

**196**

**REFORMA DE LA SEGURIDAD  
SOCIAL EN SALUD EN EL PERÚ: UN  
ANÁLISIS COMPARATIVO**

**Luis García Núñez**

**Julio, 2001**

DOCUMENTO DE TRABAJO 196  
<http://www.pucp.edu.pe/economia/pdf/DDD196.pdf>

# **REFORMA EN LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL PERÚ: UN ANÁLISIS COMPARATIVO**

Luis García Nuñez

## **RESUMEN**

El presente trabajo tiene como objetivo difundir los aspectos más importantes de la reforma de la seguridad social en salud peruana, discutiendo las principales ventajas y desventajas de esta experiencia en comparación con la experiencia chilena, la más antigua de la región. La discusión se concentra en aspectos tales como la equidad del sistema, la solidaridad, la libertad de elección, la participación del sector privado y la separación de funciones entre provisión y financiamiento. Se presentan algunas estadísticas recientes que refuerzan las afirmaciones. De la discusión se concluye que la experiencia peruana aventaja a la chilena en aspectos como la equidad y la solidaridad del sistema, pero tiene desventaja en cuanto a la cobertura de la población con algún tipo de seguro, en la libertad de escoger el servicio, y en el avance de la separación de funciones mencionada. Finalmente se sugieren algunos aspectos que se deberían mejorar de la reforma peruana y algunas líneas de investigación futura.

## **ABSTRACT**

The objective of this paper is to show the most important aspects of the Peruvian Health System Reform, discussing its advantages and disadvantages in comparison to the Chilean Health Reform, the earliest in the region. The discussion focuses on some aspects such as equity of the system, solidarity, freedom of choice, participation of private enterprises in the sector, and separation of functions of provision and financing of the services. Some recent statistics that reinforce the statements of the paper are shown. We conclude from the discussion that the Peruvian experience performs better in equity and solidarity of the system than the Chilean case, but it is worse in offering coverage to the population, the freedom of choice and the separation of the functions mentioned above. Finally, we make some recommendations for the improvement of the Peruvian System and suggest some topics for further research.

# REFORMA EN LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL PERÚ: UN ANÁLISIS COMPARATIVO

Luis García Nuñez\*

## 1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud en Latinoamérica han sufrido en los últimos años profundas reformas en búsqueda de mejorar la eficiencia y equidad. La experiencia más antigua corresponde a Chile, la cuál además de desarrollarse con algunos contratiempos, no ha logrado los objetivos que se había planteado. Por su parte, en el Perú también se aplicó recientemente una reforma, la cual ha tenido similitudes y diferencias con respecto a la reforma chilena.

El presente trabajo tiene como objetivo difundir los aspectos más importantes de ambas experiencias, y discutir las principales ventajas y desventajas de la reforma peruana en comparación con la experiencia chilena. La discusión se realizará analizando los aspectos más importantes de las reformas, tales como la equidad del sistema, la solidaridad, la libertad de elección, la participación del sector privado y la separación de funciones entre provisión y financiamiento. La discusión se complementará con algunas estadísticas recientes, haciéndose la salvedad que el sistema chileno es más antiguo que el peruano.

De la discusión se concluye que la experiencia peruana aventaja a la chilena en aspectos como son la equidad y solidaridad del sistema, pero tiene desventaja en cuanto a la cobertura de la población con algún tipo de seguro, en la libertad de escoger el servicio, y en el avance de la separación de funciones mencionada.

El trabajo tiene la siguiente estructura. En la segunda sección se presentará los principales rasgos de la reforma chilena, con algunas estadísticas y cuadros explicativos. En la tercera sección se discutirá la reforma peruana, incluyéndose información reciente acerca de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y del Seguro Social de Salud (ESSALUD). En la cuarta sección se compararán los aspectos más importantes de las dos experiencias, según el análisis propuesto. Finalmente en la sección quinta se presentarán las conclusiones y reflexiones finales.

---

\* El autor es Profesor del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

## 2. LA REFORMA DE LA SALUD EN CHILE

### 2.1 Objetivos centrales

La reforma chilena se desarrolló en el marco de un conjunto de reformas que transformaron la economía chilena en las décadas del 70 y 80. Con el inicio del régimen de Pinochet, tras los primeros años de estabilización de la economía, se propusieron un grupo de medidas que reformarían la estructura del país del sur. Dichas reformas buscaron incentivar la iniciativa privada en las actividades económicas, reduciendo la participación estatal a un nivel subsidiario, en aquellas actividades donde el sector privado no tuviese interés en participar. Sectores como el eléctrico, transportes, comunicaciones, seguridad social, educación, salud, entre otros fueron reformados.

La reforma en el sector salud chileno empezó a desarrollarse desde 1975 como un intento de aplicación de las leyes del mercado a la salud. El sector salud tradicionalmente había tenido predominio estatal, y si bien es cierto que el desempeño del sector no era tan malo en comparación con los demás países de la región, subsistían algunos problemas que provocaron su reorganización. Una serie de discusiones y oposiciones de los gremios en contra de las propuestas iniciales retrasaron la implementación e implantación de las mismas. Recién a partir de 1979 hasta 1981 se promulgaron las leyes que modificaron el sector. En años posteriores se han dado leyes complementarias a las modificaciones iniciales.

La estructura anterior a la reforma era en líneas generales la siguiente. Existían dos instituciones públicas que atendían a aproximadamente el 90% de la población<sup>1</sup>. Estas instituciones eran el Servicio Nacional Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional (SERMENA). El SNS, creado en 1952, tenía como objetivo proveer gratuitamente de atenciones médicas a los obreros y a las personas de muy bajos recursos (indigentes). Este servicio contaba con una red de hospitales y postas médicas a lo largo del país. Los recursos económicos que los financiaban provenían del tesoro público, pues las atenciones eran completamente gratuitas. Antes de la reforma, el SNS era en definitiva el más grande proveedor de servicios médicos del país. Por otro lado, el SERMENA, creado en 1968, se encargaba de las atenciones de los empleados. El SERMENA antes que un prestador de servicios era un ente administrador de fondos. A diferencia del otro servicio, los afiliados al

---

<sup>1</sup> Medina, E. (1979) "Evolución de los indicadores de salud en el período 1960-1977". En: H. Lavados Montes (ed.) *Desarrollo Social y Salud en Chile*. Corporación de Promoción

SERMENA hacían aportes mediante descuentos por planillas, los que les daba derecho a atenciones médicas. Estos afiliados tenían la posibilidad elegir libremente al profesional de la salud de su preferencia (sistema denominado “libre elección”). Inclusive podía elegir atenderse en los servicios del SNS, con los que SERMENA tenía convenio<sup>2</sup>.

Sin embargo, el sistema de salud estatista y centralizado adolecía de problemas serios en su estructura que impedía que el sector en su totalidad alcanzara los niveles deseados. Uno de estos problemas correspondía a los límites en la oferta de los servicios que provocaban congestión en los servicios públicos y baja calidad de los mismos. Otro de los problemas asociado al anterior era la total desconexión entre la capacidad de pago de las personas y los servicios prestados, principalmente en los servicios públicos gratuitos. Este problema solía generar más atenciones que las necesarias pues el costo real de la atención se reducía para el paciente. Un tercer problema era la escasa libertad de elegir el establecimiento y el médico para recibir atenciones. Este problema afectaba directamente a los usuarios del SNS pero no a los asegurados en el SERMENA quienes sí gozaban del beneficio de elegir el lugar de atención. Otros problemas mencionados en la literatura de la época son la excesiva concentración estatal en la prestación de los servicios, los escasos incentivos para ampliar la cobertura y dar mejor servicio así como la centralización tanto de la asignación de los recursos como de las decisiones administrativas. (Castañeda, 1985; Medina, 1979; Ugarte, 1979).

Debido a estos problemas y al descontento generalizado con las políticas de corte “estatista”, se planteó una reforma en el sector que incrementara la participación del mercado. Sin embargo, estos planteamientos iniciales fueron modificados luego de muchas marchas y contramarchas en la elaboración de la propuesta definitiva. La intervención de grupos de poder como el gremio médico logró que se pasara de alternativas excesivamente “privatizadoras” a modelos mixtos “público-privados” los cuales finalmente fueron aplicados. Estos modelos mixtos se basan principalmente en la participación del sector privado complementada con la participación –importante en la práctica– del Estado en forma subsidiaria.

---

Universitaria, 1979.

<sup>2</sup> Racinski, D. (1983) “Reformas al sector salud: diálogos y debates”. Colección Estudios CIEPLAN N° 10. Junio de 1983, pp 5 – 44. Estudio N° 70.

