida):	S/. 2 712 000,00
2. Empresa que opera en ambos ramos (de riesgos generales y de vida):	S/. 3 728 000,00
3. Empresa de Seguros y de Reaseguros:	S/. 9 491 000,00
4. Empresa de Reaseguros:	S/. 5 763 000,00

De otro lado, el artículo 5 de la Resolución dispone que las IAFAS constituidas como autoseguros o fondos de salud sujetas a la regulación del Código Civil, para acceder a la autorización de organización y funcionamiento han de constituir un Fondo de Garantía Mínima conforme a los montos expresados en Unidades Impositivas Tributarias (UIT), conforme al siguiente detalle:

Fondo de garantía mínima		
Población afiliada	(En UITs vigentes al 1 de enero de cada año)	
	Lima y Callao	Otras provincias
Hasta 250 afiliados	10 UIT	7 UIT
De 251 a 350 afiliados	16 UIT	11 UIT
De 351 a más	31 UIT	22 UIT

En ese sentido, el artículo 5 también precisa que para obtener la autorización de organización y funcionamiento, así como la inscripción en el Registro a cargo de SUSALUD, las IAFAS deben presentar: i) la proyección financiera que acredite equilibrio entre los ingresos constituidos por los aportes del empleador y/o sus afiliados, para las IAFAS que se organicen como autoseguro y/o fondo de salud, así como las prestaciones estimadas en un período no menor de tres años; y ii) constituir un Fondo de Garantía Mínima, conforme al cuadro antes citado, que deberá estar debidamente depositado en una cuenta del sistema financiero.

De otro lado, el artículo 57 del Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, establece que para las empresas prestadoras de servicios que se constituyan en la provincia de Lima el capital mínimo será de S/. 1 000 000, íntegramente suscrito y pagado. Las EPS que se constituyan fuera de esta provincia podrán hacerlo con un capital menor. La SEPS determinará para estas últimas los criterios y montos de capital mínimo requerido. Adicionalmente indica que el capital mínimo se mantendrá en su valor constante, actualizándose anualmente en función a los índices que determinará la SEPS (hoy SUSALUD).

5.2 Autorización para la organización de una IAFAS

De conformidad con el artículo 8 del Reglamento de Autorización de Organización, Funcionamiento y Registro de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, aprobado mediante Resolución de Superintendencia N° 163-2019-SUSALUD-S, los requisitos para obtener la autorización de organización como IAFAS son los siguientes: a) solicitud de autorización de organización debidamente llenado y suscrito por el representante de los organizadores, según modelo; b) copia simple del curriculum vitae no documentado de cada uno de los organizadores, para el caso de personas naturales; c) declaración jurada de cada uno de los organizadores de no tener impedimento legal para constituir y ser accionista de una IAFAS³⁷, según modelo; d) proyecto de minuta de constitución social, señalando dentro de su objeto social, la recepción, captación y/o gestión de fondos para la cobertura de las

³⁷ Al respecto, el artículo 11, numeral 11.1 del Reglamento de referencia señala que las personas naturales y jurídicas que se presenten como organizadores, accionistas o asociados de una IAFAS deben ser de reconocida idoneidad moral y solvencia económica. En ese sentido, el numeral 11.2 precisa que no pueden ser organizadores, accionistas ni asociados de una IAFAS: a) los que tienen antecedentes penales por delitos dolosos; b) los que por razón de sus funciones, estén prohibidos de ejercer el comercio, de conformidad con las normas vigentes; c) los declarados en proceso de insolvencia, mientras dure el mismo y los quebrados; d) los directores, funcionarios o servidores de SUSALUD y Ministerio de Salud que norman o supervisan la actividad de las IAFAS; e) los directores, gerentes o trabajadores de otras IAFAS de la misma naturaleza; f) los que hayan sido directores o gerentes de entidades quebradas o intervenidas por alguna Superintendencia u otro organismo de fiscalización, supervisión y de control, si se les hubiere hallado responsables de los actos de mala gestión.

atenciones de salud u oferta de cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad; y e) certificado de depósito de garantía vigente emitido por una entidad financiera autorizada por la SBS, a la orden de SUSALUD, por el importe del 5 por ciento del capital mínimo actualizado, para las IAFAS que ofrecen servicios de salud prepagados, o el importe del 5 por ciento del Fondo de Garantía Mínima actualizado para el caso de IAFAS, autoseguros, fondos de salud³⁸ u otras modalidades de aseguramiento en salud³⁹; f) estudio de factibilidad económico-financiera o proyección financiera⁴⁰, según corresponda, conforme a las especificaciones establecidas por el Reglamento de referencia; g) número de comprobante y fecha en que se efectuó el pago de la tasa por derecho dé trámite; y h) copia simple de la escritura pública de poder especial de representación otorgado por todos los organizadores.

