

LA CRISIS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ESSALUD)

José Antonio Arostegui Hirano

Abogado especialista en Derecho Laboral y Seguridad Social

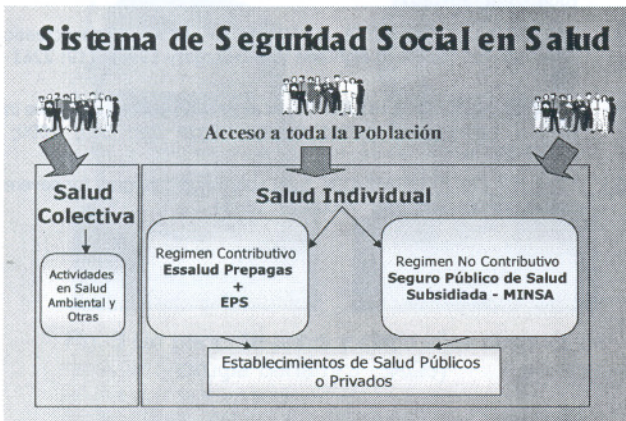
La Seguridad Social en el Perú nace durante el Gobierno de don Ramón Castilla cuando se dicta la Ley General del 22 de enero de 1850 por la que se establece el derecho de jubilación a favor de todos los empleados públicos, con título de Gobierno legítimo, que no pudieran continuar en el servicio por edad avanzada o enfermedad crónica legalmente comprobada.

A raíz de la Constitución Política de 1933 se crea la Caja Nacional del Seguro Social, por Ley N° 8433 de 1936, y el 18 de noviembre de 1961 por Ley N° 13724, el Seguro Social del Empleado. El 6 de noviembre de 1973, a través del Decreto Ley N° 20212, se dio paso al Seguro Social del Perú.

El 16 de julio de 1980, mediante el Decreto Ley N° 23161, basado en el mandato de la Constitución Política de 1979, se crea una institución autónoma y descentralizada, con fondos y reservas propios aportados obligatoriamente por el Estado, empleadores y asegurados. Es al IPSS al que se le encarga la seguridad social de los trabajadores y sus familias.

El 28 de diciembre de 1987 se expide la Ley N° 24786 que aprueba la Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), que define a éste como la institución autónoma y descentralizada con personería jurídica de derecho público interno que desarrolla las acciones de seguridad social orientadas a la prevención, promoción y bienestar personal y colectivo, ofreciendo protección frente a los riesgos y contingencias sociales, mediante el otorgamiento de prestaciones de salud, prestaciones económicas y prestaciones sociales.

En 1997 se aprueba la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, a través de la Ley N° 26790. El nuevo marco legal generado en un precepto constitucional de la nueva Carta Magna de 1993 abre la posibilidad de la atención de los asegurados regulares mediante las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) e introduce el seguro postestativo. Actualmente nuestro sistema se resume en el cuadro siguiente:



Luego de la reseña histórica de las instituciones de seguridad social en el país, sostenemos que, a partir de los años ochenta y por diversas circunstancias –fundamentalmente por problemas económicos nacionales y malos manejos–, la seguridad social sufrió un desequilibrio que se reflejaba en un otorgamiento limitado de prestaciones. Los últimos años han significado una modificación sustancial en los diferentes aspectos de la seguridad social: la administración, el financiamiento, el otorgamiento de prestaciones, entre otros, sin embargo, lo único que tiene un crecimiento determinado y predecible es el número de asegurados, según se plasma en el siguiente cuadro:

Población Asegurada 2003

Concepto	Titular	Derechohabientes	Total
1. Asegurados Aportantes	2,815,130	3,977,689	6,792,819
2. Latencia	0	76,283	76,283
3. Seguros Privados	100,685	51,418	152,103
3.1 Asegurado Independiente	4,094	325	4,419
3.2 Asegurado Universitario	0	0	0
3.3 EsSalud Personal y Familiar	96,591	51,093	147,684
EsSalud Personal	74,190	0	74,190
EsSalud Familiar	22,401	51,093	73,494
Total Nacional	2,915,815	4,105,390	7,021,205

(*) Información Preliminar
 1/ Incluye asegurados Regulares, Regímenes Especiales, Pensionistas y Cesantes
 2/ La cantidad de asegurados de Latencia por Desempleo se ha considerado en el rubro de derechohabientes
 3/ Gerencia Central de Seguros: Cantidad de asegurados obtenida sobre la base de la información remitida por SUNAT, según Formato de Pagos 1620 y SW de Registro y está referida a los asegurados con contratos vigentes y con derecho a la atención médica, de
 Fuente: ONP, SBS, OCSEG, GORH, GONF, Gerencias Departamentales- ESSALUD
 Elaboración: GEEy E-OCPL-ESSALUD-2002