Otro de los objetivos centrales de la reforma fue incrementar la eficiencia con la participación del sector privado en el sector. Se criticaba que el Estado no era eficiente porque no tenía los incentivos para serlo. En cambio, se pensó que una mayor participación privada – la cual había sido muy pequeña hasta entonces– en un mercado competitivo mejoraría la asignación de los recursos logrando así un uso eficiente de los mismos, y mejoraría la calidad de las atenciones para los pacientes (ya no estarían amarradas a una entidad pública con baja calidad en su atención sino que podrían elegir libremente a los profesionales médicos de su preferencia). Esta participación privada se llevaría a cabo en los dos niveles mencionados, el mercado de seguros y en el mercado de las atenciones de salud. De esta manera uno de los objetivos era promover el desarrollo de empresas aseguradoras de salud así como de la ampliación de la oferta privada de servicios médicos. Como un complemento de la participación privada se redefinió la participación del Estado en el sector. Esta se tenía que limitar a un nivel subsidiario, ocupándose solamente de atender a aquellos sectores de la población de muy bajos ingresos los cuales pudieran ser dejados de lado por el sector privado. Dicha participación también se debía dar en los dos niveles señalados: provisión y financiamiento de los servicios.

## 2.2 Las principales medidas tomadas

Las medidas tomadas en líneas generales fueron dos: la reorganización del sistema público de salud y la creación del sistema ISAPRE.

La reforma del sector público de salud comprendió una serie de medidas que separaron las funciones de provisión y financiamiento. Esta separación se consiguió con la creación en 1980 del ente financiero del sistema, el Fondo Nacional de Salud (FONASA); y con la reorganización del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). El FONASA se convirtió en la entidad encargada de recaudar fondos mediante los aportes obligatorios de sus afiliados (obreros y empleados), además de recibir contribuciones del Estado. En teoría es un ente administrador de recursos económicos, el cual debería financiar las atenciones de salud que reciben sus afiliados. Por otro lado, los Servicios de Salud reemplazaron al SNS convirtiéndose en entidades descentralizadas encargadas de prestar atenciones de salud a los beneficiarios del sistema FONASA.

La segunda gran medida se efectuó en 1981 con la creación del Sistema de Instituciones de Salud Previsional (Sistema ISAPRE), el cual está en permanente corrección. Este sistema consiste en un conjunto de empresas aseguradoras dedicadas exclusivamente al tema salud. Todos los trabajadores dependientes están obligados a cotizar en el sistema, en la ISAPRE de su elección, la cual ofrece planes de salud a sus afiliados y está en libertad de contratar a los prestadores de los servicios. La reforma estableció que las ISAPRE realizarían preferentemente contratos con prestadores privados, lo cual incentivó notablemente la expansión de la oferta hospitalaria privada en Chile. Asimismo, las autoridades buscaban que la competencia entre las ISAPRE por los clientes mejoraría la calidad de las atenciones y ofrecería planes de salud en condiciones ventajosas para las personas. Finalmente con el fin de velar por los intereses de los afiliados se creó una entidad reguladora del sistema, la Superintendencia de ISAPRE.

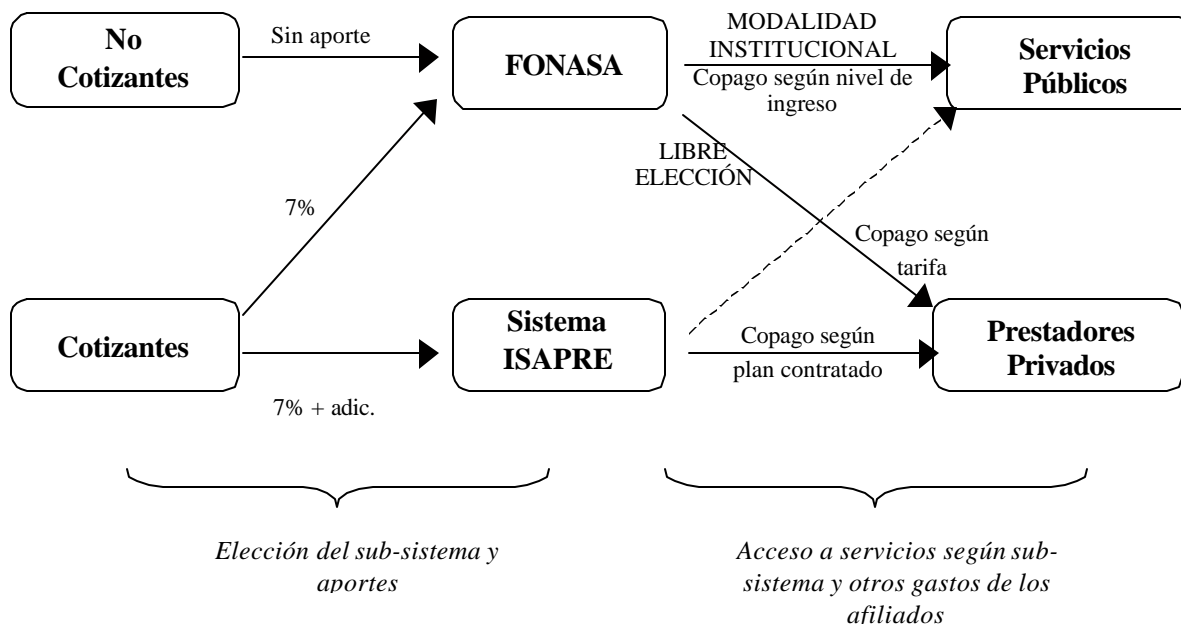
### 2.3 Estructura del sistema reformado en Chile

La reforma estableció nuevos flujos de dinero como de servicios, tanto en el mercado de atenciones médicas como en el mercado de seguros de salud. En el sistema chileno, los empleados y obreros están en la obligación de escoger entre el sistema ISAPRE o el FONASA. El hecho de elegir uno de ellos determina ciertas obligaciones y derechos a los afiliados, y les permite acceder a servicios de salud públicos o privados. El Gráfico N°1 muestra la estructura del sector desde el punto de vista de los aportes al sistema por parte de los afiliados.

En el lado izquierdo del Gráfico N°1 se observa la elección del sistema, público o privado, realizada por los individuos. Existen dos tipos de personas, los que cotizan al sistema (obrerros, empleados, independientes) y los que no cotizan (desempleados, indigentes). En primer lugar, los no cotizantes están los indigentes quienes no aportan al sistema pero reciben los beneficios del sistema público en un régimen especial. Por su parte los cotizantes están en la capacidad de elegir uno de los dos sistemas. En cada caso el aporte mínimo es del 7% de la remuneración básica, lo cual les da derecho a recibir atenciones de salud. En caso de escoger el sistema público, existen dos modalidades de atención: la Modalidad Institucional y la Libre Elección. Cuando un asegurado en FONASA escoge la Modalidad Institucional, obtiene el derecho de atenderse en los servicios públicos del SNSS y en los servicios municipales, debiendo en cada caso pagar un copago según sus niveles de ingreso (niveles A, B, C, D).

Mientras mayor es el nivel de ingreso, mayor es el copago, pero las atenciones recibidas son las mismas que cualquier otro afiliado al FONASA. Por otro lado, si elige la modalidad de Libre Elección, el asegurado puede atenderse en cualquier prestador privado con los que FONASA tenga convenio. FONASA corre con los gastos de la atención excepto lo que tenga que pagar el afiliado como copago.

**GRAFICO N°1**  
**SISTEMA DE SEGUROS DE SALUD EN CHILE**



Fuente: Adaptación propia de Soto y García (1999), y Aedo y Larrañaga (1994)

Cuando un individuo escoge el sistema ISAPRE, debe elegir una de las ISAPRE autorizadas. Existen en la actualidad dos tipos de ISAPRE, la “abiertas” y las “cerradas”<sup>3</sup>. Las primeras son entidades abiertas a cualquier persona que desee contratar un seguro de salud en ellas, mientras que las segundas son ISAPRE que atienden a empleados de empresas grandes las cuales crean su propia ISAPRE. Cuando se elige una ISAPRE, el aporte a ella es como mínimo el 7% de la remuneración básica, aunque podría ser más dependiendo del plan que haya escogido el afiliado. Las atenciones recibidas corresponden a instituciones privadas encargadas de brindar atenciones de salud. Por ley se estableció que las ISAPRE debían realizar convenios con entidades privadas con el fin de incentivar la inversión en infraestructura de salud. Adicionalmente, el afiliado a una ISAPRE no pierde el derecho a recibir atenciones en el sistema público, donde puede presentarse y pagar por el servicio



(subsidiado) según su nivel de ingreso. Este acceso a los servicios públicos es de hecho y se representa en el gráfico como la flecha punteada.

#### 2.4 Evaluación del Sistema Chileno<sup>4</sup>

El sistema chileno reformado presenta deficiencias tanto en el sistema público como en el privado. En el sistema público persisten antiguos problemas unidos a nuevos problemas derivados de la nueva estructura y de su coexistencia con el sistema privado. Por su parte en el sistema privado existen problemas derivados de los problemas típicos de la falta de información en los mercados de seguros y de servicios de salud.

