

*Modernizando Essalud
desde y para el asegurado*

ABRIL DEL 2016

La Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a los Estados miembros:

“(2) a que hagan lo posible por garantizar la plena cobertura de todos los trabajadores, incluidos los del sector no estructurado, los de las empresas pequeñas y medianas, los trabajadores agrícolas y los trabajadores migrantes y por contrata, mediante intervenciones esenciales y servicios básicos de salud ocupacional destinados a la prevención primaria de las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo”.¹

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) insta a “Avanzar hacia la separación de funciones formalizando las relaciones de financiamiento y prestación de salud, implementando compromisos de gestión que permitan la administración adecuada de los riesgos y la incorporación de mecanismos de asignación de recursos que estimulen la mejora en el desempeño de las diferentes áreas.”²

1. OMS. *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial, 60.ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS, 2007, p. 4. Disponible en: <<http://bit.ly/1MUXXcb>>.

2. OIT. *Estudio Financiero Actuarial de EsSalud, 2015*. Lima: Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2016, p. 154.

A pesar de los esfuerzos que ha realizado EsSalud para implementar programas de mejora de la calidad de la atención de los asegurados, el modelo de atención y los arreglos de gobernanza, organización y financiamiento imperante evidencian dificultades para cumplir con las necesidades de los asegurados y asegurar la sostenibilidad en la prestación de servicios.

No obstante el impacto que tienen los problemas de EsSalud en la calidad de la prestación de la salud de sus asegurados y en general sobre el funcionamiento del sistema peruano, el tema de su modernización no se encuentra suficientemente tratado en la agenda nacional de las reformas pendientes. Cabe señalar que no se encuentra en los puntos concordados en el Acuerdo Nacional, “Los objetivos de la Reforma de Salud” del 22 de octubre de 2015.

Con el fin de discutir los problemas y soluciones de EsSalud, la *Iniciativa de Diálogos de Política Pública* promueve un espacio de reflexión de exministros de Salud, viceministros y funcionarios de alto nivel, acompañados de un selecto grupo de expertos de diversas instituciones cuyos aportes se desarrollan en el presente documento.

Existe consenso en que es necesario reforzar al sistema de salud bajo la rectoría del Ministerio de Salud (MINSA), articulando las acciones del MINSA, los Gobiernos Regionales y EsSalud. “*EsSalud no es institución ajena al Sector o al Sistema de Salud*”. Así, los cambios en EsSalud se deben dar en el marco de la reforma del sistema de salud para ganar en eficiencia y en resultados, y garantizar su sostenibilidad operativa en el tiempo. En esa perspectiva, el presente documento debe comprenderse en el marco de la “*Nota de política pública de salud, avanzando hacia el acceso universal a la salud*”.¹

También existe consenso sobre la implementación de las siguientes recomendaciones que requerirán del apoyo decidido del gobierno y

1. Véase <<http://www.dialogosperu.pe/>>.

La experiencia es una gran maestra.

*Exministros, viceministros, altos funcionarios y expertos comparten sus conocimientos a través de la iniciativa **Diálogos de Política Pública** para contribuir a un buen gobierno.*

Las recomendaciones son todas técnicamente solventes y políticamente viables.

de los participantes en la seguridad social: los asegurados y los empresarios.

Situación actual y principales retos

La seguridad social en el Perú surgió de la confluencia del impulso que dio la OIT desde 1919 y de los movimientos políticos y sindicales surgidos en el país en la década del 20, cuyos esfuerzos se ven reflejados en la Constitución Política del Perú de 1933.² Desde aquella época ha variado en su organización y ha tenido un proceso de agrupamiento de seguros —como el del empleado y el obrero—, hasta la separación de funciones tan importantes como la de las pensiones. Debido a este origen, se ha mantenido adscrita al sector Trabajo.

Actualmente el Seguro Social de Salud (EsSalud) se rige por la Ley de Modernización de la Seguridad Social (Ley N.º 26790; 15.05.1997), su reglamento (DS N.º 009-97-SA) y la Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) (Ley N.º 27056; 30.01.1999) y debe adecuarse a la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N.º 29344). En el artículo tercero de la Ley N.º 27056 están fijadas las prestaciones a las que se encuentra obligada, además de las relacionadas con la atención de salud tiene entre otras la de maternidad y las prestaciones económicas (subsídios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio).

EsSalud es conducido por un Presidente Ejecutivo designado por el Presidente de la República y tiene un directorio donde están representados por partes iguales el gobierno, los trabajadores y los empleadores.

Presupuestalmente reportan al Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), que es una entidad encargada de la actividad

empresarial del Estado y cuyo directorio está conformado por 5 ministros ligados a la producción.³

De las 34 empresas que dirige FONAFE directamente⁴ solo una está relacionada con la salud, la mayoría son empresas eléctricas (47%) y financieras (12%) cuyas lógicas de funcionamiento están relacionadas con la generación de utilidades. Ello explica por qué a EsSalud no se le permite gastar los saldos de balance (de más de S/ 1000 millones) y se le obliga a tener una “reserva técnica” por encima de lo que recomiendan los estudios actuariales.⁵ Además, la política de hacer utilidades y “reservas técnicas” por S/ 700 millones al año no genera a EsSalud un valor adicional en la mejora de la atención de los asegurados.

