

187

**LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:
SITUACIÓN Y POSIBILIDADES**

Juan Carlos Carbajal y Pedro Francke

Octubre, 2000

DOCUMENTO DE TRABAJO 187

<http://www.pucp.edu.pe/economia/pdf/DDD187.pdf>

LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: SITUACIÓN Y POSIBILIDADES

Juan Carlos Carbajal
Pedro Francke*

Resumen

La reforma de seguridad social en salud fue llevada a cabo a partir de 1997, pero es recién en los años posteriores cuando se implementan los primeros cambios, definiéndose un esquema mixto donde las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) juegan un rol complementario al Seguro Social. El presente documento de trabajo presenta una síntesis del nuevo marco institucional, a la vez que se realiza un análisis de la situación actual, y de los retos y posibilidades de la seguridad social. Si bien todavía no lleva mucho tiempo de implementada la reforma, algunas conclusiones pueden extraerse del desempeño logrado hasta el momento. La hipótesis de trabajo es que el nuevo diseño del Seguro Social tiene serios problemas para cumplir con los objetivos iniciales de la reforma: mejorar la eficiencia y la equidad de las prestaciones, ampliar la cobertura de la seguridad social, y garantizar la libertad de elección al interior del sistema ESSALUD – EPS. Complementariamente, la configuración del sistema peruano como un todo (donde participan, además del Seguro Social, el Ministerio de Salud y los agentes privados) mantiene un esquema segmentado, lo que dificulta la coordinación y el establecimiento de metas y medidas comunes y coherentes.

Abstract

The health social security reform took place in 1997, even though it started operating the two following years. This reform has defined a mixed private – public scheme, in which the Health Providers Organizations (*Entidades Prestadoras de Salud - EPS*) play a complement role to the the health social security institution (*Seguro Social de Salud - ESSALUD*). The present Working Paper reviews the new institutional framework, and analyses the present situation, the problems and the possibilities of the health security system. The hypothesis is that the new scheme will not be able to accomplish the initial objectives of the reform: to improve the efficiency and the equity in the health services, to extend the health social security cover, and to assure liberty of election between private and social providers inside the social security. Moreover, it is stated that the whole health sector (composed by the Health Ministry, the social security and the private agencies) continue to be divided. Because of this segmentation, there are persistent coordination problems and absence of common goals and policies.

* Los autores agradecen a Luis García por las fructíferas discusiones sobre este y otros temas.

LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: SITUACIÓN Y POSIBILIDADES

**Juan Carlos Carbajal
Pedro Francke***

I. INTRODUCCIÓN

La década de los 90 ha sido una década de reformas estructurales en la mayoría de países de América Latina. Tras los desastrosos resultados económicos de la década de los 80, el cambio del decenio trajo consigo un amplio consenso acerca de la necesidad de reformas económicas, y del sentido de estas reformas (el llamado Consenso de Washington). En ese contexto, el replanteamiento del rol del Estado en la economía, la búsqueda de eficiencia económica y la nueva apertura –comercial, financiera, laboral– fueron elementos comunes en la agenda de discusión de los países latinoamericanos.

La ola de reformas estructurales llegó a nuestro país en los primeros años de los 90. Con el cambio de consideraciones acerca del papel Estado, las privatizaciones de empresas públicas se dieron a la par de la creación de un sistema previsional de pensiones privado, complementario al sistema de pensiones público. Demoró algunos años más para que se diera una reforma en el sector salud. Aunque en este aspecto no existe unanimidad en las posturas, se le reconoce al Estado un protagonismo importante que va desde el establecimiento del marco normativo para el funcionamiento del sector y la obtención y difusión de información sobre calidad y acceso a los servicios de salud, hasta el financiamiento de la atención por motivos de equidad [Maceira: 1996].

En el Perú se llevó a cabo una reforma institucional en la seguridad social en salud en la segunda mitad de década de los noventa. Los cambios efectuados, sin embargo, no alteran la configuración global del sistema de salud, pero asignan un papel complementario a las empresas privadas en el campo de la seguridad social.

* Los autores agradecen a Luis García por las fructíferas discusiones sobre este y otros temas.

El presente documento de trabajo tiene como finalidad presentar una síntesis del nuevo marco institucional, a la vez que se realiza un análisis de la situación actual y de los retos y posibilidades de la seguridad social. Si bien todavía no lleva mucho tiempo de implementada la reforma, algunas conclusiones pueden extraerse del desempeño logrado hasta el momento. Al parecer, el diseño implementado tendría problemas para cumplir con los objetivos iniciales de la reforma. Complementariamente, como se mencionó, la configuración del sistema peruano como un todo (donde participan, además del Seguro Social, el Ministerio de Salud y los agentes privados) mantiene un esquema segmentado, lo que dificulta la coordinación y el establecimiento de metas y medidas comunes y coherentes.

En lo que sigue se hará una recapitulación de la situación de la seguridad social en salud antes de la reforma. Posteriormente se analizará los cambios introducidos, los nuevos arreglos institucionales y el desempeño de los agentes partícipes del sistema. Finalmente, se evalúan los principales retos y desafíos que enfrenta la Seguridad Social.

II. SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS INICIOS DE LOS 90

La convulsión económica vivida en la década de los 80 afectó el desenvolvimiento de los sistemas de seguridad social de toda América Latina. Si bien los costos sociales de la crisis y de la inflación golpearon de manera desigual a los países latinoamericanos, como resultado de estos fenómenos tomaron lugar dos transformaciones importantes: la crisis del Estado benefactor y de la seguridad social; y la reforma social, que implicó cambios importantes en el rol del Estado, los seguros sociales y las políticas de asistencia social [Mesa – Lago: 2000].

A diferencia de lo ocurrido con los sistemas de pensiones, donde un número importante de países emprendió reformas estructurales en los inicios de la década de los 90, pocos países se aventuraron a introducir cambios institucionales en sus sistemas de salud. La introducción de reformas en el sector se vio dificultada por las diferencias en la constitución de los sistemas en la Región. Londoño y Frenk [1997] han efectuado una tipología de los modelos de salud en América Latina, identificando cuatro patrones

característicos: el modelo público unificado (aplicado en Cuba y Costa Rica), el modelo de contrato público (por ejemplo el caso brasileño), el modelo privado atomizado (Argentina y Paraguay), y el modelo segmentado. Éste último se aplica a la mayoría de países latinoamericanos, entre ellos el Perú.

El modelo segmentado mantiene tres grandes bloques (subsistemas) que, sugieren los autores mencionados, corresponden a otros tantos grupos sociales. Los segmentos distinguen entre la población pobre, no cubierta por la seguridad social y con problemas de acceso efectivo a servicios de salud (básicamente estatales), y la población con capacidad de pago. Estos últimos, a su vez, forman dos grupos distinguidos. El primero de ellos lo constituyen trabajadores del sector formal de la economía, los que están cubiertos por la seguridad social. El segundo grupo lo forman las clases medias y altas, en su mayoría urbanas, no cubiertas por la seguridad social o no demandantes de servicios de atención de la seguridad social¹.