En la actualidad el subsistema público chileno atiende aproximadamente al 70% de la población, a pesar que uno de los objetivos de la reforma era conseguir que el Estado tuviera un rol subsidiario en la prestación de servicios de salud, mientras que la mayor parte de las atenciones fueran brindada por el sector privado. Evidentemente, tras 20 años de la aplicación de la reforma este objetivo no se ha cumplido. Adicionalmente, los ingresos reales de la población se han incrementado en forma sostenida en las últimas dos décadas, pero esto no ha sido suficiente para evitar que la expansión del sistema privado llegó a su “techo” sin existir indicios de que la situación vaya a cambiar.

Existe evidencia de que los problemas de congestión en los servicios públicos aún continúan. Numerosas quejas aparecidas en los diarios chilenos así como testimonios de profesionales de la salud revelan que es difícil para las personas lograr atención médica con la prontitud requerida. Esto demuestra una no muy buena calidad de la atención en estos servicios, la cual es inferior a la recibida en los servicios privados.

Existen también problemas de financiamiento en el sector público. En primer lugar existe un marcado sesgo de los cotizantes al FONASA a pertenecer a aquellos grupos de bajos ingresos. Pese a que los servicios privados de hecho son mejores, también son más costosos. Esto implica que las personas que accedan a estos servicios deberían contratar planes de salud con primas grandes, las cuales pueden ser cubiertas con ingresos altos y/o con cotizaciones

---

<sup>3</sup> En 1997 existían unas 31 Isapres, de las cuales 20 eran “abiertas” y 11 eran “cerradas”.

<sup>4</sup> Un análisis más detallado de esta sección puede encontrarse en García, Luis y Raimundo Soto (1999): “Reforma Institucional en el sector salud chileno”. Mimeo, Departamento de Economía. Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile.

adicionales al 7%. Por tal motivo las poblaciones de bajos ingresos y algunos de medianos ingresos, incapaces de cubrir tales primas, prefieren el sistema público sacrificando calidad pero obteniendo atenciones menos costosas. En segundo lugar, existe también un marcado sesgo de personas de alto riesgo de contraer enfermedades (con grandes gastos de recuperación) a atenderse finalmente en el sistema público. Esto se debe a que las primas requeridas en el sistema privado son muy altas y por ende prefieren el sistema público, y también porque algunos cotizantes al sistema ISAPRE cubren las enfermedades no cubiertas por sus planes de salud en el sistema público, al cual no cotizan. Las consecuencias de este problema financiero son una baja calidad en las atenciones y agravan los problemas de congestión.

Un hecho sobresaliente del sistema es que exista un marcado sesgo por parte de las ISAPRE a afiliarse principalmente a personas jóvenes y de sexo masculino, el cual puede deberse a los fuertes incentivos que existen para practicar la selección de riesgo. Además pese a que existen prohibiciones explícitas a esta práctica, en la realidad el problema persiste porque es muy difícil de controlar. Debido a la gran diversidad de contratos de salud, cada uno con muchas cláusulas y excepciones, dependiendo de los afiliados, y debido a la gran cantidad de “letra pequeña”, los contratos de seguros son muy difíciles de evaluar, comparar y controlar. Esto dificulta la detección de casos de selección de riesgos en el mercado, fenómeno también conocido como “descreme”. Como complemento a este problema, Díaz et al (1995)<sup>5</sup> existe numerosa evidencia respecto a una baja cobertura de enfermedades “catastróficas”<sup>6</sup>.

Existen otros problemas que afectan al afiliado conforme envejece. Puesto que es natural que los riesgos de contraer enfermedades costosas aumentan conforme avanza la edad del asegurado, este se ve seriamente perjudicado en su capacidad de elegir alguna otra ISAPRE pues ninguna lo aceptaría a no ser que pague primas mayores, o que acepte que le impongan numerosas restricciones. Inclusive su misma ISAPRE está en la capacidad real de excluir a un afiliado que no le resulte rentable mediante la elevación de las primas. Por tal motivo, la prohibición a la exclusión queda en letra muerta.

---

<sup>5</sup> Díaz, Carlos Antonio; Ricardo Gazitúa, Arístides Torche y Salvador Valdés (1995): “Cobertura de enfermedades catastróficas para los cotizantes del sistema de Isapre”. Instituto de Economía-Pontificia Universidad Católica de Chile. Informe preparado para la Superintendencia de ISAPRE. Diciembre 1995.

<sup>6</sup> Son aquellas enfermedades cuyo costo de recuperación es tan alto que pone en riesgo la estabilidad económica de la familia.

Hay un problema con las funciones que desempeña el FONASA que es pocas veces mencionado, y es que dicha institución no se comporta como un “seguro”; esto significa que no está en la capacidad de buscar las mejores alternativas para la atención de sus asegurados (ya sean públicas o privadas) sino que simplemente se convierte en un intermediario entre las personas y los establecimientos públicos. Solamente en la modalidad de Libre Elección el FONASA establece convenios con prestadores privados, pero esta modalidad es minoritaria (apenas un 15% del total de afiliados está en la modalidad de libre elección). En los demás casos se limita a trasladar los recursos a las entidades del SNSS, casi sin poder exigir algún tipo de rendimiento y/o calidad de las atenciones, y sin capacidad de escoger a otro proveedor si los servicios recibidos no son satisfactorios<sup>7</sup> (Oyarzo; 1994, 1997).

Un problema nuevo propio del sistema reformado es el incremento progresivo de los costos de las atenciones, la cual tiene su origen en varios motivos. Uno de ellos son los incentivos existentes a la sobrefacturación. Debido a que las compañías de seguros cubren los costos de las atenciones y las clínicas tienen a su discreción la cantidad de atenciones que perciba el paciente, existe un problema de Riesgo Moral, pues las clínicas pueden estar dando más atenciones de las realmente requeridas. Fischer y Serra (1996)<sup>8</sup> presentan un ejemplo que resulta muy ilustrativo: en el sistema privado un 60% de los nacimientos se realizan con cesáreas, mientras que en el sistema público esta cifra sólo llega al 25%. Otro motivo del incremento en los costos es la excesiva especialización, la cual implica una continua inversión en tecnología de punta, algunas veces innecesaria pero muy costosa. En tercer lugar el poco poder monopsonico de las ISAPRES en el mercado de insumos incrementa los costos de los mismos.

Es evidente entonces que el sistema chileno, la experiencia más antigua de seguros privados de salud obligatorios, presenta una gran cantidad de deficiencias las cuales se derivan de la estructura del sistema. La persistente congestión de los servicios públicos, el acceso restringido de los servicios privados a las grandes mayorías, los problemas de discriminación que terminan en demandantes residuales al sistema público, los problemas financieros del

---

<sup>7</sup> Oyarzo, César (1994): “La mezcla público-privada: una reforma pendiente en el sector salud” *Estudios Públicos*. vol. 55. (Invierno). pp.143-170.

Oyarzo, César (1997): “¿Hacia una mejor atención de salud? eliminación del subsidio del 2% a las Isapre” *Mensaje*. Nº 460 (julio) pp. 7-10.

<sup>8</sup> Fischer, Ronald D. y Pablo Serra (1996): “Análisis económico del sistema de seguros de salud en Chile” *Revista de Análisis Económico*, vol. 11, Nº 2, (Noviembre) pp. 187-217.

sistema públicos y la escalada de costos en el sistema privado; demuestran que el sistema no funciona bien y que requiere reformas profundas.

### **3. LA REFORMA DE LA SALUD EN EL PERÚ**

Tras la experiencia chilena de los 80, en los 90s se han experimentado una serie de reformas en los demás países de América, las cuales son versiones mejoradas de la experiencia chilena. En el caso peruano, dicha reforma presenta ciertas ventajas sobre su par chilena, pero posee algunas deficiencias en su estructura las cuales hacen previsible algunos comportamientos no deseados, los cuales serán visibles en algunos años.

#### **3.1 El marco legal y los objetivos centrales**

La reforma del sector empezó con la promulgación de la ley N° 26842 “Ley General de Salud”, ley N° 26790 “Ley de Modernización de la Seguridad Social” y el decreto supremo D.S. N° 009-97-SA. La ley General de Salud señala en lo concerniente a los derechos de las personas en cuanto al sistema previsional de salud que “toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia”. Por otro lado la ley N° 26790 y su reglamento sentaron las bases de la estructura de seguridad social en salud. Estas leyes definen un régimen dual sobre la base de dos regímenes paralelos. Se define el Régimen Estatal y el Régimen Contributivo de la Seguridad Social. El primero de ellos, a cargo del Ministerio de Salud, tiene como objetivo principal de otorgar atención integral a la población de escasos recursos, el cual se financia mediante contribuciones del Tesoro Público. El segundo quedó constituido por el Seguro Social de Salud (ESSALUD) y se complementa con la Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

Posteriormente con la Ley N° 27056 “Ley de Creación del Seguro Social de Salud” se concreta el marco legal del sector. Según esta ley se redefinen las funciones del Instituto Peruano de Seguridad Social (hoy ESSALUD) dándosele un margen más amplio para contratar servicios y ofrecer nuevos seguros, con una mayor flexibilidad que en el pasado.