Según informa EsSalud, actualmente aseguran a 10,8 millones de personas entre titulares y derechohabientes. Así, su cobertura ha aumentado de 21% en el 2005 al 35% de la población en el 2015,⁶ por el incremento del empleo formal.

Llama la atención el crecimiento de la demanda versus el escaso aumento de la oferta propia, considerando el importante incremento de ingresos de EsSalud. Esto aboga por la urgente necesidad de abordar con intensidad el intercambio prestacional,⁷ sobre todo en aquellas zonas donde el MINSA es el prestador único o mayoritario de servicios de salud.

La composición etárea de los asegurados muestra que el 52% de la población mayor de

2. Véase EsSalud. *EsSalud, Plan Estratégico Institucional 2012-2016*. Lima: EsSalud, 2012, pp. 18-22. Disponible en: <<http://bit.ly/1TDYXTz>>.

3. Los ministros son de los ministerios de: Economía y Finanzas, Transportes y Comunicaciones, Vivienda, Construcción y Saneamiento, Energía y Minas, la Presidencia del Consejo de Ministros. Si Proinversión no estuviera adscrita al MEF se incluiría al ministerio que lo tenga adscrito.

4. Existen otras empresas en la que es miembro del directorio u otras con participación minoritaria. Véase <<http://www.fonafe.gob.pe/>>.

5. OIT, ob. cit., p. 153.

6. Según ENAHO, para el 2014 los asegurados sumaron el 24,6% del total de la población.

7. Aunque el intercambio prestacional aún se da de manera limitada, es necesarios fortalecer sus procedimientos para hacerlo más ágil.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

Modernizar EsSalud

- **Separar funciones de aseguramiento-financiamiento y prestación:**
 - ✓ Conformar la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) EsSalud con directorio propio y autonomía administrativa y financiera, sustrayendo la función financiadora del actual EsSalud, el que se convertirá en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) EsSalud, la cual contará con su propio Consejo Directivo, conformado por profesionales distintos al de la IAFAS EsSalud. Cada directorio elige a su Presidente, y nombra y supervisa al Gerente Ejecutivo.
 - ✓ Implementar sistemas transparentes de información que mejoren la gestión y permitan la rendición de cuentas.

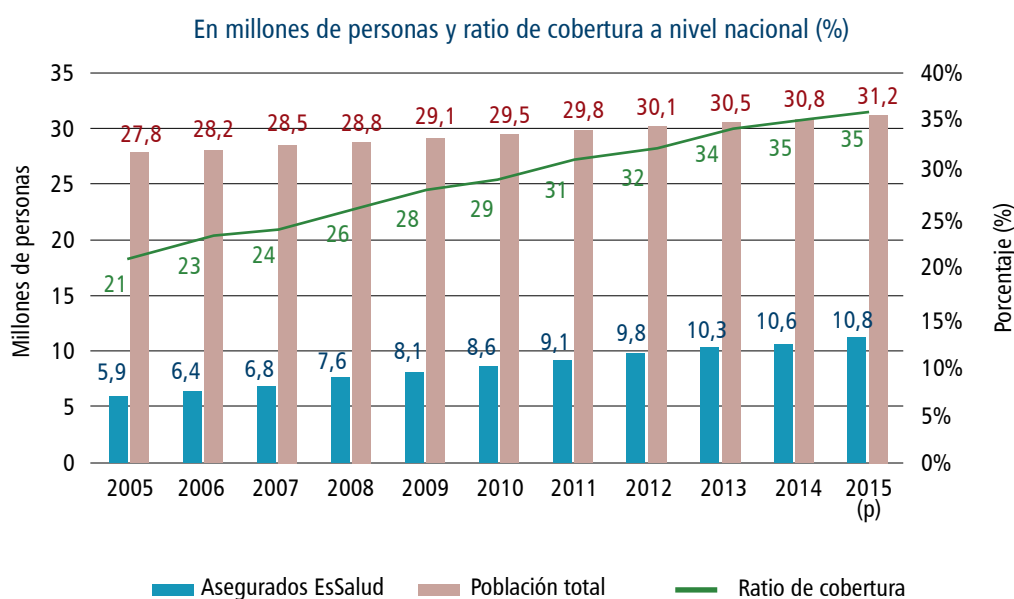
Incrementar la cobertura y la calidad de los servicios