Los sistemas de seguridad social forman pues una parte constitutiva de los modelos segmentados. Aun cuando este documento se centra en la evaluación de la seguridad social, no debe dejar de reconocerse los problemas que los sistemas segmentados presentan: duplicación de funciones administrativas, desperdicio de recursos, diferenciales de calidad importantes entre los segmentos, traslape de demanda por la falta de reconocimiento de las divisiones artificiales. [Londoño y Frenk: 1997] Estos problemas estructurales se ven agravados al considerar las deficiencias de la seguridad social.

La crítica generalizada a los sistemas de seguridad social se basó en los problemas de ineficiencia administrativa, desequilibrio financiero – actuarial, concentración de la cobertura en los sectores medios de la población y exclusión de los grupos de ingresos bajos y los pobres [Mesa – Lago: 2000, p.8]. Como en la práctica los sistemas de salud previsional estatal mantenían un cuasi monopolio en la provisión de servicios, había además pocos incentivos para comportamientos eficientes.

¹ “En la práctica, [muchos miembros de estas clases] ven sus contribuciones a la seguridad social como un impuesto más, y no como una prima de aseguramiento.” [Londoño y Frenk: 1997, p. 14]

El desempeño del caso peruano no se aparta de este diagnóstico. La cobertura de la seguridad social ha estado históricamente restringida al sector asalariado formal, concentrada en Lima y las principales ciudades de provincia y en los sectores de ingresos medios y altos². Por otro lado, el crecimiento sostenido de la informalidad y las modalidades de subcontratación que eluden las regulaciones laborales y sociales, que se dieron a partir de la reforma en el mercado de trabajo, contribuyeron a agravar la crisis de la seguridad social en salud.

Complementariamente, existían los graves problemas de ineficiencia administrativa mencionados, dado que en la práctica la entidad previsional concentraba a inicios de la década la recaudación, administración y provisión de los servicios en un mismo organismo centralizado. Los bajos incentivos a prácticas eficientes por el monopolio en las prestaciones de salud se veían incrementados por el mecanismo de pago utilizado en la seguridad social. La transferencia de recursos de la administración del fondo hacia los centros proveedores de los servicios se basaba en un presupuesto global establecido por antecedentes históricos, lo que alimentaba la inercia institucional y deficiente asignación de recursos. Esto se ve agravado por el problema de evaluación de desempeño del personal de salud (debido a las condiciones de incertidumbre que rodean a las prestaciones de servicios médicos). En el argot económico, el agente (prestador) contaba con cierto espacio para ejercer discrecionalidad y no cumplir con las metas que el principal (la institución administradora de los fondos) había definido [Maceira: 1996].

En 1990, la población cubierta por el Seguro Social (organismo conocido entonces como el Instituto Peruano de Seguridad Social – IPSS) ascendía a aproximadamente 7,3 millones de habitantes. Entre el año 1990 y el año 1994, este monto se había reducido a una tasa promedio de 4 por ciento anual (véase el Cuadro 1a). En los tres años posteriores a 1994 hubo un ligero aumento de la población cubierta, aunque no suficiente para compensar los resultados negativos iniciales. Así, entre el año 1990 y el año 1997, la reducción acumulada de la población cubierta por el IPSS fue de aproximadamente 11 por ciento. Ese año, esta población representó el 27 por ciento de la población nacional, según la propia institución (Cuadro 2).

² “El seguro social en salud descansó desde su creación en la década de los años 30, en un modelo

Al examinar las variaciones al interior de la población cubierta por el IPSS, se encuentra disimilitudes entre la evolución de la población aportante y la población cubierta. La primera sufre una reducción de cerca de 27 puntos porcentuales en el período comprendido entre los años 1990 y 1997, mientras que la segunda aumenta 6 por ciento aproximadamente en el mismo período. Estas cifras muestran el impacto de la liberalización de los mercados laborales en la Seguridad Social, al disminuir la masa de aportantes como consecuencia de la expansión de los empleos informales, en tanto el peso de los seguros de regímenes especiales no coactivos (destinados a trabajadores independientes) sobre los ingresos esta institución era mínimo (Cuadro 1b).

Cuadro 1a

POBLACION ASEGURADA POR ESSALUD 1990 - 2000^{1/}				
(tasa de variación anual promedio)				
	1990 - 1994	1994 - 1997	1997 - 2000	1990 - 2000
I. ASEGURADOS REGULARES	-6.2	-2.1	-0.8	-3.4
II. ASEGURADOS DE REG. ESPECIALES	-10.3	-0.7	-9.6	-7.3
III. PENSIONISTAS	-9.0	1.0	2.0	-2.8
IV. TOTAL ASEGURADOS APORTANTES (I+II+III)	-6.8	-1.6	-0.9	-3.5
V. DERECHO HABIENTES	-1.7	4.2	-0.9	0.3
VI. ASEGURADOS POTENCIALES	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
VII. POBLACIÓN ASEGURADA S/ NUEVOS SEGUROS (IV+V+VI)	-4.2	1.6	-0.2	-1.3
VIII. NUEVOS SEGUROS ^{2/}	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
IX. POBLACION ASEGURADA TOTAL (VII+VIII)	-4.2	1.6	0.7	-1.0
1/ A abril del año 2000.				
2/ Disponibles a partir del año 1998.				
Fuente: ESSALUD.				

Cuadro 1b

POBLACION ASEGURADA POR ESSALUD 1990 - 2000 (como porcentaje del total de asegurados)											
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ^{1/}
I. ASEGURADOS REGULARES	40.7	35.6	32.2	36.4	37.4	34.6	33.7	33.5	32.5	32.1	32.0
II. ASEGURADOS DE REG. ESPECIALES	3.4	2.5	4.2	3.5	2.6	2.4	2.5	2.4	1.9	1.8	1.7
III. PENSIONISTAS	6.5	4.6	5.0	4.6	5.3	5.3	5.1	5.2	5.4	5.4	5.4
IV. TOTAL ASEGURADOS APORTANTES (I+II+III)	50.6	42.8	41.3	44.4	45.3	42.3	41.4	41.1	39.8	39.4	39.2
V. DERECHO HABIENTES	49.4	57.2	58.7	55.6	54.7	57.7	58.6	58.9	56.2	56.3	56.2
VI. ASEGURADOS POTENCIALES	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	2.7	2.0
VII. POBLACIÓN ASEGURADA SIN NUEVOS SEGUROS (IV+V+VI)	100	98.4	97.3								
VIII. NUEVOS SEGUROS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	2.7
IX. POBLACION ASEGURADA TOTAL (VII+VIII)	100										

1/ A abril del 2000
Fuente: ESSALUD

El sesgo regresivo del sistema de seguridad social era también evidente, en los primeros años de la década. En el año 1994, según la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) realizada por el Instituto Cuánto, el IPSS fue receptor de alrededor de 30 por ciento del total de consultas realizadas por individuos pertenecientes a los más altos quintiles poblacionales. En el otro extremo, únicamente 8 por ciento de las consultas del quintil más bajo de la población demandó consultas médicas a esta institución. Las cifras para la encuesta realizada en 1997 no difieren mucho (véase el Cuadro 3). Es evidente que existían desigualdades en el consumo de servicios de atención de salud, al cubrir el IPSS a los empleados formales y a sus familias, los que se encuentran en los niveles medios y altos de la distribución del ingreso³.