Los objetivos principales de estas reformas que pueden deducirse de las normas son los siguientes:

- *La descongestión de los servicios de Essalud.* Debido a que se permite que los trabajadores dependientes puedan escoger entre continuar con Essalud o escoger una EPS de su elección, se espera una reducción en los pacientes que buscaban los servicios del ex-IPSS, quienes se atenderían en los servicios contratados por las EPS.
- *La promoción de la inversión privada y mejoras en la eficiencia.* El régimen de EPS da un marco legal para la inversión privada en Salud, tanto en infraestructura de atenciones médicas como en empresas aseguradoras dedicadas al ramo de los seguros de salud. El hecho que se exija a las EPS una oferta propia y la libertad de contratar con oferta de terceros (privada) incentiva la inversión en el sector. Esta mayor participación privada debiera –al menos en teoría- significar una mejor asignación de los recursos, a diferencia del MINSA o el antiguo IPSS, entidades públicas muy grandes sin incentivos a la eficiencia. Asimismo, con la alternativa de escoger entre una EPS o ESSALUD se elimina la duplicidad de aseguramiento, practica bastante frecuente en el sistema anterior donde algunas personas que aportaban al ex-IPSS a su vez aportaban a seguros privados, y utilizaban los servicios asociados a estos últimos.
- *La expansión de la seguridad social en general (ESSALUD y EPS) a sectores no cubiertos.* El hecho que se permita una mayor flexibilidad de ESSALUD para ofrecer nuevas alternativas de aseguramiento a los sectores no dependientes<sup>9</sup> e informales expande al total de población cubierta. Las EPS también tienen la potestad de expandirse a estos sectores, aunque como veremos más adelante, con menor motivación y en desventaja con respecto a ESSALUD.
- *Mejora en la calidad de los servicios por medio de la competitividad.* En la teoría económica se acepta que la competitividad de las empresas que compiten por calidad y precio de sus productos da como resultado productos de buena calidad y/o bajo precio al

---

<sup>9</sup> En el Perú, los trabajadores independientes o de “cuarta categoría” corresponden un gran porcentaje del total de la fuerza laboral empleada. Según el Censo de Población y Vivienda de 1993, el 35% de la población ocupada correspondía a trabajadores independientes, el 20.1% a obreros, el 25.1% a empleados, el 9.9% a familiares son remunerados, el 3.5% a trabajadores del hogar y el 2.5% a empleadores.

alcance de los clientes. En este caso, la ley permite la entrada de entidades quienes pueden competir a través de menores primas o con mejores servicios a los asegurados. Lo mismo, ocurre con ESSALUD quien ahora tendría a nuevos competidores y que provocaría que esta entidad mejore la calidad de sus servicios<sup>10</sup>.

Si se cumplen estos objetivos, lo que se tendría es un incremento en la población cubierta, la cual significaría una mejora en el bienestar y la calidad de vida de los peruanos. Esto último se logra al quedar libres del riesgo financiero que significa sufrir alguna enfermedad y además de recibir atenciones médicas con calidad y prontitud.

Como complemento a las leyes anteriores, la Ley N° 26790 crea la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) como ente regulador y cuyo reglamento se establece en el D.S. N° 006-97-SA. Entre las principales funciones de la SEPS según la ley mencionada están:

- (a) Autorizar y reglamentar el funcionamiento y actividades de la EPS, como son los procedimientos de afiliación y contratación con los afiliados y la entidades empleadoras, información de la EPS a los afiliados, etc.
- (b) Define y verifica los requisitos de solvencia e infraestructura propia de las EPS, y la información financiera de dichas entidades.
- (c) Registrar y supervisar los planes ofrecidos por las EPS.
- (d) Regular y supervisar a los proveedores de servicios de salud contratados por las EPS.
- (e) Imponer sanciones a la EPS si sus actividades no se ajustan a la legalidad.
- (f) Establecer mecanismos de arbitraje y otras modalidades de solución directa a los conflictos entre los usuarios y la EPS, las EPS y ESSALUD u otros proveedores.

---

<sup>10</sup> Dentro de los acuerdos de Gestión de 1999 realizados por ESSALUD y la Oficina de Instituciones y Organismos del Estado OIOE (hoy FONAFE) del Ministerio de Economía, uno de los compromisos más destacados era justamente la mejora de la calidad de los servicios.

### 3.2 Estructura y funcionamiento del sector salud peruano post-reforma

La estructura del sistema de seguros de salud peruano se representa en el Gráfico N°2. En este gráfico se observan tres grandes grupos de individuos<sup>11</sup>, de los cuales el primero de ellos corresponde al grupo no cubierto o no asegurado. Este grupo de personas no posee un seguro de salud, ni de ESSALUD ni privado<sup>12</sup>. Cuando algún miembro de este grupo padece alguna dolencia, enfermedad o mal y necesita atención médica, acude a un establecimiento de salud, el cual puede ser de diversa naturaleza. Usualmente las personas de bajos ingresos se atienden en los establecimientos del Ministerio de Salud, en las Areas de Salud municipales o simplemente buscan atención no profesional (farmacéutico, curandero, otros); mientras tanto, las personas de mayor capacidad económica pueden atenderse en consultorios o clínicas particulares corriendo con todos los gastos por las atenciones recibidas. Este gran grupo de personas es la población no-protegida pues no cuenta con ningún tipo de seguro.

El segundo grupo corresponde a aquellas personas quienes tienen una relación de dependencia con sus empleadores y quienes por ley deben aportar a la Seguridad Social en Salud. Estas personas, por medio de decisiones colectivas tomadas al interior de la empresa, tienen la opción de permanecer íntegramente afiliados a ESSALUD o entrar en un régimen compartido entre ESSALUD y alguna EPS de su elección. En el caso que se escoja la primera opción, el aporte es del 9% de los ingresos del afiliado los cuales les dan derecho a recibir atenciones sin límites de la red de establecimientos que ESSALUD tiene a nivel nacional y sin costo adicional para los asegurados. Por otro lado, si escoge la segunda opción deberá aportar el 25% del 9% del aporte a una EPS lo cual le da derecho a recibir atenciones por un grupo de enfermedades de bajo costo y alta probabilidad de ocurrencia, llamada “Capa Simple”. El restante 75% del 9% es aportado a ESSALUD con lo cual el asegurado obtiene el derecho a recibir atenciones por aquellas enfermedades y dolencias de muy alto costo pero baja probabilidad de ocurrencia (“Capa Compleja”)<sup>13</sup>. Para las atenciones cubiertas por las EPS, es

---

<sup>11</sup> Según las encuestas de niveles de vida de 1997, el 76.5% corresponde al grupo “no asegurado”, el 23.5% corresponde a “asegurados” (ESSALUD, ESSALUD-Privado, Privado y FFAA). Cf. Petrerá, M. y Luis Cordero (1999) “El aseguramiento público en salud y la elección del proveedor”. En Webb, Richard (Ed) *Pobreza y Economía Social, Análisis de una encuesta*. Lima: Instituto Cuanto, 1999.