- **Modificar el modelo de atención y adscribir a los asegurados a Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS):**
 - ✓ Adscribir a los asegurados de EsSalud a las RIAPS conforme se vayan estableciendo y tomando en cuenta el beneficio para el asegurado.
 - ✓ Articular la prestación de los servicios de EsSalud, los del MINSA y Gobiernos Regionales y del sector privado, utilizando el intercambio prestacional con el fin de reducir las listas de espera y el tiempo para acceder a una cita.
- **Elaborar e implementar el plan de expansión de servicios y de inversiones de manera articulada en el sistema de salud:**
 - ✓ El plan de expansión de servicios de EsSalud debe ser coordinado en el marco de la Comisión Multisectorial de Inversiones en Salud (CMIS) y los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversiones en Salud (CRIIS), de ser el caso. El plan deberá tener en cuenta las tendencias del financiamiento durante la próxima década.
- **Modernizar la gestión hospitalaria y mejorar los tiempos de espera y trato:**
 - ✓ Revisar y modificar el modelo de gestión hospitalaria organizando los procesos a partir del asegurado. Implementar auditoría de las prestaciones de salud realizada por empresas especializadas.
 - ✓ Diseñar incentivos para mejorar indicadores de calidad como la reducción de las quejas de maltratos y reducción de los tiempos de espera.
- **Ampliar cobertura de aseguramiento a los trabajadores en condición de informalidad:**
 - ✓ Relanzar el Plan EsSalud independiente, mancomunando los fondos de los asegurados independientes con los del régimen regular. Sería conveniente establecer la obligatoriedad del aseguramiento en salud de los independientes, para lo cual se deben establecer incentivos tributarios, de ser el caso.

Mejorar la gestión financiera del fondo

- **Cotizaciones y recaudación:**
 - ✓ Establecer una política de cotizaciones, tendiendo a la uniformización de los múltiples esquemas vigentes.
 - ✓ Ordenar una auditoría privada externa que tenga por finalidad revisar el pago a los jubilados de EsSalud adscritos al régimen de la Ley 20530, cuyo pago ascendió en el 2015 a más de 600 millones de soles.
 - ✓ Contratación, por medio de licitación, de la empresa encargada de la recaudación que dé el mejor servicio al menor precio. Elaborar, en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), un plan de “pronto pago” de parte de los municipios y otras instituciones públicas que incluya las medidas legales necesarias.
 - ✓ Contratación, por medio de licitación, de los servicios de limpieza y vigilancia. En general, tercerizar los servicios que no sean directamente relacionados con la salud.

Anualmente se incrementa el ratio de conertura de la población asegurada, lo cual representa una mayor demanda de infraestructura y prestaciones de salud



Fuente: INEI / EsSalud: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.

65 años está cubierta por EsSalud, lo que le obliga a generar una oferta apropiada para este grupo poblacional. Como es de esperarse parte importante de los asegurados se encuentra en entre los 25 y 44 años.

El financiamiento de EsSalud proviene principalmente de las aportaciones (97%) de los que los aportes al seguro regular representan el 95% y el resto por los pensionistas, el seguro agrario y otros. Los otros ingresos que recibe (3%) son por ingresos financieros, cobranzas, etc.

Si bien en general la ley estipula que los aportes corresponden al 9% de las remuneraciones de los trabajadores, esto no siempre se cumple. En los últimos años se ha estabilizado como regla la exoneración del aporte sobre las gratificaciones, las cuales no están afectas al descuento; además, durante el último quinquenio se han dado una serie de incrementos a servidores públicos (personal de salud, maestros y fuerzas armadas) y en el caso de los Contratos Administrativos de Servicios (CAS) a pesar de que se permite contratar hasta por 15 mil soles, el aporte de

las empresas del Estado se calcula sobre una fracción.

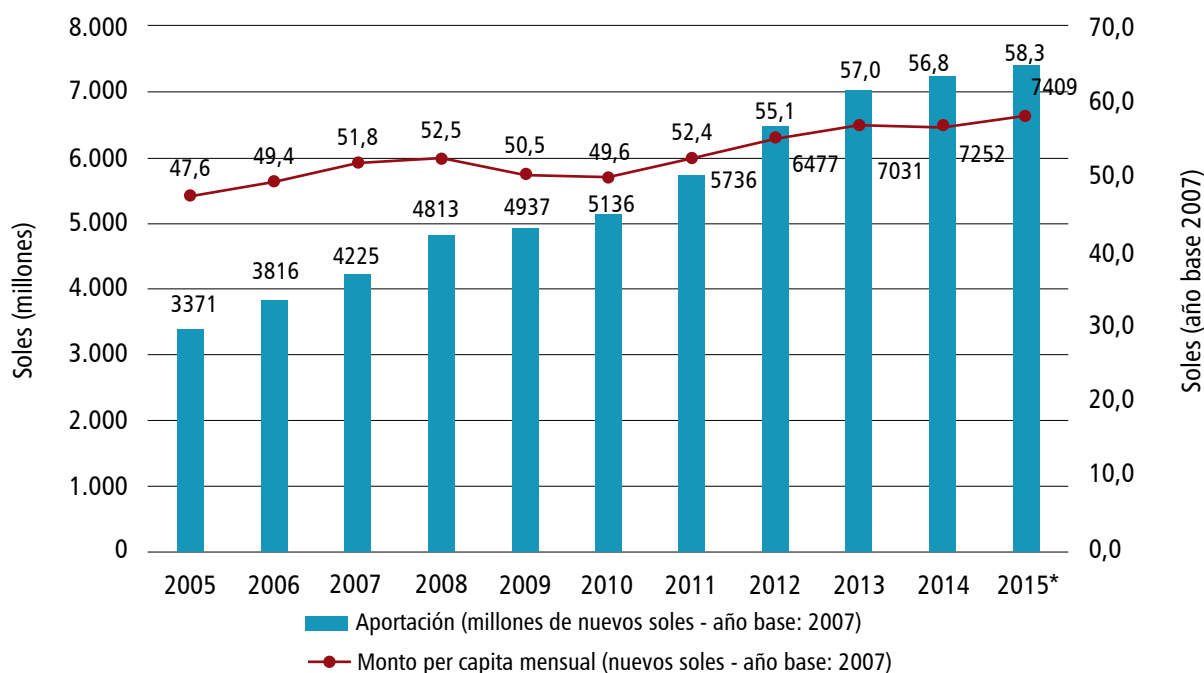
En la última década, los ingresos por aportes han pasado de 3.371 millones en el 2005 a 7.409 millones de soles en el 2015 (en soles constantes de 2007), incrementando el aporte real promedio mensual por asegurado de S/ 47,6 soles a S/ 58,3 soles.