³ Por otro lado, el gasto efectuado por el MINSA en los distintos programas, si bien reduce la desigualdad, no es lo suficientemente significativo para reducir las brechas en el acceso a los servicios [Banco Mundial: 1999], lo que hace más relevante el problema de la equidad en la distribución de la provisión de servicios médicos.

Cuadro 2

ESSALUD

Población Protegida por la Seguridad Social en Salud 1996 - 2000

VARIABLES	1996	1997	1998	1999	Abril 2000*
Población Nacional	23,946,779	24,371,043	24,800,768	25,232,226	25,661,690
Población Asegurada	6,373,206	6,477,491	6,489,636	6,574,532	6,610,562
% población nacional	26.6	26.6	26.2	26.1	25.8

* Población Estimada a junio del 2000 por el INEI

Fuente: ESSALUD

El perfil de los cubiertos y los no cubiertos lado por el Seguro Social corrobora este hecho. Quienes gozan de mejor situación –disponen de seguridad social y/o privada– son predominantemente varones menores de 64 años, residentes en Lima Metropolitana, con educación superior y uso del idioma español, y están ubicados en los quintiles poblacionales más altos según la distribución del ingreso. En el otro extremo, los más desfavorecidos son aquellos que no tienen cobertura de seguridad social –ni privada– predominantemente jóvenes, con ligera superioridad femenina, con educación escolar y en algunos casos uso de idiomas nativos, provenientes de los quintiles más bajos de la distribución del ingreso. [Petrera y Cordero: 1999]

Aunque no hay datos oficiales publicados que muestren la mala asignación de recursos y la pérdida de eficiencia económica al interior del IPSS, es altamente probable que ambos fenómenos se dieran en la práctica. La asignación de recursos de la administración central del IPSS hacia los centros de atención, como se dijo, estaba basada en transferencias presupuestales históricas.

Cuadro 3

Lugares de Consulta por Quintiles Poblacionales (en porcentajes)						
1994	Total	Quintil Poblacional				
		I	II	III	IV	V
IPSS	21.6	7.6	15.0	22.4	31.0	28.3
MINSA	39.5	60.9	50.3	43.8	29.9	17.6
Otros	38.9	31.5	34.7	33.8	39.1	54.1
1997						
IPSS	18.0	5.1	14.5	15.4	22.0	23.9
MINSA	41.1	56.2	49.5	46.1	42.1	25.8
Otros	40.9	38.7	36.0	38.5	35.9	50.3

Fuente: ENNIV 1994, ENNIV 1997.

Las transferencias de presupuestos, como mecanismo de asignación, tienen algunas ventajas⁴: son de implementación bastante sencilla, requieren costos administrativos relativamente bajos, y otorgan fuerte control a la agencia central, lo que es ventajoso cuando no hay cuadros gerenciales preparados en las oficinas descentralizadas. Sin embargo, tienen dos inconvenientes graves. Primero, requiere de sistemas de recolección y procesamiento de información competentes para operar correctamente, pues de otra forma no se registran los cambios en la demanda de servicios de salud de los proveedores locales. Esto genera la posibilidad de diferencias significativas entre la oferta de servicios y la demanda real de los mismos, con lo que coexistirían problemas de subutilización de recursos y demandas insatisfechas por algunos servicios. [Musgrove: 1985] El segundo inconveniente de las transferencias es que éstas generan pocos incentivos para prácticas eficientes, debido a que la principal motivación de los proveedores es asegurar el presupuesto futuro, gastando efectivamente lo asignado sin tener en cuenta medidas efectivas en costos. La inercia institucional y el desperdicio de recursos no son ajenos a estas prácticas.

Hacia 1995, la administración central del IPSS decidió descentralizar la administración y la provisión de los servicios, modificándose el mecanismo de asignación

⁴ Consúltense Barnun et al [1995] para una revisión de los mecanismos de asignación de recursos en los sistemas de salud y los incentivos que generan sobre el comportamiento de los agentes involucrados.

de recursos de la administración del fondo de salud hacia los centros proveedores. Se dejó de lado los presupuestos globales históricos, optándose por el método denominado Valor Bruto de Producción (VBP), indicador de estimación anual.

Este mecanismo “... consiste en la asignación de un monto fijo monetario (Tasa de pago) diferenciado por tipo de producto y de acuerdo a la categoría del establecimiento donde se entregará la prestación.” [ESSALUD: 1999, p. 17] En la práctica, la Seguridad Social estableció un mecanismo basado en transferencias de presupuesto prospectivas (estimadas a priori) por líneas de producto, diferenciando las tarifas para el cálculo del presupuesto de acuerdo al tipo de centro de atención. El cambio de determinación histórica del presupuesto por estimaciones anuales evita la inercia institucional y permite adaptar la oferta de servicios a los cambios en la demanda de las poblaciones. Si la demanda es estimada correctamente, la fijación de los presupuestos por línea de servicios omite la posibilidad de utilización ineficiente de recursos.

Por otro lado, la distinción entre los establecimientos de salud se realiza a partir de la complejidad y tamaño de los mismos⁵, asignándose mayor valor por producto a los hospitales de mayor jerarquía. Esto se justifica porque hospitales de mayor jerarquía realizan intervenciones más complejas que son más caras. Son dejadas de lado variables como la ubicación geográfica, el riesgo poblacional, los niveles socio – económicos, etc. El inconveniente de esta metodología es que ignora las economías de escala en la prestación de la mayoría de servicios médicos, y el costo de transporte asociado al desplazamiento del material médico, insumo y personal.

A pesar de los cambios introducidos, la situación del sistema era poco sostenible a largo plazo. Hacia 1997 menos de la cuarta parte de la población tenía acceso a algún tipo de aseguramiento (véase el cuadro 4)⁶, cubriendo el Seguro Social cerca de 20 por ciento de la población. Los seguros privados, por otro lado, llegaban a cubrir únicamente al 2 por ciento de la población nacional. Además del problema de la baja cobertura, se presentaba el fenómeno de doble aseguramiento. La equidad no era una de las características del sistema,

⁵ La Seguridad Social divide a sus establecimientos de acuerdo a su tamaño en Hospitales (IV – I), Policlínicos, Centros Médicos y Postas Médicas. La ordenación es de mayor a menor.

y las reformas estructurales en el mercado laboral habían disminuido la población cubierta por la seguridad social. El funcionamiento general del sistema distaba de ser satisfactorio, y adolecía de fallas graves en su estructura. Para remediar esta situación, en el año 1997 se emprende una reforma en la seguridad social.

Cuadro 4

Perú: Niveles de Aseguramiento en Salud 1994 - 1997 (en porcentajes)		
Condición de Aseguramiento	1994	1997
No asegurado	62.3	76.5
Asegurado	37.7	23.5
ESSALUD	31.3	19.7
<i>ESSALUD y seguro privado</i>	1.5	0.6
<i>Sólo seguro privado</i>	2.1	1.6
- Privado individual	n.d.	1.2
- Privado empresa	n.d.	0.4
<i>Policial / Militar</i>	2.8	1.6
Total	100	100

Fuente: Petrer y Cordero [1999, cuadro N. 3]. Elaborado en base a las ENNIV 94 - 97.

III. El impacto de la reforma de la Seguridad Social en Salud

Ya se había establecido que el sistema peruano de salud previo a la reforma de la seguridad social podía caracterizarse como un sistema de salud segmentado. Como se verá a continuación, los cambios institucionales implementados no han modificado la configuración del sistema, pero si han tenido impacto en la constitución del ámbito del seguro público.