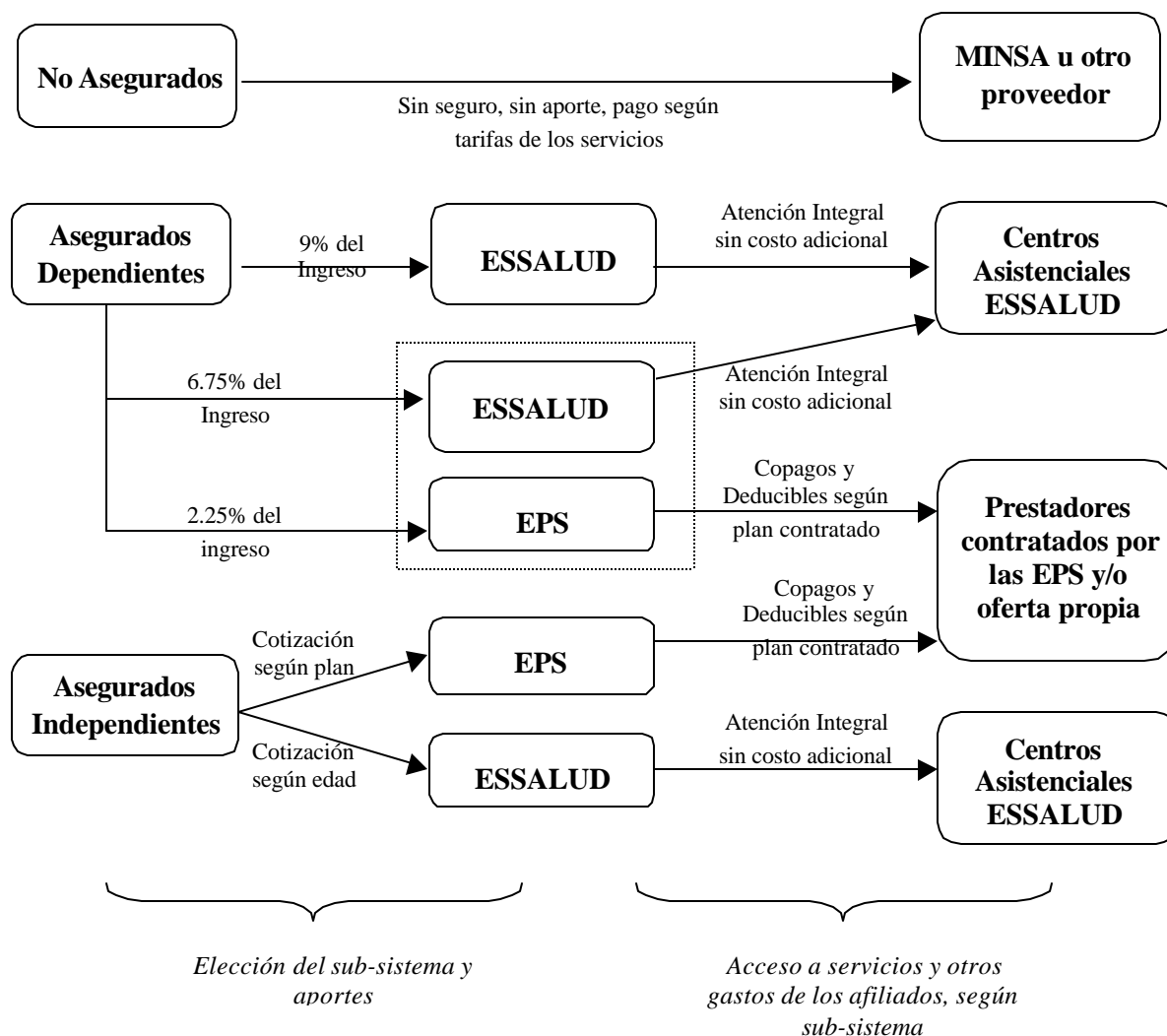
<sup>12</sup> En realidad existen más alternativas como son los seguros de la sanidad de las fuerzas armadas y policiales, pero su participación en el total es mínima.

<sup>13</sup> Cabe resaltar que la ley establece que las EPS están en la obligación de ofrecer un Plan Mínimo de atención, el cual incluye a la Capa Simple y a algunas enfermedades de la Capa Compleja.

usual que se cobren deducibles y copagos por los servicios. Para aquellas cubiertas por ESSALUD, éstas se realizan sin que el asegurado deba pagar nada más.

El tercer grupo del Gráfico N°2 corresponde a aquellos asegurados que no tienen una relación laboral de dependencia. Estos asegurados tienen la opción de afiliarse a una EPS o a ESSALUD, escogiendo alguno de los planes de seguros para los independientes, que estas instituciones ofrecen. En el caso de las EPS, las atenciones recibidas corresponden al plan contratado y, como en todo seguro, son proporcionales a las primas cobradas. Dichas atenciones se realizan en consultorios de clínicas particulares con quienes las EPS tienen convenios. Asimismo, las EPS están en capacidad de establecer deducibles y copagos por las atenciones prestadas, así como exclusiones y pre-existencias.

**GRAFICO N°2**  
**SISTEMA DE SEGUROS DE SALUD EN EL PERU**



Fuente: García (1999b); Carbajal y Franke (2000)



En el caso de ESSALUD, esta institución ha creado recientemente seguros orientados a las personas que realizan labores en forma independiente. El cobro por este seguro es en cantidades fijas y varía básicamente con la edad del asegurado y con el número de derechohabientes.

En resumen, las posibilidades de atenciones y los gastos efectivamente realizados por las personas dependen de su régimen laboral como de la modalidad de seguro que sea escogido.

### 3.3 Primeros resultados del sistema reformado

El sistema reformado empezó a funcionar a fines de 1998 con la autorización de funcionamiento de las primeras EPS y comienzos de 1999 con la creación de ESSALUD. En esta sección presentaremos algunas estadísticas del sector en los dos últimos años que muestren cual ha sido el desempeño post-reforma.

En el caso del subsistema EPS, en 1998 se autorizó el funcionamiento de tres EPS: Rimac Internacional EPS, Santa Cruz EPS y Novasalud EPS. En octubre de 1999 se unió a ellas la empresa Pacíficosalud EPS. Posteriormente en Junio del 2000 Rimac Internacional EPS absorbió a Santa Cruz EPS, por lo que en la actualidad solamente operan tres EPS.

Respecto al número de personas afiliadas a las EPS y los asegurados, a Diciembre del 2000 se observa un comportamiento muy diferente según el tipo de seguro. En el rubro de seguros regulares, el número de afiliados y asegurados regulares<sup>14</sup> había tenido un crecimiento importante, cosa que no se observa en los asegurados potestativos<sup>15</sup>. El Cuadro N° 1 muestra a los afiliados por EPS a Diciembre del 2000.

En este cuadro se observa que las tres EPS que funcionaban a Diciembre del 2000, en total se tenía a 89,097 afiliados regulares y 240,084 asegurados regulares, es decir un promedio de 2.69 asegurados por afiliado. En el caso de los asegurados potestativos no se observa a ningún asegurado de este tipo en dos EPS y sólo 617 aseguraods en Novasalud EPS.

---

<sup>14</sup> Conformado por los trabajadores que laboran en relación de dependencia y sus derechohabientes.

<sup>15</sup> Todos aquellos que no son regulares entran en la categoría de potestativos.

Cabe resaltar que en años anteriores tampoco se ha observado grandes cantidades de asegurados potestativos.

**Cuadro N° 1**  
**Afiliados y asegurados por tipo de seguro – Diciembre 2000**

EPS	Regulares		Potestativos	Seguro Complementario Trabajo de Riesgo	Total asegurados* (A+B+C)
	Afiliados	Asegurados (A)	Asegurados (B)	Asegurados (C)	
<b>Rimac Internacional</b>	31,023	83,751	0	63,979	147,730
<b>Novasalud</b>	32,211	88,706	617	14,217	103,540
<b>Pacificosalud</b>	25,863	67,627	0	7,033	74,660
<b>TOTAL</b>	89,097	240,084	617	85,229	325,313

Fuente: Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud

\* Algunos trabajadores pueden tener un seguro regular y uno de trabajo de riesgo, por lo que el total presentado por SEPS podría estar contabilizándolos dos veces.

Otro aspecto interesante que se puede destacar es el promedio de afiliados por centro de trabajo, el cual se observa en el cuadro N° 2 con cifras de Diciembre de 1999 (no hay reportes equivalentes para el año 2000).

**Cuadro N° 2**  
**Afiliados Regulares por Centro de Trabajo y EPS – Diciembre 1999**

EPS	Regulares		
	Centros de Trabajo	Afiliados	Afiliados/Centro
Rimac Internacional	95	13,663	143.8
Santa Cruz	16	4,083	255.2
Novasalud	113	13,936	123.3
Pacificosalud	56	9,118	162.8

Fuente: Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud

Si se observa la columna “Afiliados/Centro” del Cuadro N° 2 se puede notar que el promedio de afiliados por centro de trabajo que suscribió contrato con alguna EPS. Estos

promedios se ubican en el rango de 123 a 255 trabajadores lo que demostraría que las empresas que han suscrito estos convenios son empresas de tamaño mediano a grande.

En el caso de ESSALUD, la aparición de nuevos seguros dentro de la oferta de productos ha sido un elemento destacable. Como puede observarse en el Cuadro N° 3, el Seguro Independiente apareció con gran dinamismo durante 1999 y el año 2000. Posteriormente se creó el Seguro Essalud Personal y Familiar, más barato y con mayores ventajas que el Independiente, con el fin de reemplazar al anterior. Aquí también, a diferencia del caso de las EPS, estos seguros potestativos han evidenciado un desarrollo importante en el Seguro Social de Salud. A diciembre del 2000, estos seguros alcanzaban a unos 250,000 beneficiarios.

**Cuadro N° 3**  
**Población asegurada de ESSALUD en los nuevos seguros – Diciembre 2000**

<b>Nuevos Seguros</b>	<b>Número de asegurados</b>
Asegurados Independientes	22,476
Asegurados Universitarios	106,232
Essalud Personal y Familiar	128,308

Fuente: ESSALUD

Paralelamente ESSALUD ha ofrecido otros seguros como el seguro Universitario orientado a asegurar a la población universitaria, principalmente a los estudiantes de universidades públicas. Este nuevo seguro ha tenido un desarrollo importante al asegurar a 106,232 personas a Diciembre del 2000.