5.3 Procedimiento para obtener la autorización de organización

El procedimiento se inicia con la presentación de la solicitud en mesa de partes de SUSALUD, la cual de tener observaciones otorga un plazo de dos días hábiles para subsanar. Posteriormente, SUSALUD publica en su página web la presentación de la solicitud, a fin que las personas interesadas, en el término de cinco días hábiles, contados a partir de la fecha de la publicación del aviso, formulen cualquier objeción fundamentada.

Luego, la Intendencia de Normas y Autorizaciones-INA de SUSALUD procede a revisar y evaluar la solicitud. En caso de encontrarse observaciones, por única vez, notifica al administrado para que proceda a subsanarlas y presentar sus descargos, de corresponder, en un plazo no mayor de diez días hábiles.

Con la absolución de las observaciones y los descargos a las objeciones o sin ellas, INA expide dentro de treinta días hábiles la resolución motivada, concediendo o denegando la autorización como organización

Contra la resolución que deniega la solicitud procede recurso de apelación, el cual debe ser presentado dentro de los quince días de notificada la denegatoria y es resuelta por el Tribunal de SUSALUD, dentro de los treinta días de presentada.

En el procedimiento de autorización de una IAFAS son de aplicación las normas sobre silencio administrativo negativo, razón por la cual, de no existir pronunciamiento en los plazos antes señalados, el administrado puede entender por denegada su solicitud e interponer los correspondientes recursos impugnatorios.

Con la resolución que concede la autorización, la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización (SAREFIS) otorga un certificado que tiene una vigencia de dos años contados desde la fecha de su emisión, periodo dentro del cual los organizadores pueden presentar su solicitud de autorización de funcionamiento ante SUSALUD.

Concluido este plazo, el certificado caduca de pleno derecho sin que sea necesaria la expedición de acto administrativo alguno.

Con la incorporación del certificado los organizadores de la IAFAS se obligan a: a) obtener la escritura pública de constitución, en la que se inserte dicho certificado; y b) realizar las demás acciones conducentes a obtener la autorización de funcionamiento.

³⁸ Es el caso de la Derrama Magisterial.

³⁹ El certificado de depósito de garantía tiene por objeto garantizar la realización del aporte del capital mínimo o fondo de garantía mínima establecido por SUSALUD, por lo que debe ser devuelto a los organizadores en caso de denegarse la solicitud de autorización de la organización de la IAFAS o, una vez concedida la autorización de organización dentro de un plazo no mayor de tres (03) días hábiles, salvo caducidad a la fecha de autorización.

⁴⁰ Es lo exigible a la Derrama Magisterial.

5.4 Autorización de funcionamiento para IAFAS

Este procedimiento administrativo tiene por objeto obtener autorización de funcionamiento para poder registrarse como IAFAS de SUSALUD y, de esta manera, desarrollar actividades de recepción, captación y/o gestión de fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad, a nivel nacional. Esta autorización se otorga a las personas jurídicas que previamente obtuvieron autorización de organización.

La IAFAS comunican por escrito a la INA el cumplimiento de las condiciones exigibles para el inicio de sus operaciones, solicitando el otorgamiento de la autorización de funcionamiento, para cuyo efecto debe acompañar los siguientes documentos: i) solicitud de autorización de funcionamiento, según modelo; ii) copia simple de la escritura pública de constitución debidamente registrada en SUNARP, que inserte el certificado de autorización de organización y acredite que el capital mínimo o fondo de garantía mínima se encuentre totalmente suscrito y pagado; iii) copia del reglamento o manual de organización y funciones; iv) copia de las normas operativas y delegación de facultades para la gestión de la IAFAS; v) copia simple del certificado de vigencia de poder; vi) documento que contenga el detalle de Planes de Salud que se propone ofrecer; vii) documento que contenga la relación de IPRESS con las que brindará servicios de salud sea a través de infraestructura propia o contratada con terceros, las cuales deben contar con el Código Único de Institución Prestadora de Servicios de Salud debidamente registrado en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS); y viii) copia simple del certificado que acredite el pago del capital social mínimo.

5.5 Procedimiento para obtener autorización de funcionamiento de la IAFAS

El procedimiento se inicia con la presentación de una solicitud a SUSALUD, la cual verifica inicialmente el cumplimiento de los requisitos y recaudos antes señalados. De tener observaciones se otorga al administrado un plazo de dos (02) días hábiles para subsanarlos.