En términos generales, la reforma del Seguro Social llevada a cabo en 1997 estableció un esquema mixto, donde se rompe el monopolio en las prestaciones de salud del Ente Previsional. Bajo la nueva configuración, se permite la participación de las denominadas Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para ofrecer planes alternativos a los brindados por el IPSS. La creación del Seguro Social en Salud (ESSALUD) a partir del IPSS en el año 1999 terminó la conformación del sistema de aseguramiento. Sin embargo, a escasos tres años de implementarse la reforma, es posible observar deficiencias serias en

⁶ Según ESSALUD, la población cubierta en el año 1997 llegaba a representar 27 por ciento de la población nacional. Estos datos difieren de los obtenidos mediante la ENNIV aplicada ese año.

este esquema, que cuestionan el logro de los objetivos planteados inicialmente. [Carbajal y García: 2000]

A. Propósito de la reforma y cambios institucionales

La reforma del sistema de seguridad social en salud⁷ fue llevada a cabo con el explícito propósito de lograr, en el largo plazo, la universalización de la cobertura de la seguridad social en salud en el país, en un marco de equidad, solidaridad y eficiencia (Artículo 1, D.S. N° 009-97-SA). A grandes rasgos, la nueva legislación establece dos regímenes alternativos en el sector salud. Por un lado se tiene el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, que comprende los servicios tradicionales e incorpora nuevos planes de salud ofrecidos por ESSALUD, complementado con los programas de salud privados a cargo de las EPS. Por el otro, el Régimen Estatal no contributivo a cargo del MINSA, destinado a otorgar prestaciones de salud pública y prestaciones de salud individual para la población pobre. El tercer segmento, aunque no se pone de manifiesto, estaría conformado por el sector privado, sea a través de los seguros privados o a través de las prestaciones privadas directamente financiadas como pago por servicios.

Las funciones del reformado Seguro Social no sufrieron mayor modificación, así como tampoco la contribución de los trabajadores dependientes – asegurados regulares (9 por ciento de la remuneración mensual, a cargo del empleador). Por otro lado, como se mencionó líneas arriba, el nuevo esquema del Régimen Contributivo faculta a ESSALUD para ofrecer nuevos servicios de aseguramiento (*nuevos seguros*), orientados a la población laboral independiente y a los estudiantes universitarios y de institutos superiores, cuyos costo y cobertura dependen del plan elegido⁸. Si bien antes de la reforma el Seguro Social ofrecía planes adicionales a los coactivos –conocidos como *seguro facultativo*– al parecer éstos no habrían sido actuarialmente sostenibles en el largo plazo, debido a la selección por riesgo de parte de la población demandante. En otras palabras, las personas con un riesgo

⁷ Las leyes marco que dieron forma final a la reforma son la Ley N° 26790 (*Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud*) y su Reglamento, la Ley N° 26842 (*Ley General de Salud*), ambas promulgadas en el año 1997; y la Ley N° 27056 (*Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD*) y su Reglamento, del año 1999.

⁸ La cobertura no puede ser en ningún caso menor a un Plan Mínimo establecido por el propio ESSALUD.

elevado de enfermedades catastróficas habrían constituido la mayor parte de la demanda del seguro facultativo. Esta insostenibilidad actuarial –financiera habría forzado a ESSALUD a reformar los planes de inclusión de la población independiente, con algunos mecanismos para evitar la selección por riesgo.

En el plano institucional interno, se estableció mayor rigidez en las transferencias del fondo administrado centralmente hacia los centros proveedores (esto es, se exigió mayor cumplimiento en las metas presupuestales a los centros proveedores, restringiéndose las partidas de recursos extraordinarias), y se reforzó la separación entre la administración de los recursos y la provisión de los servicios.

La oferta de salud previsional se complementó con las EPS. Se facultó la creación de estas entidades, destinadas según ley exclusivamente a la provisión de servicios de atención de salud, con infraestructura propia y/o de terceros. Las EPS quedaban habilitadas para ofrecer planes complementarios a los trabajadores dependientes, cuya cobertura abarca al menos el Plan Mínimo de salud (que incluye a los tratamientos de mayor frecuencia y menor costo, agrupados en lo que se ha denominado capa simple), recibiendo a cambio el 25 por ciento de la contribución a ESSALUD (esto es, 2.25 por ciento de la remuneración mensual). Las EPS no están impedidas de ofrecer seguros complementarios al Plan Mínimo, pudiendo cobrar por ellos copagos que no excedan el 2 por ciento del ingreso mensual por cada atención ambulatoria y el 10 por ciento por cada hospitalización, o por el contrario el 10 por ciento del costo total del tratamiento (Artículo 17° Ley No. 26790). También están autorizadas a ofrecer planes a la población independiente.

Los afiliados tienen la posibilidad de continuar con la cobertura de prestaciones íntegramente en ESSALUD, o acceder a un plan presentado por las EPS. Los trabajadores dependientes no pierden en ningún caso el derecho de tratamiento de enfermedades catastróficas (agrupadas en lo que se ha denominado capa compleja) a cargo de ESSALUD. La elección del proveedor se ha limitado al plano colectivo (mediante votación en la que participan todos los trabajadores de una empresa), para evitar problemas de selección

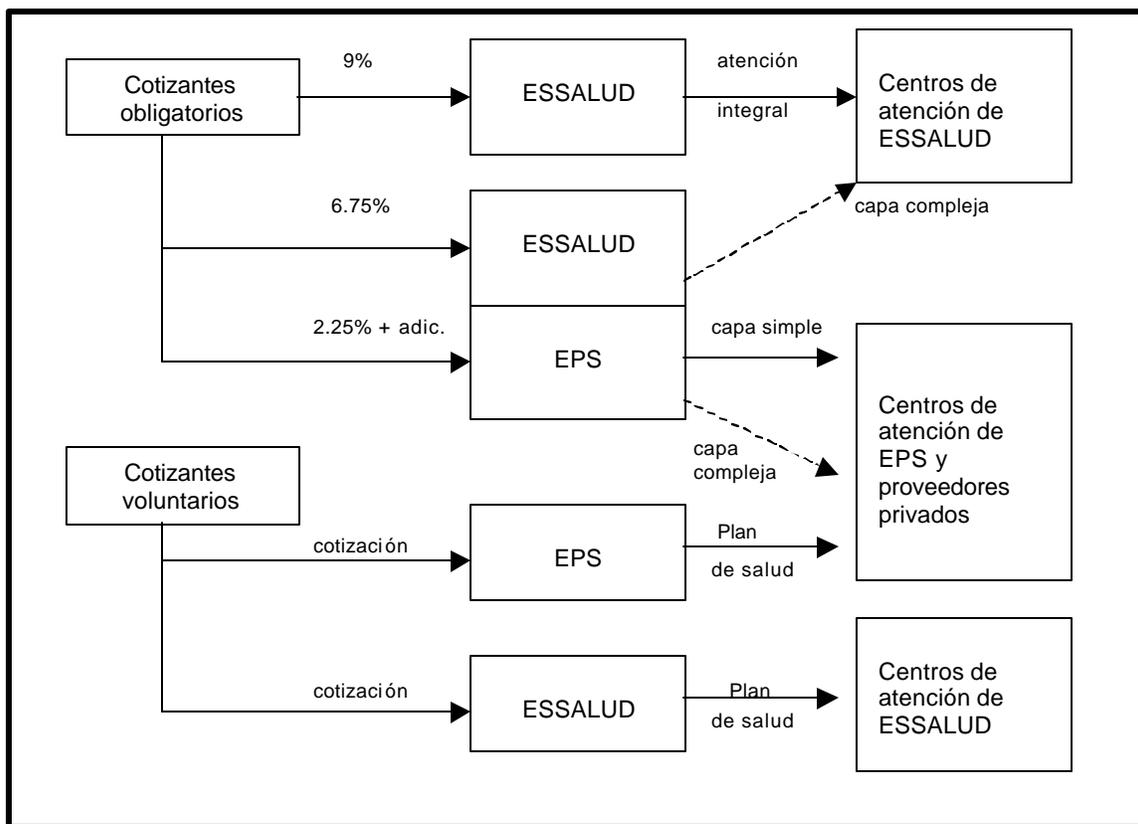
adversa y por cuestiones de equidad⁹. Aun en el caso de que se decida colectivamente la afiliación de los trabajadores de una empresa a una EPS, se mantiene el derecho individual de cada trabajador a permanecer en ESSALUD (Artículo 15° Ley No. 26790). El tránsito entre una y otra institución está sujeto a un período mínimo de asistencia (una sola vez dentro de cada año contractual, Artículo 52° del Reglamento de la Ley No. 26790). La Figura 1 resume los cambios institucionales creados a partir de la reforma.