En el caso de los servicios de ESSALUD y la calidad de los mismos, durante 1999 se firmó un convenio de Gestión con la Oficina de Instituciones y Organismos del Estado – OIOE (hoy FONAFE), del Ministerio de Economía. Dicho convenio estableció metas ambiciosas en cuanto al incremento en los servicios ofrecidos por ESSALUD y el diseño de un plan de mejora de la calidad. Entre los indicadores del convenio destacaron el crecimiento de las consultas médicas y el ratio de atenciones médicas por asegurado, cuyas eran respectivamente de 10'600,000 consultas médicas (crecimiento del 11.24% con respecto al años anterior), y un ratio de 3.5 atenciones médicas por asegurado. Estas metas se cumplieron

largamente en 1999. También se fijó una meta de desarrollo de un plan de calidad, lo que demuestra la preocupación de la institución por mejorar la calidad de los servicios.

Este comportamiento de ESSALUD en la post-reforma es una clara señal del cambio de actitud de dicha institución ante el nuevo marco y la presencia de las competidoras EPS<sup>16</sup> sobre todo en lo que se refiere a los asegurados regulares quienes son los que optan por cambiar a una EPS. En cambio en los seguros potestativos ESSALUD parece no tener competencia con las EPS.

#### 4. COMPARACIONES ENTRE LAS DOS EXPERIENCIAS<sup>17</sup>

Habiendo revisado brevemente ambas experiencias, éstas pueden ser comparadas desde los puntos de vista de la equidad, solidaridad, libertad de elección, y la separación de funciones entre provisión y financiamiento. Antes de iniciar esta comparación, cabe resaltar que pese a que el sistema peruano aun mucho más joven que el chileno, las tendencias que ha tomado permiten tener algunas conclusiones preliminares a considerar.

##### ◆ *Equidad*

Respecto a la equidad, un sistema es equitativo si existen las condiciones para que todas las personas integrantes del sistema tengan acceso a los servicios que necesitan, sin que existan diferencias notables entre los beneficios recibidos, así como las contribuciones respectivas. En el caso chileno, numerosos estudios (Oyarzo, 1994; Díaz et al, 1995; Fisher y Serra, 1996; García, 1999a) demuestran que existen diferencias notables entre los asegurados en el sistema público o privado. En ese país, los asegurados en el sistema ISAPRE obtienen atenciones de mejor calidad que aquellos que se atienden en el sistema público. Por otro lado, existen también diferencias en la atención según los niveles de ingreso de los asegurados, pues existe un sesgo notable de las personas de mayores ingresos a estar asegurados en el sistema privado, mientras que los de bajos ingresos se aseguran principalmente en el seguro público. Asimismo hay diferencias por edad y sexo, donde los grupos más vulnerables encuentran mayores dificultades en conseguir seguros privados y en acceder a atenciones privadas de

---

<sup>16</sup> En ESSALUD(1999) “*El seguro social de salud de hoy: una mirada desde los aspectos económicos-financieros en salud*”, se discute los principales aspectos de este nuevo marco.

<sup>17</sup> Algunas de las reflexiones para el caso peruano fueron planteadas en Carbajal y García(2000).

calidad. Con todos estos considerandos, se puede concluir que el sistema chileno es inequitativo.

En el sistema peruano reformado existen también problemas de inequidad, ubicándose principalmente en el grupo de personas que actualmente no cuentan con seguros de salud, pues estos sectores están impedidos de recibir atenciones de calidad más allá de lo que les permitan sus posibilidades económicas y también según lo que el Estado pueda ofrecerles. De esta forma, se produce la desigualdad de posibilidades pues aquellas personas de altos ingresos pueden pagar atenciones privadas mientras que a las personas de muy bajos ingresos y sin seguro sólo tienen opción de atenderse en los establecimientos del MINSA. En cambio, dentro de las personas que si pertenecen a la Seguridad Social en Salud, ya sea en ESSALUD, EPS o ambos, el sistema resulta más equitativo. Se puede afirmar esto porque sus asegurados tienen la posibilidad de recibir atenciones de la “Capa Simple” y la “Capa Compleja” independientemente de sus posibilidades económicas.. Por todo ello, en el Perú si bien es cierto que la ley permite que existan ciertas desigualdades, las diferencias son menores en el acceso a las atenciones de los asegurados.

◆ *Solidaridad*

Los sistemas de salud son solidarios cuando los sectores de la población de mayores recursos económicos contribuyen con las atenciones de aquellas personas con recursos bajos. En los países con grandes porcentajes de la población debajo de la línea de pobreza, la solidaridad es difícil de aplicar o al menos se hace en forma imperfecta. En el caso de los sistemas que estamos estudiando la solidaridad puede estudiarse observando los aportes que hacen los asegurados al sistema, y analizando si dichos aportes financian las atenciones para los más necesitados.

En el caso chileno, el sistema establece que las personas escojan entre el sub-sistema público o el privado, existiendo poca conexión entre ellos. En dicha experiencia, los afiliados de mayores ingresos contribuyen al sistema privado sin que las personas de bajos ingresos se beneficien de dichos aportes. Aquellas personas que aportan al sistema privado son los únicos que pueden beneficiarse del mismo. Adicionalmente, las personas que cotizan en este sistema son beneficiarias potenciales del sistema público, al cual no contribuyen directamente. En cambio los cotizantes al sistema público tiene muy escasa posibilidad de recibir atención privada a menos que corran con los gastos respectivos. En cuanto al sistema ISAPRE, la

solidaridad virtualmente no existe pues los asegurados reciben atenciones en directa proporción a los aportes que realizan. Por esta razón, el sistema chileno es claramente poco solidario.

En el caso peruano existen mayores elementos de solidaridad que el caso chileno. En primer lugar, todos los asegurados dependientes no dejan de aportar al Seguro Social lo cual les permite tener acceso a atenciones más costosas, las cuales son financiadas por todos los asegurados. De esta forma los asegurados de bajos ingresos logran atenciones que de otra forma sería imposible de conseguir. En segundo lugar, el hecho que se establezcan planes colectivos por empresas para afiliarse a las EPS permite que la solidaridad se extienda inclusive para los asegurados en dichas entidades privadas. De esta forma, pese a que puedan existir diferencias salariales al interior de las empresas, los asegurados reciben las mismas atenciones.

◆ *Libertad de elección*

Consiste en la libertad de los asegurados para escoger al asegurador o al prestador de servicios de salud de su preferencia. En los sistemas de salud monopolizados por una sola entidad prestadora, la libertad de elección es nula mientras que en sistemas competitivos, existe un amplio margen para escoger los servicios de salud entre una diversidad de oferentes. Es importante señalar que la libertad de elección es un elemento fundamental para los mercados donde las variables calidad y precio son las decisivas en la elección del consumidor. Mientras mayor sea la libertad de elección, mayor será la posibilidad de recibir atenciones de mejor calidad y/o menores precios.

Respecto al caso chileno, existe una amplia libertad de elección aunque con ciertas limitaciones. Aquellas personas aseguradas al sistema público pueden escoger entre la “modalidad de institucional” o la de “libre elección”. En la primera sólo reciben atenciones de los prestadores públicos; en la segunda pueden escoger atenderse en prestadores privados sujetándose a los cobros adicionales que esta decisión pueda significar. Por otro lado, en el caso de los asegurados a las entidades privadas (ISAPRES), ellos disponen de amplias facilidades para recibir atenciones de prestadores privados, según los convenios establecidos por las ISAPRE. Sin embargo, la libertad de elección suele reducirse cuando las personas

envejecen o cuando sufren de enfermedades crónicas y preexistentes, lo cual limita su capacidad para elegir a una ISAPRE<sup>18</sup>.

En el caso peruano la libertad de elección es mucho más limitada que en Chile, tanto para escoger un seguro como para escoger los servicios médicos. Esta libertad de elección varía dependiendo de la modalidad de seguro que tenga la persona (sólo ESSALUD, ESSALUD-EPS, sólo EPS, o sin seguro). Para aquellas personas que no tienen seguro, la libertad de escoger al prestador de servicios depende de sus posibilidades económicas. Los de muy bajos ingresos sólo están en capacidad de atenderse en establecimientos públicos debido a sus menores tarifas. Para ellos prácticamente no se aplica este principio. Por otra parte, los asegurados regulares que se encuentran íntegramente en ESSALUD también tienen problemas de escoger a los profesionales de su elección. Esta institución obliga a sus asegurados a que se atiendan en determinados hospitales o clínicas de ESSALUD según criterios geográficos, sin capacidad de cambiar de establecimiento. Como resultado, un usuario descontento con la atención recibida no puede escoger otro prestador de servicios.

La libre elección se aplica más para aquellas personas que están aseguradas en el sistema mixto ESSALUD-EPS. Estas personas tienen la capacidad de escoger entre los diversos prestadores propios de la EPS o de terceros con los que la EPS suscribe convenios. En cambio para las atenciones de alta complejidad, existen muy pocas alternativas (de hecho sólo ESSALUD) a menos que el asegurado tenga capacidad económica de costear esas atenciones por su cuenta o con su EPS. Finalmente en el caso de los asegurados independientes, esta categoría también sufre de los problemas de falta de libertad de elección, sobre todo para escoger un seguro adecuado. Debido a que en esta categoría los seguros de salud se comportan como cualquier seguro, existen restricciones naturales originadas de las pre-existencias, de la edad y sexo del asegurado. De esta forma, para aquellas dolencias que no estén cubiertas por los seguros privados, la libertad de elegir dependerá de la capacidad económica del asegurado.