En términos de capacidad operativa, EsSalud ha crecido de 6.574 médicos en el año 2000 a 10.757 en el 2014, año en que se incorporaron más de 4.000 doctores. Sin embargo, a pesar de haberse casi duplicado el número de médicos en relación con los asegurados, la relación médico/asegurado se ha mantenido alrededor de un médico por mil asegurados.

En términos de oferta hospitalaria, el número de camas se ha incrementado entre el 2000 y el 2014 de 6.554 a 8.207. Con el fin de ampliar la oferta para los asegurados EsSalud viene comprando consultas a terceros y ha firmado 28 convenios con gobiernos regionales, el MINSA y el Seguro Integral de Salud (SIS).

EsSalud: Ingreso por aportación real anual e ingreso por aportación real promedio mensual por asegurado, 2005-2015*

(en millones de soles de 2007 y en soles de 2007 por semana)



Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo-Gerencia Central de Gestión Financiera.

*/ Estimación 2015 - Fuente: EsSalud.

Otro rubro en el que se ha mostrado un fuerte crecimiento es el de los medicamentos. Mientras que en el 2006 se compró medicinas por 355 millones, en el 2014 se estima que se han gastado 701 millones de soles en este rubro.

Si bien el número de consultas ha crecido entre el 2000 y el 2014 de 13,9 millones a 18,5 millones, el conseguir citas o cama para internamiento sigue siendo un problema álgido para los asegurados. En la *Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud, 2015* las mayores expectativas que tienen los asegurados corresponden al aumento de oferta de citas para especialidades y para medicina general. Le siguen en importancia los intereses sobre la mejora del abastecimiento de medicamentos y el aumento de confianza que debe generar el médico.

En los hospitales, la insuficiente oferta se expresa en tiempos de espera para las

operaciones quirúrgicas. Si bien se ha reducido, el número de días para poder ser operado, la espera sigue siendo larga; en diciembre 2015, en el promedio de los hospitales la programación quirúrgica era mayor a 3 meses y el máximo podía llegar a superar los 3 años.

La alta insatisfacción de los usuarios se explica tanto por el crecimiento exponencial de la demanda por encima de la posibilidad de oferta, como por temas de deshumanización de las nuevas generaciones de personal de salud, cuyo origen está en la deficiente formación de pre y posgrado. Superar esta situación demandará años de esfuerzo intra e interinstitucional.

A pesar del crecimiento en términos de recursos financieros y operacionales, y de esfuerzos claros por mejorar la prestación de atención, esto no se logra convertir en una solución sostenible que garantice la cobertura y atención de los asegurados. El actual

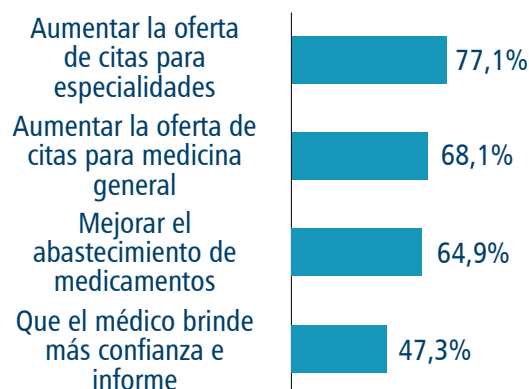
EJECUCIÓN DE GASTOS DE ESSALUD EN MEDICINAS. PERÚ 2006-2014
(millones de soles)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 /e	2014 /e
Medicinas	355	376	426	496	547	541	620	679	701

e\ Estimado

Fuente: "3. Informe técnico de estimación preliminar de las Cuentas Nacionales de Salud 2013-2014" MINSA/OPS.