Posteriormente, la INA procede a revisar y evaluar de manera integral el cumplimiento de todos los requisitos establecidos, especialmente: *a)* que la escritura de constitución guarde correspondencia total con el proyecto de minuta aprobado en su momento; *b)* que el capital mínimo o fondo de garantía mínima determinado por SUSALUD se encuentre totalmente suscrito y pagado; *c)* que el nombre y la dirección de cada uno de los accionistas o asociados sean correctos; *d)* que los accionistas o asociados no tengan impedimento para constituir una IAFAS; *e)* que la IAFAS cuente con reglamento o manual de organización y funciones, procedimiento que determine de manera clara el flujo de atención, los responsables y los plazos para atender las consultas y reclamos, así como la gratuidad de la tramitación de consultas, información, orientación y reclamos y normas operativas y de delegación de facultades; *f)* que la infraestructura propia o de terceros con la que prestará los servicios de salud cuenten con el Código Único de Institución Prestadoras de Servicios de Salud debidamente registrado en el RENIPRESS; y *g)* que los planes de salud que se propone ofrecer se encuentren enmarcados en la legislación vigente y otorguen una cobertura adecuada.

De encontrarse observaciones, serán notificadas al administrado para que, dentro del plazo de quince días hábiles, procedan a subsanarlas. Con la absolución de las observaciones, de ser el caso, la INA, dentro del plazo de treinta días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, expide resolución concediendo o denegando la autorización de funcionamiento.

Contra la resolución denegatoria procede recurso de apelación, el cual debe ser presentado dentro de los quince días de notificada la denegatoria. Es resuelta por el Tribunal de SUSALUD, dentro de los treinta días de presentada.

En el procedimiento de autorización de funcionamiento son de aplicación las normas sobre silencio administrativo negativo, razón por la cual, de no existir pronunciamiento en los plazos antes señalados, el administrado puede entender por denegada su solicitud e interponer los correspondientes recursos impugnatorios. De ser denegada la solicitud de autorización, el administrado puede solicitar nuevamente la autorización de funcionamiento dentro los dos años contados desde la fecha de su emisión del certificado.

Con la resolución que concede la Autorización de Funcionamiento a la IAFAS, Safefis otorga el certificado de autorización de funcionamiento, el cual es de vigencia indefinida, pudiendo ser suspendido o revocado por SUSALUD de oficio o a solicitud de parte.

La INA dispone la publicación del certificado en la página web de SUSALUD dentro de los dos días hábiles siguientes a su expedición. Luego, con la expedición de la resolución que concede la autorización, se asigna a la IAFAS un código único de IAFAS, el cual la identifica para cualquier trámite y permite el acceso a los distintos aplicativos o registros que SUSALUD ponga a su disposición. Con ese código, la INA procede a registrarla en el Registro de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (RIAFAS).

5.6 Registro de IAFAS en el RIAFAS

El Registro de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (RIAFAS) es el registro administrativo a cargo de SUSALUD que incorpora toda la información relativa a las IAFAS públicas, privadas o mixtas. La persona natural o jurídica que no se encuentre inscrita en el RIAFAS no puede recibir, captar o gestionar fondos para la cobertura de la atención de salud o la cobertura de riesgos de salud.

El RIAFAS, contendrá la siguiente información: *a)* copia simple de la escritura pública de constitución de la IAFAS inscrita en la Oficina Registral de su jurisdicción, o norma estatutaria de su creación, según corresponda; *b)* reglamento o manual de organización y funciones o su equivalente; *c)* normas operativas y de delegación de facultades que identifique los procesos de las IAFAS y sus responsables; *d)* reglamento de Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las IAFAS; *e)* copia de los Planes de Salud que brinda; *f)* dirección o domicilio donde funciona su sede principal; *g)* certificado que acredite el pago del capital mínimo o fondo de garantía mínima; *h)* datos generales de las personas responsables de la gestión de la IAFAS, con su respectiva vigencia de Poder; *i)* dirección o domicilio de sus sucursales; y *j)* copia de los documentos públicos o privados que contengan todos aquellos eventos en materia de gestión administrativa y operativa.

Cualquier variación en la información contenida en el RIAFAS, debe ser puesta en conocimiento de SUSALUD dentro de los cinco días hábiles siguientes de producida. Su incumplimiento constituye infracción de acuerdo a la normatividad vigente.