◆ Separación de Funciones de Provisión y Aseguramiento

Uno de los objetivos centrales de la reforma chilena fue la separación de funciones entre la provisión de los servicios y el financiamiento de los mismos. La diferencia de concepción del sistema como un sistema dual proveedor – financiero es de suma importancia pues se

---

<sup>18</sup> Fischer y Serra (1996), pág. 203.

distinguen dos niveles en los servicios prestados al público<sup>19</sup>. En teoría, el lado financiero del sistema se encarga únicamente de articular los costos de las atenciones con la recaudación de los recursos económicos para dichas atenciones, los cuales pueden provenir directamente de los pacientes o del Estado. La definición de este ala financiera del sistema de salud permite el desarrollo de los mercados de seguros, elemento importante para el financiamiento de atenciones médicas. Por su parte, el lado proveedor o prestador de servicios se encarga de entregar las atenciones que necesita la población. Su separación del financiamiento mejora la eficiencia de la asignación de los recursos pues los intereses particulares tanto de los proveedores como de los aseguradores no son necesariamente los mismos. La definición de la función proveedora de servicios permite la creación del mercado de servicios médicos, el cual interactúa con el mercado de seguros, lo cual mejora la eficiencia del sistema como un todo.

En el sistema chileno reformado esta división está bien definida, cosa que no ocurría en el sistema antiguo. Esta separación no existía en el sistema chileno antiguo, principalmente en el SNS donde una misma institución recibía los recursos y prestaba las atenciones. En cambio, en el sistema actual las ISAPRE y el FONASA se desenvuelven en el mercado de seguros mientras que los servicios del SNSS y las clínicas privadas lo hacen en el ámbito prestador de servicios.

En el caso peruano reformado, esta separación de funciones virtualmente no existe. Las instituciones existentes siguen desempeñando ambas funciones, tal como ocurre con el MINSA y con ESSALUD. En el caso de las EPS, ellas no solamente se limitan a vender seguros pues también están obligadas por ley a tener oferta propia. En el caso de ESSALUD, existe una división interna –pero débil– entre estas funciones, las cuales son desempeñadas por la sede central y los órganos desconcentrados ubicados en cada centro asistencial. Finalmente en el caso de la red de servicios públicos administrados por el Ministerio de Salud, estos servicios que se financian principalmente con aportes estatales no presentan en definitiva esta división de funciones.

♦ *Limites a la expansión del sector privado en la salud*

En el caso chileno, como se mencionó, uno de los objetivos de la reforma era que la mayor parte de la población tenga un seguro privado y que la participación del Estado se

---

<sup>19</sup> Véase Hsiao (1995) para una explicación detallada de los mercados de la salud de prestaciones y financiamiento.



límite a un rol subsidiario. Sin embargo con el correr de los años el sistema se estabilizó en aproximadamente el 30% de la población con seguro privado y el resto con seguro público, con un pequeño porcentaje (5%) sin seguro. Los intentos de expandir aún más el subsistema privado han fracasado, pese a que se han dado incentivos<sup>20</sup>. A fines del año 1999 el sistema ISAPRE tenía 3'323,373 beneficiarios.<sup>21</sup>

La reforma chilena también promueve la expansión del sector privado en las prestaciones de servicios de salud. Esto se consigue al establecerse que las ISAPRE sólo pueden realizar convenios con servicios médicos privados, lo cual ha tenido efecto en la mayor oferta de dichos servicios. En cambio por el lado público, el FONASA tiene restricciones para contratar servicios privados, lo cual no contribuye a la expansión de estos servicios.

En el caso peruano, el rol del sector privado en la seguridad social es complementario a las actividades del ex-IPSS, y su participación en el grupo poblacional no-asegurado es poco incentivada por la nueva reglamentación. Pese a que el sistema peruano es joven aún para asegurar si ya llegó a su nivel máximo de expansión, se puede afirmar que la reforma no ha sido ambiciosa en cuanto a la creación y expansión de un mercado de seguros de salud privados.<sup>22</sup> Después de más de dos años de creación del sistema EPS, sólo tres empresas están operando con 240,084 beneficiarios, sin considerar al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

Existe también otro límite a la expansión del sector asegurador EPS y viene de la estructura del sistema EPS, la cual favorece el aseguramiento de empleados de empresas privadas medianas y grandes. Viendo desde el punto de vista de la empresa aseguradora, la modalidad de aseguramiento vía “planes colectivos” –donde todos los asegurados reciben los mismo beneficios pero con aportes distintos– requiere un número grande de afiliados para que pueda ser viable actuarialmente<sup>23</sup>. En el Cuadro N° 2 presentado anteriormente, el promedio

---

<sup>20</sup> Uno de los más cuestionados fue el subsidio estatal del 2% del aporte a las ISAPRE, el cual se ha demostrado que es regresivo e inefectivo.

<sup>21</sup> Estadísticas del Sistema ISAPRE <http://www.isapre.cl/1999/BENEFICIARIOS.xls>

<sup>22</sup> El sistema estaría principalmente orientado a los trabajadores regulares (que reciben pagos por planilla) y a los independientes, quienes no superan el 35% de la población laboral. Véase <http://bismarck.camaralima.org.pe/revista/2273/EPS.html>.

<sup>23</sup> Si dentro de los asegurados hay uno que requiere atenciones muy costosas, estas se financian con los aportes de los demás que no están sufriendo enfermedades. Pero si hay pocos asegurados

de afiliados por centro de trabajo oscila entre 120 y 250 trabajadores, lo cual revelaría que es esa la practica de las empresas aseguradoras. Las empresas con pocos trabajadores pueden resultar en cambio poco atractivas para las EPS que ofrecen planes de salud “colectivos”. Este es un límite importante a la expansión de los seguros privados hacia empresas pequeñas y microempresas.

Por el lado de los incentivos a la expansión de los servicios médicos privados, la ley peruana señala que las Entidades Prestadoras de Salud deben ofrecer servicios propios. Estas es una forma directa de incentivar la expansión de la oferta; adicionalmente, el mismo mercado de seguros privados promueve en forma indirecta la expansión de la oferta privada. Esta expansión estará supeditada a la expansión de los seguros privados. Mientras más grande sea el mercado de seguros de salud en el Perú, mayor será la demanda por servicios médicos privados en el futuro.

El siguiente cuadro resume las principales semejanzas y diferencias de ambos modelos.

	<b>PERU</b>	<b>CHILE</b>
<b>Equidad</b>	Aun es inequitativo. Niveles de ingreso y modalidad de empleo determinan el acceso a los servicios.	Es inequitativo. Dificultad de acceso a la salud a personas de alto riesgo y bajos ingresos.
<b>Solidaridad</b>	Existen elementos de solidaridad en la seguridad social (ESSALUD) y en las EPS.	Muy poco solidario.
<b>Libertad de Elección</b>	Aun es débil, especialmente para asegurados de ESSALUD y para personas muy pobres.	Amplia libertad de elección para asegurados en el sector privado. Limitada para asegurados en el sector público.
<b>Participación Sector Privado en prestación de servicios y en aseguramiento.</b>	Es incentivada por la reforma pero enfrenta limites. Difícilmente llegará a ser mayoritaria.	Bastante amplia, mucho mayor que en el caso peruano. Coexiste con el sector público y ha enfrentado límites difíciles de superar.
<b>Separación de funciones</b>	No está bien definida.	Bien definida.

---

y uno de ellos es “costoso” para la aseguradora, ella incurrirá en pérdidas al cumplir sus obligaciones como seguro.

## 5. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

En las últimas décadas se han implementado reformas a los sistemas de salud de Perú y Chile con resultados dispares. La reforma chilena, más antigua que la peruana, se desarrolló en un contexto de reforma de la economía entera, con el objetivo de incentivar la participación del sector privado y limitar al sector público a un rol subsidiario. Esta filosofía se ubica en la idea de que el libre mercado es el mejor administrador de recursos económicos y por ellos la creación de nuevos mercados para el desarrollo de actividades económicas es de primera importancia.

Tras 20 años de aplicación de la reforma, la salud chilena presenta una serie de deficiencias las cuales no fueron previstas por los planificadores de la políticas, pero también ha tenido numerosos logros, fruto de las mayores inversiones en el sector.

En el caso peruano, la reforma es bastante joven (unos 3 años efectivos); sin embargo es posible vislumbrar algunas perspectivas de dicha reforma. En este trabajo se ha analizado el rendimiento del sector peruano en comparación con el chileno desde el punto de vista de la equidad, la solidaridad, la participación privada en el sector, la libertad de elección y la separación de las funciones de provisión y financiamiento.

