

La seguridad social en el Perú surgió de la confluencia del impulso que dio la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desde 1919 y de los movimientos políticos y sindicales surgidos en el país a partir del año 20, cuyos esfuerzos se ven reflejados en la Constitución Política del Perú de 1933.<sup>1</sup> Desde aquella época ha variado en 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 (subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio).

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.

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*”.<sup>2</sup>

También existe consenso en que la implementación de las siguientes recomendaciones que requerirán del apoyo decidido del gobierno y de los participantes en la seguridad social: los asegurados y los empresarios.

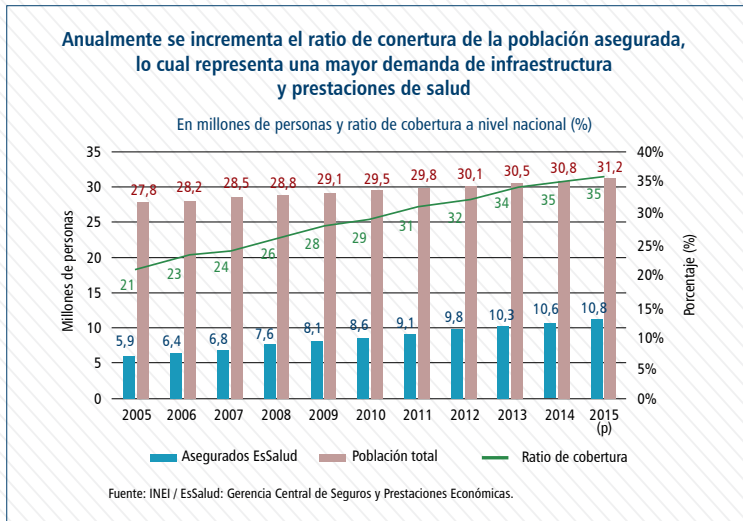
Con el fin de discutir los problemas y soluciones de EsSalud, la *Iniciativa de Diálogos de Política Pública* promueve un espacio de reflexión de exministros de Salud, viceministros y funcionarios de alto nivel, en el tema de salud con el fin de servir de insumo para el debate con miras a la segunda vuelta del 5 de junio próximo.

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

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

## Retos a futuro

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.



A EsSalud no se le permite gastar los saldos de balance (de más de mil millones de soles) y se le obliga a tener una “reserva técnica” por encima de lo que recomiendan los estudios actuariales.<sup>3</sup> Además, la política de hacer utilidades y “reservas técnicas” por un monto de 700 millones de soles al año no generan 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— habiendo aumentado su cobertura de 21% el año 2005 al 35% de la población en 2015;<sup>4</sup> ello por el aumento del empleo formal.

Llama la atención el crecimiento de la demanda versus el escaso aumento de la oferta propia, sobre todo si se considera el importante incremento de ingresos de EsSalud. Ello aboga por la urgente necesidad de abordar con intensidad el intercambio prestacional,<sup>5</sup> principalmente en aquellas zonas donde el MINSA es el prestador único o mayoritario de servicios de salud.

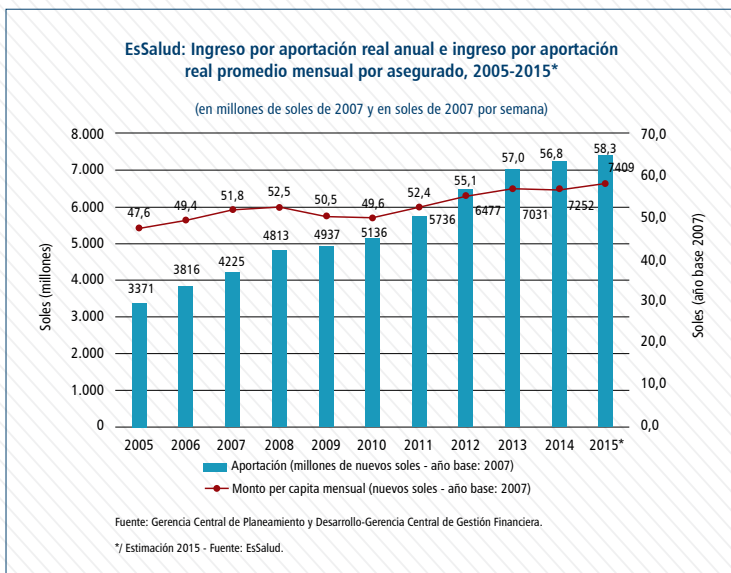
La composición etárea de los asegurados muestra que el 52% de la población mayor de 65 años está cubierta por EsSalud, lo que le obliga a generar una oferta apropiada para este grupo poblacional. Como es de esperarse, parte importante de los asegurados se encuentra en entre los 25 y 44 años.