**Expectativa del asegurado de EsSalud,
respecto al servicio de consulta externa, 2015
(en porcentajes)**



Fuente: Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud, 2015.

Recomendaciones de política

El modelo actual que tiene EsSalud no es funcional para lograr el objetivo de brindar protección a los asegurados. Se requiere:

- replantear su relación con el Estado y el rol que como parte del Sector Salud le corresponde;
- cumplir con el mandato de separar las funciones de EsSalud en una IAFAS y una IPRESS establecido por la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud;
- modificar el modelo de atención actual por uno organizado en función del asegurado que logre mejorar la productividad del prestador y la calidad de servicios.

Modernizar EsSalud

Objetivo:

- **Reorganización de la estructura y funcionamiento**

La actual organización de la conducción y funcionamiento de EsSalud no le permite cumplir cabalmente sus funciones. Por un lado, EsSalud es dependiente de un organismo como el FONAFE que conduce empresas productivas cuyas exigencias de control interno son excelentes, y deben permanecer; sin embargo, considera a EsSalud bajo las mismas normas, no obstante es conducido por un Presidente Ejecutivo

modelo de gobernanza y su organización lo limitan seriamente para cumplir su función como seguro⁸ (financiador) y su rol prestador está organizado y es funcional principalmente a los trabajadores que prestan el servicio. Además de enfrentar el reto de replantear la institución debe replantear el modelo de atención hospitalocéntrica que también está desbordada en sus emergencias para permitir organizar a partir del asegurado la atención que le permita atender a una demanda cada vez más grande de enfermedades crónicas y degenerativas.

8. Entre otras expresiones de esta limitación está el que EsSalud no realiza auditoría a las prestaciones de salud.

COMPARATIVO DE TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA (TE) PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
EN HOSPITALES NACIONALES, 2013- 2015
(en días)

HOSPITAL NACIONAL	Dic-13		Dic-14		Dic-15	
	Promedio TE	Máximo	Promedio TE	Máximo	Promedio TE	Máximo
E. Rebagliati M.	468	1459	225	1741	213	1085
G. Almenara I.	415	1091	207	1456	92	658
A. Sabogal S.	378	822	100	354	122	372
A. Aguinaga A.	149	710	91	309	64	149
C. A. Seguí	105	210	69	183	61	176
R. Priolé	220	350	174	302	46	276
TOTAL	419	1459	159	1741	110	1085

Fuente: EsSalud.

designado por el Presidente de la República que ejerce su mandato con un Consejo Directivo con restricciones en su actuar. Por otro lado, la integración organizacional con la que EsSalud cuenta actualmente no le permite cumplir ninguna de sus dos más importantes funciones: ni es financiador, porque no se comporta como un seguro que compra servicios en una gestión con enfoque de riesgo, ni es un prestador eficiente para los asegurados porque está organizado en función de los prestadores. Esta preocupación también se encuentra reflejada en el Estudio Actuarial elaborado por la OIT.⁹

Se recomienda:

1. Conformar la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) EsSalud con directorio propio y autonomía operativa, sustrayendo la función financiadora del actual EsSalud la que se convertirá en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) EsSalud, la cual también contará con su propio Consejo Directivo, conformado por profesionales distintos al de la IAFAS EsSalud.
2. Evaluar la conveniencia de la dependencia de EsSalud del FONAFE

(dada la falta de especialización de este último en la supervisión de IAFAS o IPRESS públicas); fortalecer los mecanismos internos de rendición de cuentas y la supervisión externa por SuSalud.

Objetivo:

- Mejorar la calidad de gobernanza y gestión

Junto con la separación de funciones es necesario fortalecer y mejorar la calidad de la gobernanza de ambas instituciones. En tal sentido, la conformación de un directorio independiente para la IAFAS y para la IPRESS, con capacidad real de conducción y los mecanismos claros de rendición de cuentas, es clave para la dirección de estas instituciones.

Además, hay actividades que no son parte del objetivo central de la institución y que pueden estar distorsionando la actividad cotidiana de EsSalud. Así, por ejemplo, está la empresa Servicios Integrados de Limpieza S. A. (SILSA)¹⁰ en la que EsSalud posee 94,9% de las acciones con un presupuesto de ingresos en el 2016 de 161 millones de soles; si bien su planilla es de 130 personas, en el IV trimestre del 2015 tubo 7.843 personas a su cargo

9. OIT, ob. cit., p. 154.

10. Véase <<http://bit.ly/1Wfaidc>>.

laborando en distintas empresas.¹¹ Por otro lado está la Empresa de Seguridad, Vigilancia y Control S. A. C (ESVICSAC), donde también posee el 94,9% de las acciones y tiene un presupuesto de ingresos para el 2016 de 174 millones de soles.