Después de analizar ambas experiencias, saltan a la vista algunas ventajas y limitaciones del sistema de salud peruano con respecto al caso chileno. Este último ha tenido una mayor difusión cubriendo a una gran parte de la población, a diferencia del peruano que aun tiene cobertura limitada. También es muy superior al peruano en el aspecto de la separación de funciones entre prestación de servicios y el financiamiento de los mismos, elementos básicos para el buen funcionamiento de un sistema de salud moderno y eficiente.

En el análisis comparativo, el sistema peruano supera al chileno en aspectos como equidad y solidaridad, pero tiene su “talón de Aquiles” en la escasa perspectiva de incorporar a grandes sectores poblacionales a la seguridad social en salud (ESSALUD o EPS). La existencia de importantes sectores en el ámbito informal donde prima la no-obligatoriedad de tener un seguro médico, el bajo poder adquisitivo de la población, y lo “poco atractivo” que pueden resultar las empresas pequeñas y microempresas para las EPS hacen que sea difícil que el sector no cubierto tenga algún seguro de salud.

Una propuesta que intente mejorar el sistema peruano debe partir de la idea de incorporar al sector no asegurado dentro del sector cubierto por un seguro de salud. Consideramos que no basta con proponer una expansión del Régimen Estatal a través de los establecimientos del MINSA. El rol del Estado debería limitarse a aquellas actividades donde el sector privado no tiene interés en participar, de tal forma que se garantice atenciones adecuadas a toda la población. Hay actividades en salud que pueden ser realizadas en forma eficiente por el sector privado, ya sea en seguros como en prestación de servicios. Si bien es cierto que las empresas privadas actúan solo donde pueden obtener ganancias, si se establecen normas que incentiven la competitividad resultarán en servicios eficientes en beneficio de los usuarios. Además, el rol del gobierno como regulador en un sector donde existen fallas de mercado es crucial y por eso no debe descuidarse.

Algunos lineamientos para reformas posteriores del sector son los siguientes:

(a) Incentivar el aseguramiento privado de trabajadores de empresas pequeñas. Existen propuestas en otros países<sup>24</sup> donde se establece un fondo central que capta los aportes de los trabajadores como un paso previo a las EPS. De esta forma, las empresas pequeñas aportan a este fondo en forma obligatoria, independientemente de la EPS escogida. El fondo se financia también mediante aportes en impuestos y de esta forma se logra subsidiar a estos grupos poblacionales excluidos de la seguridad social en salud. Luego se puede definir un esquema de pago del fondo hacia la EPS, a cambio que se le brinde atenciones al afiliado. Así los afiliados a una EPS por este camino podrían obtener atenciones privadas según lo establecido por sus planes, descongestionándose aún más los servicios de ESSALUD.

(b) El seguro social de salud ESSALUD debe expandirse y competir con las EPS. Esta institución tiene grandes ventajas sobre las EPS en lo que es el volumen de asegurados, las economías de escala, la experiencia de su personal, y la existencia de una red de servicios a lo largo de todo el país. Estas ventajas le permiten ofrecer seguros de bajo costo, tal como lo ha venido haciendo en los dos últimos años; y por lo tanto esto permitiría llegar a sectores de menores recursos. Por otra parte, la parte prestadora de ESSALUD también se ha expandido con la elevación de categoría de algunos establecimientos y con la construcción de nuevos locales. Esto es favorable para la expansión del aseguramiento en el Perú, especialmente porque los asegurados de ESSALUD se atienden sólo en establecimientos de dicha institución.

Debido a esto, si no hay presencia física de infraestructura de ESSALUD, no existe incentivo a asegurarse en dicha institución.

(c) Un elemento importante de los sistemas de salud en el mundo es el reconocimiento de la importancia de la división de las funciones entre aseguramiento y prestación de servicios. Actualmente ambas funciones son desempeñadas dentro de ESSALUD, cuando la tendencia es que funcionen instituciones separadas con objetivos e intereses distintos. Ambas funciones o “roles” son diferentes y generalmente con objetivos contrarios, por ello es recomendable que sean bien definidos. En el caso de ESSALUD, si bien es cierto que hay ventajas de que ambas funciones estén en la misma institución, existen problemas tal como se explicó en la sección anterior. Por ello, si se dividiera a ESSALUD en un ente asegurador y otro prestador, la administración de los recursos se haría en forma más eficiente, además que existiría mayor flexibilidad del seguro para contratar servicios que *no necesariamente* sean de la institución. Esto sería de mucha utilidad para captar asegurados en áreas donde no existan servicios propios de ESSALUD, y ya no sería necesario construir nuevos establecimientos de ESSALUD a menos que sea estrictamente necesario. Es decir, ESSALUD podría convertirse en una gran EPS con capacidad y libertad para contratar servicios fuera de los tradicionales de ESSALUD. Si esto se hiciera así, ESSALUD prestador se vería en la obligación de mejorar la calidad de sus servicios, para poder competir con prestadores privados. Así, la competencia tanto en seguros como en servicios médicos favorecería a los asegurados mejorando la calidad de los mismos.

---

<sup>24</sup> Véase Van de Ven y Van Vliet (1992) para el caso holandés.

## Referencias Bibliográficas

Aedo, Cristián y Osvaldo Larrañaga

1994 “Sistemas de entrega de los servicios sociales: la experiencia chilena,” en Cristián Aedo y Osvaldo Larrañaga (eds), *Sistema de entrega de los servicios sociales: una agenda para la reforma*, Banco Interamericano de Desarrollo.

Carbajal, Juan Carlos y Pedro Francke

2000 “La seguridad social en salud: situación y posibilidades”. Documento de Trabajo 187 del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú, octubre 2000.

Castañeda, T.

1985 “Determinantes de la Mortalidad Infantil en Chile, 1975-1983”. Cuadernos de Economía, 22, 195-214.

Díaz, Carlos Antonio; Ricardo Gazitúa, Arístides Torche y Salvador Valdés

1995 “Cobertura de enfermedades catastróficas para los cotizantes del sistema de Isapre”. Instituto de Economía-Pontificia Universidad Católica de Chile. Informe preparado para la Superintendencia de Isapre. Diciembre 1995.

ESSALUD

1999 “El seguro social de salud de hoy: una mirada desde los aspectos económico-financieros en salud”. Documento no publicado. Gerencia Central de Finanzas. ESSALUD, mayo 1999.

Fischer, Ronald D. y Pablo Serra

1996 “Análisis económico del sistema de seguros de salud en Chile” en *Revista de Análisis Económico*, vol. 11, N° 2, (Noviembre) pp. 187-217.

García, Luis y Raimundo Soto

1999 “Reforma Institucional en el sector salud chileno”. Mimeo, Departamento de Economía. Universidad Alberto Hurtado.

García, Luis

2000 “¿A dónde apunta el esquema ESSALUD-EPS?” *Actualidad Económica del Perú*. Año XXII, N° 204, pág. 30-31, febrero-marzo 2000.

1999 “La Reforma del sector Salud en Chile: algunas reflexiones al caso peruano”. Ponencia Viernes Económico, 26 de Noviembre de 1999. [Http://www.pucp.edu.pe/~economia/](http://www.pucp.edu.pe/~economia/)

Hsiao, William C.

1995 “Abnormal economics in the health sector” *Health Policy*, vol. 32, pp. 125-139.

Medina, E.

1979 “Evolución de los indicadores de salud en el período 1960-1977”. En: H. Lavados Montes (ed.) *Desarrollo Social y Salud en Chile*. Corporación de Promoción Universitaria.

- Oyarzo, César  
1994 “La mezcla público-privada: una reforma pendiente en el sector salud” *Estudios Públicos*. vol. 55. (Invierno). pp.143-170.
- Oyarzo, César  
1997 “¿Hacia una mejor atención de salud? eliminación del subsidio del 2% a las Isapre” *Mensaje*. N° 460 (julio) pp. 7-10.
- Petrera, M. y Luis Cordero  
1999 “El aseguramiento público en salud y la elección del proveedor”. En Webb, Richard (ed) *Pobreza y Economía Social, Análisis de una encuesta*. Lima: Instituto Cuanto.
- Raczinski, D.  
1983 “Reformas al sector salud: diálogos y debates”. Colección Estudios CIEPLAN N° 10. Junio de 1983, pp 5 – 44. Estudio N° 70.
- Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.  
Boletín Estadístico. Varios números.
- Ugarte, J. M.  
1979 “Algunas características del nivel de salud en Chile y sus regiones”. En H. Lavados Montes (ed.) *Desarrollo Social y Salud en Chile*. Corporación de Promoción Universitaria.
- Van de Ven, Wynand P.M.M. and Rene C.J.A. Van Vliet  
1992 “How Can We Prevent Cream Skimming in a Competitive Health Insurance Market?” en Peter Zweifel and H.E. Frech III, (eds), *Health Economics Worldwide*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.