Complementariamente a la reforma institucional, se creó la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), como organismo público descentralizado con mandato para autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las EPS. Formalmente, los recursos que financian el funcionamiento de la SEPS provienen directamente del Ministerio de Economía y Finanzas¹⁰.

⁹ Por esta razón el plan seleccionado de una EPS debe garantizar igual cobertura a todos los trabajadores, independientemente de su nivel remunerativo.

¹⁰ Paradójicamente, la SEPS está adscrita al MINSA, en tanto ESSALUD depende del Ministerio de Trabajo.

Figura 1. El sistema de salud previsional peruano



B. Resultados iniciales

El propósito declarado del sistema mixto ESSALUD – EPS fue descongestionar los servicios de atención básica del Ente Previsional, ampliar la cobertura de la salud previsional, y aumentar la inversión en el sector. Adicionalmente, se pensó que la competencia entre los proveedores privados y el proveedor público mejoraría la eficiencia en la asignación de recursos. Es corto el tiempo efectivo de implementación del nuevo esquema, lo que impide una evaluación concluyente. Sin embargo, se puede ir considerando cierto escenario futuro de mediano plazo. Lo relevante en este momento es evaluar las tendencias y formular argumentos críticos al actual diseño institucional. En todo caso, como mencionan García y Soto [1999], es de suma importancia en este tipo de cuestiones comprender la naturaleza dinámica de la relación entre los hábitos de los agentes económicos y las instituciones.

- Los cambios en la oferta de ESSALUD

A partir del año 1998 el Seguro Social inicia la oferta efectiva de los nuevos planes previsionales a segmentos de la población no dependiente¹¹ (véase el Cuadro 5 y el Cuadro 1b). El propósito de los programas previsionales de salud fue incorporar a la fuerza laboral independiente, y a los estudiantes universitarios y de escuelas superiores. Meta bastante ambiciosa si se tiene en cuenta la significación del empleo independiente e informal dentro de la PEA peruana¹².

Estos nuevos planes se basan en aportes fijos mensuales (semestrales o anuales en el caso del seguro universitario), diferenciados por la edad del contratante y, en el caso del seguro independiente, el número de derecho habientes beneficiados¹³. La cobertura del seguro independiente y del seguro universitario¹⁴ depende del plan elegido. En el primer caso, se ofrecen tres planes de aseguramiento; el plan básico cuenta con una cobertura limitada a emergencias/accidentes y enfermedades básicas, mientras la cobertura del plan completo es similar a la obtenida por un asegurado regular a ESSALUD. El seguro universitario cuenta con cinco planes elegibles, de acuerdo a los convenios que se establezcan entre el Seguro Social y los centros educativos superiores. La cobertura va desde atención exclusiva de emergencias, accidentes e intervenciones quirúrgicas de emergencia, hasta atención ambulatoria y hospitalaria, tanto clínica como quirúrgica de cualquier complejidad. La atención de los seguros no cubre enfermedades preexistentes.

Como consecuencia de esta nueva oferta, la población total cubierta por ESSALUD crece, aunque levemente, entre este año y el año 2000. La incorporación de la nueva población suma 176 mil personas hacia el mes de abril del 2000, a despecho de una leve reducción (del orden de 2 por ciento) en la cantidad de asegurados regulares aportantes. A pesar del relativo éxito del programa de nuevos seguros en año 1999 y en lo que va del 2000, no es posible todavía llegar a conclusiones finales acerca de la evolución de los

¹¹ Principalmente Seguro Agrario, Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, Seguro Independiente, Seguro Universitario.

¹² El subempleo urbano en el Perú llegó a cerca de 44 por ciento de la PEA urbana en el año 1999, poco menos de 3.5 millones de personas.

¹³ Adicionalmente al aporte mensual, el seguro independiente tiene un esquema tarifario con deducible y copago.

nuevos planes del Seguro Social. Sin embargo, a la fecha el peso de estos programas sobre la masa poblacional cubierta es todavía poco significativo, constituyendo apenas el 3 por ciento del total. Esto significa, por otro lado, que la población con acceso a seguridad social sigue siendo menos de un tercio del total nacional.

Si bien en teoría los nuevos seguros de ESSALUD compiten con los planes previsionales del sector privado, esto no ocurre en la práctica, pues el público objetivo de una y otro son distintos. El seguro privado está diseñado para llegar casi exclusivamente a los segmentos socioeconómicos con mayor capacidad adquisitiva. Mientras que los planes del Ente Previsional están destinados a cubrir sectores de la población que antes no tenían acceso a los servicios previsionales. En este sentido, los productos de ESSALUD carecen de sustitutos locales.

Dos consideraciones deben hacerse. Para evitar el fenómeno de selección por riesgo en el caso de los seguros independientes se han establecido condiciones de aseguramiento, que en la práctica marginen del sistema previsional a las personas con mayor probabilidad de eventos perjudiciales. La auto-selección del plan elegido por riesgo individual o familiar (esto es, la selección de prima y cobertura óptimas de acuerdo a las necesidades de salud de las personas y/o familias) puede además ser un fenómeno poco presente en el medio, en tanto no hay hábitos o costumbres previsionales (es decir, los individuos podrían no actuar maximizando su utilidad a largo plazo, por falta de conocimiento o debido a la inercia del cálculo a corto plazo). Otros factores que explicarían este fenómeno tienen que ver con inseguridad inherente a la condición laboral independiente, y la persistente situación de pobreza en la que viven la mayor parte de trabajadores independientes.