Se recomienda:

1. Establecer consejos directivos propios en cada institución, dotándolos de autonomía administrativa, financiera y con capacidad para llevar a cabo buenas prácticas de gobierno corporativo. Cada directorio debe elegir a su Presidente, así como nombrar y supervisar al Gerente Ejecutivo.
2. Cada consejo directivo estaría compuesto por: tres representantes del Estado, tres por los empleadores y tres por los asegurados, así como por el Gerente Ejecutivo con voz pero sin voto. La representación del Estado estará a cargo de los representantes del Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, y el Ministerio de Economía y Finanzas. Los representantes de los empleadores podrían ser nombrados por la CONFIEP. A su vez, los representantes de los asegurados podrían ser seleccionados mediante un sistema de sorteo (similar al de la selección de los miembros de las Juntas de Usuarios de SuSalud).
3. Desarrollar para cada institución un sistema de control interno que permita contar con un buen gobierno corporativo; ejemplo (comité de auditoría en el directorio; auditorías privadas externas; comité de compensaciones y remuneraciones; entre otros)
4. Implementar sistemas transparentes de información que mejoren la gestión y permitan la rendición de cuentas.

5. Evaluar la mejor manera de vender o transferir la propiedad de las acciones de EsSalud en las empresas SILSA y ESVICSAC a FONAFE u otro organismo a fin de no distraer los esfuerzos de EsSalud en emprendimientos que no son parte de su misión.

Incrementar la cobertura y la calidad de los servicios

Objetivo:

- Ampliar cobertura de aseguramiento a los trabajadores en condición de informalidad

La población asegurada al 2016 es de 80%,¹² la cual debe seguir expandiéndose hasta lograr la cobertura universal en salud. En tal sentido, es necesaria la ampliación de la cobertura de EsSalud ligándola a la política de formalización del empleo, principalmente a los que hoy tienen un trabajo pero no están asegurados, así como para los trabajadores informales, sobre todo si se toma en cuenta que el 74,3% de la Población Económicamente Activa Ocupada (PEAO) se encuentra en informalidad¹³ y el 56,6% de la PEAO no está asegurada en EsSalud.¹⁴

Se recomienda:

1. Ampliar la cobertura a los trabajadores en condición de informalidad, mejorando la supervisión de la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL) sobre las empresas, formales e informales, para el cumplimiento de las normas vigentes respecto al asegurar a los trabajadores.

¹² Información del registro de asegurados de SuSalud.

¹³ Producción y empleo informal en el Perú, Cuentas satélite de la economía informal 2007 - 2012. p.115

¹⁴ INEI. "Situación del Mercado Laboral en Lima Metropolitana. Diciembre 2015 "enero-febrero 2016". Informe técnico N.º 3, marzo de 2016, p. 7. Disponible en: <<http://bit.ly/1VbBUAm>>.

¹¹ Evaluación Financiera y Presupuestaria, al IV Trimestre 2015. SILSA – FONAFE (<<http://bit.ly/1Wfaidc>>).

2. Relanzamiento de EsSalud independiente, mancomunando los fondos de los asegurados de EsSalud Independiente al “pool” de la IAFA EsSalud. Sería conveniente establecer la obligatoriedad del aseguramiento en salud de los independientes, para lo que se podría fijar incentivos tributarios de ser el caso.

Objetivo:

- **Modificar el modelo de atención y adscribir a los asegurados a RIAPS**

Un elemento clave para que la reforma llegue a los ciudadanos es el cambio de modelo de atención del actual modelo reparador y hospitalocéntrico hacia un modelo centrado en las personas como parte de una familia y comunidad que acerque la atención al ciudadano y lo incorpore con su participación.

Para una mejor aplicación de este modelo, en el marco de la reforma del Sector Salud, se emitió el Decreto Legislativo N.° 1166. En él se aprueba la conformación de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS), las que deben conformarse por el conjunto de prestadores públicos y privados en un determinado ámbito, los que se articulan por acuerdos para prestar servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a una población definida y ubicada en un espacio determinado. La incorporación de EsSalud a estas redes requerirá de arreglos institucionales que la faciliten.

Uno de los problemas de la oferta pública de servicios de salud es que además de insuficiente no siempre está bien distribuida territorialmente. Con el fin de reducir el impacto de esta deficiencia, se promulgó el Decreto Legislativo N.° 1159, que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo de intercambio prestacional en el sector público. Esta es una práctica que EsSalud ha implementado desde el 2011, por lo que en la actualidad tiene firmados 28 convenios; sin embargo, su utilización aún es limitada, se generan resistencias a su ejecución, lo que lleva a que los

asegurados que están en zonas donde no hay establecimientos de EsSalud tengan que pagar por su atención en los establecimiento públicos o privados, sin ser compensados por ello.

En la perspectiva de ampliar la oferta de servicio a los asegurados, se debe evaluar con cuidado la posibilidad de que los asegurados puedan escoger acudir a servicios privados y que el seguro cubra la tarifa según lo que le cuesta la prestación si se diera el servicio en su red de establecimientos y la diferencia la cubra el asegurado.