Población Asegurada A Nivel Nacional

Órganos Desconcentrados	Cantidad
Total	7,021,205
Amazonas	63,372
Ancash	229,900
Apurímac	54,420
Red Asist. de Arequipa	403,344
Ayacucho	75,102
Cajamarca	90,235
Red Asist. de Cusco	227,508
Huancavelica	71,854
Huánuco	90,962
Ica	271,656
Junín	230,896
La Libertad	347,343
Red Asist. de Lambayeque	340,109
Lima	3,375,711
Loreto	150,085
Madre de Dios	17,612
Moquegua	69,014
Pasco	89,361
Piura	329,276
Puno	169,704
San Martín	88,441
Tacna	97,080
Tumbes	46,775
Ucayali	91,445

(*) Información Estimada
 Fuente: Gerencias Departamentales- ESSALUD
 Elaboración: GEEy E-OCPL-ESSALUD-2002

El Seguro Social de Salud (Essalud) fue creado mediante la Ley N° 27056, argumentando ante la opinión pública, que el concepto de seguridad social era sumamente amplio, dado que el sistema pensionario era administrado por otras entidades, asimismo, que era necesario dotarla de una base legal que le permita reestructurar administrativamente la institución y sobre todo, la adecuación a la Constitución Política de 1993.

Sin embargo, las razones de fondo que contemplaron la adopción de un cambio en el logo e imagen en su momento (1999) fueron exclusivamente políticas. Ello estaba aparejado de dotar de facultades excesivas al Presidente Ejecutivo, quedando prácticamente como figura decorativa el cargo de Gerente General.

La Ley Nro. 27056 concentró las principales atribuciones de dirección y gestión en el Presidente Ejecutivo, designado por el Estado y dependiente del mismo. Ello ha debilitado al régimen de gobierno tripartito de Estado, empleadores y asegurados correspondiente a la seguridad social; régimen que es base de la autonomía técnica, administrativa, económica y financiera que dicha ley reconoce al Seguro de Salud. Al depender éste del Poder Ejecutivo, convierte a la autonomía en un enunciado imposible de cumplir, subordinando de esa manera a la seguridad social a los intereses del gobierno de turno, los que en últimos años han sido contrarios a ella y en ningún caso garantizan la vigencia de sus principios fundamentales ni la intangibilidad de sus fondos y reservas, que está consagrada en el Artículo 12° de la Constitución Política vigente.

Hemos advertido que durante muchos años la seguridad social en salud (hoy Essalud) no se ha gerenciado el cuidado de la salud, evidenciando un predominio de las actividades recuperativas antes que las preventivas y en especial un problema de sostenibilidad económica de la institución que se refleja en el incremento del gasto, carencia de ahorro institucional, así como una inadecuada política de incremento de ingresos, toda vez que se descuidó la cobranza de aportaciones con el consecuente aumento de la morosidad.

A ello se agrega la falta de abastecimiento de bienes, equipos, insumos y medicamentos, el deficiente sistema de información, comunicación, de acreditación de asegurados, pero además también debe tenerse en cuenta que existe un uso indiscriminado de los servicios de salud por algunos asegurados, que en líneas generales conlleva a la insatisfacción creciente de los asegurados en una institución que cuenta con el 50% del equipamiento obsoleto.

Los últimos titulares de Essalud han coincidido con expresar que al año 2002 el déficit presupuestal fue de 137 millones de nuevos soles, respecto al cual también debemos reconocer que uno de los motivos de ello es el pago corriente de las pensiones correspondiente al régimen de pensiones del Decreto Ley N° 20530, la formación de la reserva pensionaria correspondiente y las elevadas cuentas por cobrar, enfatizando que el Sector Público debe alrededor de 700 millones de Nuevos Soles y el Sector Privado debe cerca de 900 millones de Nuevos Soles.