En el caso del seguro universitario, si bien se evita la selección por riesgo al ofrecerse uno o dos planes de los cinco a los estudiantes de un centro educativo, todavía está sin demostrarse la sostenibilidad financiero – actuarial a largo plazo. Esto se agrava al incorporarse a estudiantes de universidades públicas de provincias, cuyas poblaciones suelen estar asociadas a mayores riesgos.

¹⁴ Cuyo costo para los estudiantes de universidades estatales recibe un subsidio de 50 por ciento a

Cuadro 5

POBLACION ASEGURADA POR ESSALUD 1997 - 2000				
	1997	1998	1999	2000 1/
I. ASEGURADOS REGULARES	2,168,651	2,109,303	2,112,215	2,117,276
II. ASEGURADOS DE REG. ESPECIALES	155,929	124,362	117,640	115,133
III. PENSIONISTAS	337,727	349,006	357,349	358,139
IV. TOTAL ASEGURADOS APORTANTES (I+II+III)	2,662,307	2,582,671	2,587,204	2,590,548
V. DERECHO HABIENTES	3,815,184	3,650,093	3,703,205	3,711,995
VI. ASEGURADOS POTENCIALES		256,577	177,187	131,519
VII. POBLACIÓN ASEGURADA SIN NUEVOS SEGUROS (IV+V+VI)	6,477,491	6,489,341	6,467,596	6,434,062
VIII. NUEVOS SEGUROS	0	295	106,937	176,500
IX. POBLACION ASEGURADA TOTAL (VII+VIII)	6,477,491	6,489,636	6,574,533	6,610,562
1/ A abril del 2000 Fuente: ESSALUD.				

La expansión en la oferta de la institución coincide con nuevas inversiones en infraestructura médica y hospitalaria, realizadas sobre todo en 1999, año en el que el presupuesto de inversión en infraestructura y equipamiento llegó a cerca de S/. 300 millones. Monto este tres veces mayor que lo presupuestado para el año anterior (véase el Cuadro 6). La inconveniencia de esta expansión es que parece no haber respondido a estudios de necesidades y/o demandas de servicios de salud de la población, sino a motivos políticos. Esta injerencia resulta, por otro lado, perjudicial para la marcha del sistema de seguridad social, y ha sido identificado como uno de los principales problemas de este subsector. [Apoyo: 2000]

Cuadro 6

ESSALUD		
Inversiones en Infraestructura y Equipamiento (en S/.)		
1998 - 1999		
Rubro	1998	1999
Estudios de pre inversión	1,017,925	363,150
Estudios definitivos	1,596,582	3,842,745
Obras	29,754,417	79,779,608
Terrenos, inmuebles	1,134,850	-
Equipo ligado a proyectos	3,496,226	73,894,497
Equipo no ligado a proyectos	64,000,000	133,507,849
TOTAL	101,000,000	291,387,849
Fuente: ESSALUD		

La expansión de la oferta de ESSALUD no ha sido suficiente, aún, para revertir el impacto negativo de la crisis de la década de los 80. Como se mencionó al inicio, los factores asociados a ella y a los cambios estructurales –desempleo y subempleo, liberalización del mercado de trabajo, presiones para reducir el déficit fiscal– causaron una merma en la cobertura de la Seguridad Social que todavía no se repara. Así, entre el año 1990 y el año 2000, los aportantes regulares disminuyeron en cerca de 29 por ciento; para el mismo período, el total de población cubierta cayó en 10 por ciento aproximadamente. De otro lado, como se aprecia en el Cuadro 7, los ingresos reales de la Entidad Previsional no reflejan todavía una tendencia clara, a partir de la nueva oferta de servicios.

El que se logre incorporar a segmentos amplios de la población que ahora no gozan de seguridad social depende de dos hechos: de la evolución de la actividad económica y la ampliación de los puestos de trabajo formales; y de la capacidad de ESSALUD para ofrecer planes atractivos a las nuevas poblaciones – sectores informales, universitarios – y al mismo tiempo actuarialmente equilibrados a largo plazo.

- El desempeño de las EPS

Desde de inicios de la reforma hasta la fecha se constituyeron cuatro Entidades Prestadoras: Novasalud Perú S.A. EPS, Rímac Internacional S.A. EPS, Santa Cruz S.A. EPS (que entraron a operar el año 1998), y Pacíficosalud EPS S.A. (funciona a partir de 1999). De las cuatro organizaciones constituidas, tres están vinculadas a empresas aseguradoras. En los casos de Rímac Internacional y Pacíficosalud, se decidió mantener el nombre original de las aseguradoras¹⁵, para beneficiar a las nuevas organizaciones del prestigio de sus matrices. Novasalud, por otro lado, cuenta con la participación de la Corporación Backus y el Grupo Wiese. A inicios del año 2000 Santa Cruz EPS fue absorbida por Rímac Internacional, aumentándose la concentración de mercado y reduciéndose los incentivos efectivos a la competencia. De este modo, y dado que la legislación vigente no impide integraciones verticales en el ámbito de la administración de los fondos, las EPS han sido constituidas por compañías de seguros.

Cuadro 7

EVOLUCION ANUAL DE LOS INGRESOS REALES, 1996 - 1999 (En Nuevos Soles Reales de 1997)				
Año	Ingresos Anuales (miles de S/.)	Tasa de crecimiento	Ingresos Anuales per Cápita	Ingresos Mensuales per Cápita
1996	1,848,675	n.a.	290.1	24.2
1997	2,161,458	16.9	333.7	27.8
1998	2,123,749	-1.7	327.3	27.3
1999	2,150,303	1.3	327.1	27.3

Fuente: ESSALUD.

Como se mencionó líneas arriba, la oferta de los planes complementarios privados es reciente. Si bien la aprobación del funcionamiento de las EPS se realizó entre los años 1998 y 1999, recién en mayo de este último año comienzan las entidades a captar afiliados. Estas cuatro compañías han logrado, al primer trimestre del año 2000, absorber

¹⁵ Rímac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros, y El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, respectivamente.

aproximadamente a 143 mil asegurados regulares, de los cuales 53 mil son afiliados aportantes.¹⁶ Esto todavía no representa mayor significación del total de aportantes al sistema previsional (al mes de abril del mismo año, los asegurados aportantes a ESSALUD sumaban 2,750 mil aproximadamente). Si bien la tendencia de crecimiento del sub-sistema EPS es clara, algunas consideraciones deben tenerse en cuenta.

Dadas las características de los mercados de seguros, las EPS estarían focalizando su población objetivo en trabajadores de empresas de gran tamaño y de ingresos altos, con el propósito de disminuir el riesgo actuarial y elevar la rentabilidad de las entidades [Carbajal y García: 2000]. De ser así, las EPS llegarían con cierta rapidez al tope de su población objetivo, debido al poco peso relativo de las empresas grandes dentro de la composición de la fuerza laboral. Únicamente el 28 por ciento de PEA urbana está empleada en empresas con más de 10 trabajadores.

No es claro que a largo plazo se expanda la oferta de planes complementarios privados para abarcar a las empresas medianas y pequeñas, y a los trabajadores informales de bajos ingresos mediante la oferta de planes de seguro independientes. A marzo del año 2000, las cifras de recaudación de las EPS parecen corroborar esta hipótesis (**Cuadro 8**). Nótese el alto costo per cápita para los usuarios de las Entidades, en cualquiera de sus modalidades. Este hecho significa, en la práctica, un sesgo selectivo a favor de las empresas de gran tamaño y de elevados salarios promedio.