Se recomienda:

1. Adscribir a los asegurados de EsSalud a las RIAPS conforme se vayan estableciendo, y según sea lo más beneficioso para el asegurado.
2. Articular la prestación de los servicios de EsSalud, los del MINSA y Gobiernos Regionales y del sector privado, utilizando el intercambio prestacional con el fin de reducir las listas de espera y el tiempo para acceder a una cita.
3. Fortalecer el proceso de contratación mediante intercambio prestacional, a nivel de IAFAS, facilitando la conciliación de los pagos de las prestaciones.
4. Evaluar la posibilidad que los asegurados puedan escoger asistir a un servicio privado y que el seguro cubra la tarifa según lo que le cuesta la prestación si se diera el servicio en su red de establecimientos y la diferencia la cubra el asegurado.

Objetivo:

- **Modernizar la gestión hospitalaria y mejorar los tiempos de espera y el trato**

“La principal razón de los asegurados que desconfían de EsSalud es por las esperas (82,4%); le sigue en orden de importancia el maltrato (45,7%), la negligencia (27,4%) y la corrupción (14,0%)”.¹⁵ Las cifras son claras en

15. Ipsos Apoyo, *EsSalud, Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de*

que el modelo de gestión de los hospitales y el del modelo de atención no responden a las expectativas de los asegurados ni al respeto de sus derechos.

Se recomienda:

1. Revisar y modificar el modelo de gestión hospitalaria organizando los procesos a partir del asegurado.
2. Implementar la auditoría por parte de empresas privadas especializadas a las prestaciones de salud.
3. Diseñar incentivos para la mejora de indicadores de calidad como la reducción de las quejas de maltratos y reducción de los tiempos de espera.
4. Elaborar planes con incentivos que tengan por objetivo la acreditación del establecimiento por parte de Susalud.

Objetivo:

- **Elaboración del plan de expansión de servicios y de inversiones de manera articulada en el sistema de salud, en el marco de la CMIS**

La expansión de los servicios de salud es una necesidad para todos los subsectores, razón por la que es necesario que el proceso se haga ordenado y dada la restricción financiera debe darse de la manera más eficiente. Por ello se promulgó el DL N.º 1157 (06.12.2013), que aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud; esta norma también prevé para el nivel nacional la Comisión Multisectorial de Inversiones en Salud (CMIS) y para los ámbitos de los gobiernos regionales y locales los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversiones en Salud (CRIIS) en cada una de las regiones.

Según información de EsSalud,¹⁶ en los siguientes años requiere hacer una inversión de 21.157 millones de soles. Más del 66% de los recursos financieros estaría dirigido al segundo nivel y 25 por ciento al tercer nivel.

Se recomienda:

1. El plan de expansión de servicios de EsSalud debe ser coordinado en el marco de la Comisión Multisectorial de Inversiones en Salud (CMIS), de los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversiones en Salud (CRIIS) en cada región y de la Comisión Inter Gubernamental en Salud (CIGS). El plan deberá tener en cuenta las tendencias de recaudación de la próxima década.

Mejorar la gestión financiera del fondo

Objetivo:

- **Ordenamiento de las cotizaciones y la recaudación. Recuperación de deudas**

EsSalud administra tres seguros que son los más importantes (regular, pensionistas y agrario) y otros más como el de los pescadores artesanales. La lógica de mancomunar fondos más amplios en los seguros es reducir el riesgo, esto se hace más necesario en las atenciones de alto costo que son las que EsSalud ha venido, dentro del sistema, concentrando y porque asegura a más de la mitad de la población mayor de 65 años.

La IAFAS EsSalud requiere contar con mejores sistemas de información para la orientación de las compras de los servicios para los asegurados. Entre ellos requiere de un sistema de costos que le permita lograr una administración adecuada de los recursos

EsSalud, 2015. Lima: Ipsos Apoyo, 2015, p. 10 (por encargo de EsSalud).

16. Baffigo, Virginia. “Desafíos para políticas públicas en salud: EsSalud”. Presentación del 26 de enero de 2016.

financieros, por lo que redirecciona a los pacientes hacia donde sea más eficiente la atención en costos, tomando siempre en cuenta el buen servicio.

Por otro lado, EsSalud debe dejar de ser quien contenga los costos laborales del Estado, recibiendo parcialmente la contribución del 9% de trabajadores como los que están bajo Contrato Administrativo de Servicios (CAS), los maestros y el personal de salud. Según estimaciones de EsSalud, esto podría significar 470 millones de soles adicionales, principalmente de los CAS (300 millones de soles). Además, en la práctica cubre a los municipios que no pagan oportunamente sus contribuciones y que son uno de los deudores más importantes.

En términos de recursos no captados adecuadamente por EsSalud se presentan tres problemas: a. no se reconoce en el servicio la atención a otros seguros diferentes al seguro regular como los accidentes de trabajo o los accidentes de tránsito que deberían ser cubiertos por el respectivo SOAT; b. el retraso en el pago por parte de los empleadores públicos y privados; y, 3. otras deudas especiales que se han generado porque no se han identificado oportunamente, como la deuda de la SUNAT por recaudación no transferida a EsSalud por 347 millones de soles.