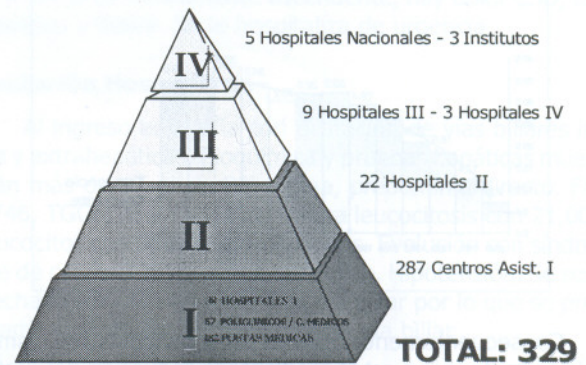
En los siguientes cuadros demostraremos algunos aspectos que nos permitirán apreciar la actual situación de Essalud como un excesivo personal en relación con los establecimientos que actualmente posee Essalud:

Evolución del Personal de Essalud

MES	TOTAL	ASISTENCIAL									ADMINIST.
		Sub Total *	Médicos	Enfermeras	Cajero Dentista	Químico Farmacéutico	Colectriz	Otros Prof. de la Salud	Técnico Asistencial	Auditor Asistencial	
Dic. 2,002	36,686	29,199	7,194	7,334	520	273	996	2,514	5,915	3,622	7,487
Agos. 2,003	36,372	29,104	7,130	7,302	517	271	973	2,522	5,904	3,648	7,268

* Incluye personal RESIDENTADO - SEFLUM y Ejecutivos ES y EB

ESTABLECIMIENTOS DE ESSALUD SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD



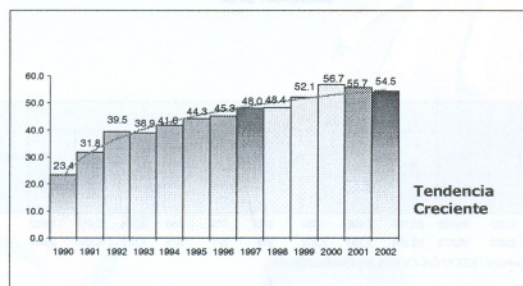
Durante la Primera Legislatura 2003, el Congreso de la República aprobó algunos artículos del Proyecto de Constitución Política, que en líneas generales continúa con el esquema que actualmente nos rige.

Paralelamente la Subcomisión de la Comisión de Seguridad Social conformada para elaborar el Anteproyecto de la Ley Marco de Seguridad Social estableció que el sistema de seguridad social debe ser dirigida por un Consejo Nacional de Seguridad Social y que goce de una autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable, fiscalizada solo por la Contraloría General de la República.

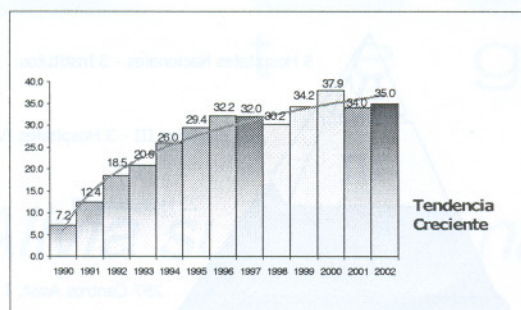
Lamentablemente el Sistema de Administración Financiera del Estado sigue estableciendo lineamientos a Essalud que no permite en la práctica ejercer esa autonomía que la Ley N° 28006 le otorgó el 2003.

Entonces está en manos de los integrantes del Consejo Directivo de Essalud representado por el Estado, los empleadores y los trabajadores asumir una administración responsable desprovista de intereses particulares o políticos y sobre poner la salud de siete millones de personas que necesitan la dedicación de todos sus representantes, en especial del Estado, toda vez que tal como apreciamos en la información siguiente sustentada por el Presidente de Essalud en la Comisión de Seguridad Social del Congreso de la República, advertimos que la tendencia creciente del servicio prestado por Essalud requiere la adopción de medidas urgentes para superar la crisis del sistema:

Evolución de los Egresos Hospitalarios por mil asegurados (1990 - 2002)



Evolución de las Intervenciones Quirúrgicas por mil asegurados (1990 - 2002)



Consecuentemente Essalud debe radicalmente disminuir su gasto, sean estos mediante la reducción del gasto de personal (cumpliendo las exigencias y derechos laborales), el rediseño de procesos en distintas áreas, modernizar los sistemas de gestión y adoptar medidas de austeridad.