¹⁶ Adicionalmente cuentan con 61 mil asegurados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, y 3 mil asegurados potestativos. Boletín Estadístico Trimestral, Año 1, Número 1, de la SEPS.

Cuadro 8

SISTEMA EPS ASEGURADOS, APORTES Y APORTES PER CÁPITA Acumulado Primer Trimestre del 2000 (en soles corrientes)			
Asegurados por tipo	Número Asegurados	Aporte total	Aporte per cápita mensual
Asegurados regulares	143,626	30,803,663	71.5
Afiliados aportantes	53,406	30,803,663	192.3
Derecho habientes	90,220	n.a.	n.a.
Asegurados potestativos	3,409	525,185	51.4
S. Complementario de Trabajo de Riesgo	61,977	3,987,041	21.4
Total	209,012	35,315,889	56.3
Fuente: SEPS, Bolitín Estadístico Trimestral, Año 1, Número 1.			

Un tema adicional es el mecanismo de asignación de recursos con el que trabajarían las EPS. Es práctica común dentro del mercado asegurador peruano utilizar el pago por servicios como instrumento de transferencia de recursos entre el administrador de los fondos (la compañía aseguradora) y el proveedor de los servicios. No es difícil suponer que la vinculación de las nuevas entidades y las tradicionales compañías de seguro traería como consecuencia la reproducción de estas prácticas institucionales. Esto frena que se diseñen nuevos mecanismos de asignación, más de acuerdo a los problemas característicos de los seguros de salud y a la realidad peruana. Por otro lado, las EPS estarían de alguna forma otorgando poca atención a su rol prestador, concentrándose en el manejo de los fondos recaudados.

IV. PERSPECTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La evaluación conjunta de la reforma del sistema de salud previsional pasa por considerar sus logros en función de los objetivos trazados. Éstos fueron establecidos sobre la base de los principios clásicos de equidad, solidaridad y eficiencia, progresiva universalización en el acceso a la cobertura y libertad de elección. Sin embargo, la reforma contendría serias fallas de estructura. [Carbajal y García: 2000]

La adopción de un mecanismo de asignación de recursos prospectivo y la creación de un esquema mixto privado–público, en el ámbito de la provisión de servicios de salud, han debido tener ciertamente un impacto positivo, aunque de difícil medición, sobre la eficiencia económica. Se sabe por otro lado que el personal de ESSALUD comienza a internalizar la separación de las funciones de administración de recursos y provisión de servicios médicos, con lo que también se gana en eficiencia. A pesar de estos logros, hay temas trascendentales que faltan tratarse, que no son contemplados en la reforma o que no han sido correctamente encarados.

El nuevo sistema previsional difícilmente puede calificarse como equitativo. A pesar del intento de igualación de las prestaciones en el ámbito laboral, las disparidades en la cantidad y la calidad de las atenciones pueden presentarse, utilizando la figura de servicios adicionales sujetos a copagos. La desigualdad en el acceso y la atención es más latente fuera del ámbito local (es decir, en el ámbito inter-empresarial). Como se mencionó, el diseño institucional crea fuertes incentivos hacia la discriminación por centros de trabajo. Dada la estructura planteada, las EPS caerían en un proceso de descreme de mercado (cream skinning). Los más beneficiados serían sin duda los trabajadores de las grandes empresas, que por lo general mantienen salarios por encima del promedio y están ubicados en las principales ciudades. En el extremo opuesto están los que se desempeñan en los sectores de la pequeña y mediana empresa. Las características del sector informal y del sector rural –micro empresas con prácticas laborales tradicionales, ingresos fluctuantes, operaciones al margen de la legislación laboral, entre otros– dificultan gravemente su incorporación al sistema privado complementario. Difícilmente se solucionará el problema de la exclusión efectiva de grandes sectores de la población a la seguridad en salud, exclusivamente mediante mecanismos de mercado. La pregunta que surge a colación es acerca de la no obligatoriedad de afiliación al Régimen Contributivo de la Seguridad Social de los trabajadores independientes. ¿Es justo marginar a grandes masas poblacionales? ¿Es financieramente sostenible su incorporación?

Por otro lado, la solidaridad del sistema en las enfermedades no catastróficas se hace presente únicamente al interior de los centros ocupacionales. No existe un fondo único solidario para la cobertura de las prestaciones preventivo – promocionales y curativas más comunes, sino que se separa en los aportes a ESSALUD y a cada EPS. Esto reduce los

niveles previamente existentes de solidaridad de la Seguridad Social. Hecho que se agrava si se tiene en cuenta que serían las personas con mayores aportes (en términos per cápita) y menor riesgo las que optarían por el esquema mixto ESSALUD – EPS, disminuyendo los recursos del fondo social.

La libertad de elección, en la práctica, se vería reservada a los asegurados regulares de mayores ingresos. En efecto, ellos tienen la posibilidad de elección entre los planes colectivos ofrecidos por las EPS o lo que les ofrece ESSALUD. Sin embargo aquellos que optan por este último no tienen libertad de elección en las atenciones, dado que no pueden escoger libremente los centros asistenciales de su preferencia. Esto limitaría los incentivos para mejorar la calidad de la atención y la eficiencia de los establecimientos, puesto que enfrentan una demanda fija de servicios. Una medida sencilla para producir ganancias en eficiencia sería otorgar libertad de elección a los afiliados de la Seguridad Social, de modo que compitan los centros de esta institución para captar parte de la demanda. Esto complicaría, por otro lado, el mecanismo de transferencias presupuestales a los establecimientos de atención, por lo que se abre el debate sobre la conveniencia de otros medios de asignación (pagos capitados, pagos por servicio, etc.). El pago capitado podría ser una opción interesante y novedosa para regular las relaciones entre la gerencia administradora de ESSALUD y los centros proveedores.

La falta de integración entre el Régimen Contributivo y el Régimen Estatal cuestiona también la universalidad del sistema. Si el efectivo funcionamiento de las entidades privadas supone efectivamente dejar a grupos poblacionales con escasa o sin ninguna protección, lograr el propósito de universalidad en el acceso a la salud previsual quedaría en manos de ESSALUD. Lo más probable es que esta institución requiera financiamiento estatal para cumplir con su cometido, si quiere llegar los sectores de menores recursos. Si bien es prematuro para una evaluación final de la marcha de los nuevos planes de aseguramiento, hasta la fecha su impacto en los ingresos la Seguridad Social ha sido poco significativo. De ser la universalización de la cobertura previsual el propósito real, cabe entonces preguntarse por la cuestión de las competencias entre el MINSA y ESSALUD. La pregunta de fondo es si los hacedores de política tienen claro la agenda prioritaria.

Un tema adicional es el ámbito de competencia entre la Entidad Previsional y las entidades privadas. La reforma en sí misma mantiene hasta la fecha ambigüedades. Por un lado se promueve la participación del sector privado, por el otro se procura la expansión de los servicios de ESSALUD. Este es el caso de los nuevos seguros. Los planes de salud no obligatorios, si bien no compiten directamente con los ofrecidos por las EPS, se benefician de los privilegios con los que cuenta ESSALUD. En la práctica, esta institución no se ajusta a las exigencias en la administración de los fondos impuestas por la Superintendencia de Banca y Seguros, algo que no sucede con las EPS. Por otro lado, si uno de los objetivos de la reforma era descongestionar a las atenciones de ESSALUD, ¿por qué se aumenta la población cubierta por el sistema previsional? Otra vez estamos ante la cuestión de competencias.