► 6. Conclusiones y recomendaciones

En atención a las consideraciones antes expuestas, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- i. La Derrama Magisterial es una institución de naturaleza mutual, cuya finalidad es atender la seguridad y el bienestar de sus asociados, otorgando servicios de previsión a los docentes del servicio de las escuelas públicas del país.
- ii. Como sucede en diversas experiencias comparadas, las instituciones mutuales (como es el caso de la Derrama Magisterial) brindan prestaciones previsionales complementarias a las otorgadas por el sistema de seguridad social público o formal con el objetivo de contribuir a mejorar los niveles de bienestar de sus afiliados. Todo ello mediante servicios específicos, acordes con las necesidades específicas de estas poblaciones.
- iii. La salud, en tanto derecho fundamental vinculado directamente al derecho a la vida, constituye uno de los principales componentes y responsabilidades de la seguridad social. En ese sentido, la seguridad social debería tener el propósito de garantizar el acceso a prestaciones de salud seguras, oportunas y de calidad de sus miembros.
- iv. En el caso de los docentes de las instituciones educativas públicas, afiliados a la Derrama Magisterial, existen necesidades específicas en salud derivados, entre otros, de las características de la labor que estos desarrollan y de las condiciones en la que se desempeñan. Esta situación demanda respuestas específicas del sistema de salud a esta población, que deberían ser formuladas a partir de un mapa epidemiológico propio de la población docente y considerando la dispersión geográfica en el territorio nacional que caracteriza a esta población.
- v. El sistema nacional de salud, a pesar de haber mostrado en los últimos años importantes avances en la política de aseguramiento universal en salud, muestra aún insuficiencias de cobertura efectiva de servicios. Es decir, la población, a pesar de contar con un seguro de salud que la brinda cobertura financiera, no logra acceder a servicios de salud oportuna, debido a una deficiente oferta de servicios de salud, sobre todo en los lugares alejados de las grandes ciudades. Ello obedece al carácter fragmentado y segmentado de nuestro sistema de salud que impide el uso eficiente de los escasos recursos en salud (humanos, infraestructura y tecnológicos), los cuales además se concentran en las ciudades capitales de región (sobre todo de la costa).
- vi. EsSalud, que es la IAFAS a la que se encuentran afiliados en materia de seguridad social en salud los miembros de la Derrama Magisterial, ha demostrado no contar con oferta de servicios suficiente y adecuada, sobre todo en el sistema de atención primario, para atender a las necesidades de salud de sus afiliados, quienes cubren sus servicios en los lugares más recónditos del país, donde frecuentemente no existen establecimientos de EsSalud. Ello ha determinado que una gran proporción de maestros no puedan acceder oportunamente a servicios de salud, para lo cual requerirían trasladarse por muchas horas y esperar largos periodos de tiempo para ser atendidos. De esta manera, esta población o no accede a los servicios de salud o debe acudir a establecimientos privados (incluyendo farmacias) financiados por sus propios recursos. Esto agrava su situación de vulnerabilidad económica.
- vii. En ese contexto, las IAFAS, son entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad. Estas instituciones brindan cobertura financiera de salud, a través de planes que contienen las prioridades de intervención

sanitaria y las prestaciones necesarias para mejorar los resultados de salud en sus afiliados. Las prestaciones de salud ofertadas son brindadas a través de infraestructura propia o contratada con terceros (es decir, compra de servicios). De esta manera, queda claro que las IAFAS pueden ofrecer planes de salud acordes con las necesidades sanitarias específicas de la población afiliada, cuyas prestaciones podrían ser contratadas con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de fácil acceso geográfico para la población coberturada.

- viii.** En principio, el marco legal y estatutario que regula la actuación de la Derrama Magisterial permite la constitución e implementación de una IAFAS para coberturar a los afiliados a la DM, además de brindar esta cobertura a terceros.

Por lo expuesto se recomienda evaluar la necesidad y conveniencia de constituir una IAFAS gestionada (directa o indirectamente) por la DM con la finalidad de facilitar el acceso del personal docente afiliado a la Derrama Magisterial a servicios de salud oportunos y de calidad, considerando las características sociolaborales de esta población.

Por último, también se sugiere evaluar las distintas opciones estratégicas disponibles en el proceso de constitución de la IAFAS, tal como ha quedado expresado en este informe.



**Organización
Internacional
del Trabajo**

Oficina de la OIT para los Países Andinos

Calle Las Flores 275,
San Isidro
Lima - Perú

(511) 615 0300
www.ilo.org/lima

⊗ OITAndina