Se recomienda:

1. Establecer una política de cotizaciones que tienda a la uniformización de los múltiples esquemas vigentes y reduzca paulatinamente la parte del sueldo de los maestros, profesionales de la salud y contratos CAS que están exentos del descuento para la cotización a EsSalud.
2. Desarrollar un sistema de costos que provea información del mismo, con la finalidad de contratar a las instituciones más eficientes en el servicio y de menor costo.
3. Ordenar una auditoría externa que tenga por finalidad revisar el pago a los jubilados de EsSalud adscritos al régimen de la Ley 20530, cuyo pago ascendió en el 2015 a más de 600 millones de soles.
4. Revisar la aplicación de la Ley 27334, que permite a la SUNAT realizar la recaudación integral y administración de otros aportes de EsSalud y evaluar la pertinencia de la contratación, por medio de una licitación, a una empresa que asegure un servicio eficiente con costos razonables y competitivos.
5. Desarrollar el marco legal necesario para establecer penas por atrasos en las cotizaciones y ejecuciones de deudas.
6. Elaborar, en coordinación con el MEF, un plan de pagos de las deudas de los municipios y otras instituciones públicas y la incorporación de mecanismos para el pago oportuno a partir de la fecha de implementación del plan.
7. Acordar en el corto plazo con la SUNAT la devolución inmediata del importe de 347 millones de soles, cobrados como aportes a la seguridad social pero no transferidos a EsSalud.
8. Modificar la disposición de FONAFE de mantener una “reserva técnica” por encima del 15% de los gastos asistenciales anuales que recomienda el estudio actuarial del 2015,¹⁷ los que deben ser dirigidos a fines específicos tales como la atención primaria de la salud.
9. Hacer una licitación para la provisión de servicios de limpieza y vigilancia en los establecimientos de EsSalud, que implican un costo actual de 300 millones de soles anuales.

17. OIT, ob. cit., p. 153.

RECOMENDACIONES

- Separar funciones de aseguramiento-financiamiento y prestación.
- Conformar la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) EsSalud con directorio propio y autonomía administrativa y financiera, sustrayendo la función financiadora del actual EsSalud, el que se convertirá en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) EsSalud, la cual contará con su propio Consejo Directivo, conformado por profesionales distintos al de la IAFAS EsSalud.
- Modificar el modelo de atención y adscribir a los asegurados a Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS) conforme se vayan estableciendo y tomando en cuenta el beneficio para el asegurado.
- Elaborar e implementar el plan de expansión de servicios y de inversiones de manera articulada en el sistema de salud.
- El plan de expansión de servicios de EsSalud debe ser coordinado en el marco de

la Comisión Multisectorial de Inversiones en Salud (CMIS) y los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversiones en Salud (CRIIS), de ser el caso. El plan deberá tener en cuenta las tendencias del financiamiento durante la próxima década.

- Modernizar la gestión hospitalaria y mejorar los tiempos de espera y trato.
- Revisar y modificar el modelo de gestión hospitalaria organizando los procesos a partir del asegurado. Implementar auditoría de las prestaciones de salud realizada por empresas especializadas.
- Ampliar cobertura de aseguramiento a los trabajadores en condición de informalidad.
- Relanzar el Plan EsSalud independiente, mancomunando los fondos de los asegurados independientes con los del régimen regular. Sería conveniente establecer la obligatoriedad del aseguramiento en salud de los independientes, para lo cual se deben establecer incentivos tributarios, de ser el caso.

Participaron:

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| • <i>Fernando Barrios *</i> | • <i>Raúl González</i> | • <i>Flor Philipps</i> |
| • <i>Víctor Caballero</i> | • <i>Arturo Granados</i> | • <i>Augusto Portocarrero **</i> |
| • <i>Fernando Carbone *</i> | • <i>Cecilia Ma Cárdenas</i> | • <i>Eduardo Pretell *</i> |
| • <i>César Chaname *</i> | • <i>Walter Menchola</i> | • <i>Jorge Ruiz</i> |
| • <i>Vicente Checa</i> | • <i>Armando Mendoza</i> | • <i>Alfredo Sobrevilla</i> |
| • <i>Edgardo Cruzado</i> | • <i>Fernando Muñoz Nájara</i> | • <i>Gustavo Vargas</i> |
| • <i>Beatriz Delgado</i> | • <i>Francisco Monge</i> | • <i>Eduardo Yong Motta *</i> |
| • <i>Víctor Dongo</i> | • <i>Edgardo Nepo</i> | • <i>Pedro Ypanaque</i> |
| • <i>Guillermo Garrido Lecca</i> | • <i>Ada Pastor</i> | |
| • <i>Paulina Giusti *</i> | • <i>Javier Paulini</i> | |

*Coordinadora temática:
Midori de Habich*

* *Ex altos funcionarios del Estado*
** *Consultor*

Contacto: amori@iep.org.pe
Telf. (01) 3326194 anexo 1223

“Las opiniones, interpretaciones y conclusiones expresadas en este documento no son necesariamente reflejo de la opinión de las instituciones que lo han auspiciado, ni de los países representados por ellas.”