Anhelamos que se cumplan con los ofrecimientos esgrimidos orientados a adoptarse una política de incremento de ingresos y recuperación de sus cobranzas disminuyendo por ende su altísima morosidad. Asimismo mejorar los procesos de abastecimientos y distribución de medicamentos, materiales e insumos médicos, así como el proceso logístico de distribución y reparto, el cual muchas veces va entrampado con el engorroso procedimiento que ley prevé para las entidades estatales.

Población Asegurada - Tasa Aporte - Aporte Per capita

En el Perú

Tipo de Asegurado	Número de Asegurados	Tasa de Aportación	Capita de Aporte Mes/
I. APORTANTES:			
ACTIVOS	1,894,348	9%	112
PENSIONISTAS	731,916	4%	
ASEGURADOS DE REG. ESPECIALES	84,584	9% (a) Salario Mínimo	
ASEGURADOS AGRARIOS	88,217	4%	
ASEGURADOS TRABAJO RIESGO	*191,132	0.5-1.8%	20
II. DERECHO HABIENTES			
POBLACION ASEGURADA APORTANTES	3,951,397	NO	18
III. LATENCIA			
POBLACION ASEGURADA APORTANTES	75,957	NO	
IV. SEGUROS PRIVADOS			
Aportante Independiente	4,022		117
Aportante Universitario	36,841		4
Aportante Personal-Familiar	98,593		55
Derechohabientes	52,591	NO	
TOTAL POBLACION ASEGURADA	7,018,465		

CUADRO COMPARATIVO

Estructura de Tasa de contribuciones de los Sistemas de Seguridad Social en América Latina

PAIS	TASA DE APORTE (%)	APORTE DEL ESTADO	OTROS APORTES (COPAGOS)
CHILE	7	2%	Si, variable según los planes de salud
PERU	9 (a)	No	Nb
ARGENTINA	10.4	No	Si, variable según los planes de salud
COLOMBIA	12	Variable (indigentes)	Nb
MEXICO	12.5	Variable (indigentes)	Nb
COSTA RICA	15	No	Si, variable según los planes
ECUADOR	18.8-37.0 (b)	Variable (indigentes)	Si, variable según los planes de salud

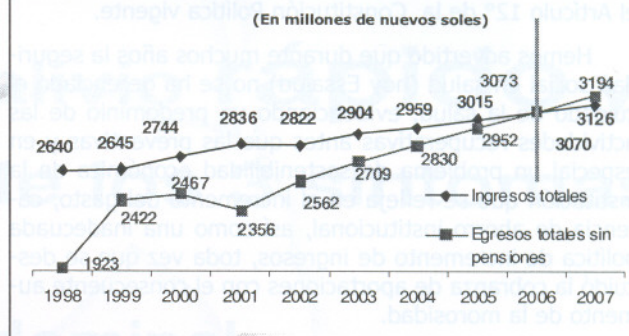
(a) La Tasa de Contribución en el Perú con el 9% cubre:

- Prestaciones de Salud +
- Prestaciones Económicas +
- Prestaciones Sociales
- Y además:
- . Pensiones

(b) Incluye pensiones

No olvidemos la problemática que sucede con las aportaciones, específicamente la tasa del aporte, en razón que no existe una uniformización de la misma, pues el trabajador regular aporta el 9%, el pensionista el 4% y el trabajador agrario el 4%, y comparemos con otros países. Veamos los cuadros siguientes:

Evolución y proyección del ingreso y gasto de EsSalud sin considerar el efecto de las pensiones



Otro aspecto a contemplar es que Essalud tiene inconvenientes muy serios en obtener recursos para el pago de pensiones, motivo por el cual es el Gobierno quien debe resolver el problema pensionario en su totalidad. El cuadro siguiente describe la situación de Essalud sin considerar el efecto de las pensiones:

En 1998 cuando se debatió la creación de Essalud la capacidad de atención de la institución bordeaba el 37% cuando el estándar internacional es de 80% proponiéndose que el año 2000 llegue al 60%, situación que hoy lamentamos comprobar que las gestiones siguen quedándose en buenas intenciones, agravándose más con el hecho que las prestaciones de salud cada vez incorporan más tecnología, los aportantes son cada vez menos con relación al número de asegurados y los tipos de siniestros de salud son cada vez más complejos, los cuales conllevan tal como expresamos anteriormente a la necesaria y urgente adopción de acciones decisivas que permitan la subsistencia del sistema de seguridad social de salud en el país, explícitamente Essalud, y por ende beneficiar a todos los asegurados del país que anhelan un prestación oportuna, de calidad, eficiente y eficaz y no se convierta simplemente en una utopía.