Aunque la reforma no lleva mucho tiempo de actuación, en los próximos años debe definirse el camino a seguir. Las opciones no son muchas. O se profundiza el régimen mixto, dejando a las EPS a cargo de los sectores de más altos ingresos, y ampliando la cobertura de ESSALUD a los sectores populares; o se proclama la obligatoriedad de la afiliación a los planes ofrecidos por las EPS, otorgando subsidios a la demanda a la población de escasos ingresos; o se desanda lo implementado hasta ahora y se busca otras alternativas.

En este sentido, uno de los desafíos más importantes en el futuro mediano es la definición del rol de la Seguridad Social. El problema es que la injerencia de la política en la administración de la entidad puede provocar inestabilidad y toma de decisiones equivocadas. Como sugiere el estudio llevado a cabo por Apoyo (Apoyo: 2000), la continuidad en la administración de ESSALUD no ha sido posible por los cambios continuos en la presidencia de la institución. Una propuesta es que el Presidente sea nombrado, como sucede con otros cargos importantes, por el Congreso de la República y por un período mínimo de cuatro o cinco años.

Un efecto negativo adicional de la intervención política, y quizás más grave, es que ésta puede llevar a un desfase sustancial entre la oferta y la demanda de servicios de atención médica. Si la planificación de la expansión de la infraestructura física y personal de ESSALUD se guía por motivos distintos a los de la correcta estimación de las

necesidades de salud de la población, el desfase sería profundo. En estos casos, las necesidades quedan descubiertas o los recursos son desperdiciados, o suceden ambas cosas a la vez [Musgrove: 1995]. Si bien este desequilibrio sería resuelto, esto ocurriría en el largo plazo, y con los consiguientes costos materiales y humanos. De allí que sea importante contar con instituciones independientes en la determinación de las necesidades de salud, en la planificación de las inversiones y la expansión de la oferta pública, y en la ejecución de los programas de salud. Otro motivo de preocupación es la poca disposición de las autoridades al debate sobre la conveniencia, arquitectura, fines y modos de efectuar la reforma en el sector salud. Hubo poca participación activa de los sectores interesados, y en general la situación se caracterizó por una falta de debates abiertos, estudios técnicos e interacción entre los distintos actores del sector.

Todo parece indicar que el nuevo sistema previsional, tal como ahora está diseñado, no será capaz de cumplir con los objetivos que motivaron la reforma. ¿Cabe alguna medida correctiva, un replanteamiento de la reforma, o una nueva reforma? Al menos parece ser que la existencia de una inadecuación institucional tiene que ver más con la institucionalidad existente, o propuesta, que con dificultades irresolubles a corto plazo [Escobal e Iguiñiz: 2000]. Todavía es prematuro para responder acerca de la sostenibilidad a largo plazo. Probablemente las EPS culminen su proceso de expansión bastante pronto, manteniendo un mercado en su mayor parte ya cubierto anteriormente por los seguros privados. Esto significa un ahorro para los individuos que mantenían doble cotización. Pero se trata justamente de individuos con ingresos elevados. El éxito de ESSALUD depende en su mayor parte de que sea capaz de financiar su expansión con recursos propios, lo cual es discutible. Se está incorporando a una población con bastas necesidades de salud, y poca capacidad de pago. El fenómeno de selección adversa estaría presentándose en la afiliación a ESSALUD, quedándose esta institución con los individuos de mayores requerimiento de salud y menores ingresos.

Bajo esta perspectiva resulta difícil sostener el cambio del modelo del sector salud, entendido como un todo. Se mantienen los tres segmentos definidos por el MINSA, la Seguridad Social complementada con las EPS, y el sector privado financiado exclusivamente con desembolsos directos (suponiendo que los seguros privados de salud son sustituidos por el esquema ESSALUD-EPS). Antes de la reforma previsional ocurría

una división, de proporciones reducidas, dentro del Seguro Social: los individuos con aseguramiento privado complementario tenían acceso a servicios privados de mayor calidad. De confirmarse la tendencia en el comportamiento del subsistema ESSALUD-EPS, esta separación aumentaría. El modelo segmentado no sólo no cambia, sino que crea nuevos sub segmentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APOYO

- 2000 *Task Force Agenda para la Primera Década: Salud*. Gabriel Ortiz de Zeballos y Pierina Pollarolo (ed.). Lima: Instituto Apoyo.

BANCO MUNDIAL

- 1999 *Peru. Improving health care for the poor*. A World Bank Country Study. Washington D. C.: The World Bank.

- 1993 *World Development Report 1993. Investing in Health*. Washington D.C.: The World Bank.

Barnum, Howard, Joseph Kutzin y Helen Saxenian

- 1995 *Incentives and provider payment methods*. Human Capital Development and Operations Policy Working Paper Serie, n. 51. Washington D.C.: The World Bank.

Carbajal, Juan Carlos y Luis García

- 2000 “¿Adónde apunta el esquema ESSALUD – EPS?” En: *Actualidad Económica del Perú*, n. 204, febrero – marzo, Lima.

Escobal, Javier y Javier Iguñiz

- 2000 *Balance de la investigación económica en el Perú*. Lima: CIES, Serie Diagnóstico y Propuesta 1.

ESSALUD

- 1999 *El Seguro Social de Salud (ESSALUD) de hoy: una mirada desde los aspectos económico-financieros en salud*. Gerencia de Estudios Económicos y Estadística, Gerencia Central de Finanzas. Documento no oficial.

García, Luis y Raimundo Soto

- 1999 *Aspectos institucionales de la reforma de salud en Chile*. Mimeo. Santiago de Chile, Departamento de Economía, Universidad Alberto Hurtado.

Londoño, Juan-Luis y Julio Frenk

- 1997 *Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Serie de Documentos de trabajo n. 353. New York: BID, Oficina del Economista Jefe.

Mesa – Lago, Carmelo

- 2000 *Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI*. CEPAL / Naciones Unidas, Serie Políticas Sociales n. 36, Santiago de Chile: CEPAL.

- 1999 “Política y reforma de la seguridad social en América Latina”. En: *Nueva Sociedad*, n. 160, marzo – abril. Caracas.

Maceira, Daniel

1996 *Fragmentación e incentivos en los sistemas de atención de salud en América Latina y el Caribe*. Serie de Documentos de trabajo n. 335. New York: BID, Oficina del Economista Jefe.

Musgrove, Philip

1996 *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. World Bank Discussion Paper n. 339. Washington D.C.: The World Bank.

1985 “Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina”. En: *Cuadernos de Economía*, Año 22, n. 66, agosto. Santiago de Chile.

Petrera, Margarita y Luis Cordero

1999 “El aseguramiento público en salud y la elección del proveedor”. En: *Pobreza y economía social. Análisis de una encuesta (ENNIV 97)*. Richard Webb y Moisés Ventocilla, ed. Lima: Instituto Cuanto.

SEPS

2000 *Boletín Estadístico Trimestral*, Año 1, n. 1. Lima: Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.