El financiamiento de EsSalud proviene principalmente de las aportaciones (97%), de los que los aportes al seguro regular representan el 95% y el resto se compone por los aportes de los pen-

3. OIT. *Estudio Financiero Actuarial de EsSalud, 2015*. Lima: Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2016, p. 153.
4. Según ENAHO, para el 2014 los asegurados son el 24,6% del total de la población.
5. Aunque el intercambio prestacional aún se da de manera limitada, es necesarios fortalecer sus procedimientos para hacerlo más ágil.

sionistas, el seguro agrario y otros. Los demás ingresos que recibe EsSalud (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 son afectas por el 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 pueden contratar hasta por 15 mil soles, el aporte de las empresas del Estado se calcula sobre una fracción.



La percepción de los asegurados, según una encuesta realizada por Ipsos-Apoyo para EsSalud el año 2013, registró que el 55% no confiaba en la institución por los siguientes motivos: las esperas (38%), maltratos (35%), negligencias (34%) y corrupción (18%).

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 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 de 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 modelo de gobernanza y su organización lo limitan seriamente para cumplir su función como seguro<sup>6</sup> (financiado) y su rol prestador

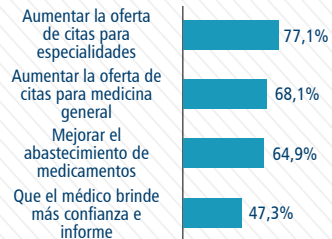
6. Entre otras expresiones de esta limitación está el que EsSalud no realiza auditoría a las prestaciones de salud.

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 además es desbordada en sus emergencias para permitir organizar a partir del asegurado la atención que le permita atender una demanda cada vez más grande de enfermedades crónicas y degenerativas.

## Recomendaciones

1. Modernizar EsSalud
2. Mejorar la calidad de gobernanza y gestión
3. Incrementar la cobertura y la calidad de los servicios
4. Modernizar la gestión hospitalaria y mejorar los tiempos de espera y el trato
5. Elaboración del plan de expansión de servicios y de inversiones de manera articulada en el sistema de salud, en el marco de la CMIS
6. Mejorar la gestión financiera del fondo

### 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.

### Participaron:

- Fernando Barrios \*
  - Víctor Caballero
  - Fernando Carbone \*
  - César Chaname \*
  - Vicente Checa
  - Edgardo Cruzado
  - Beatriz Delgado
  - Víctor Dongo
  - Guillermo Garrido Lecca
  - Paulina Giusti \*
  - Raúl González
  - Arturo Granados
  - Cecilia Ma Cárdenas
  - Walter Menchola
  - Armando Mendoza
  - Fernando Muñoz Nájjar
  - Francisco Monge
  - Edgardo Nepo
  - Ada Pastor
  - Javier Paulini
  - Flor Philipps
  - Augusto Portocarrero \*\*
  - Eduardo Pretell \*
  - Jorge Ruiz
  - Alfredo Sobrevilla
  - Gustavo Vargas
  - Eduardo Yong Motta \*
  - Pedro Ypanaque
- Coordinadora temática: Midori de Habich

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

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

