



En medio del contexto de crisis económica de los 80, la población pensionista iba en aumento y el número de aportantes casi no crecía, lo cual influyó en la decisión de reformar la seguridad social en salud del Perú. Así, con la Constitución de 1993, redactada tras el golpe de estado de Fujimori, se concretó un cambio en la concepción de la responsabilidad del Estado en materia de seguridad social pasando de un rol de control y fomento que asignaba al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) un rol monopólico en la seguridad social de los trabajadores públicos y privados (constitución de 1979), a uno de garante y supervisor (artículos 10 y 11 de la constitución de 1993).

En 1996, la asignación de recursos de la administración central del IPSS hacia los centros de atención estaba basada en transferencias presupuestales que se determinaban según antecedentes históricos. Dicho tipo de asignación no respondía a las urgencias reales de los distintos centros de salud del país. Por ello, el gobierno de Fujimori decidió sacar adelante una reforma del sector que consistió principalmente en el establecimiento de un esquema mixto que permitiría la participación de las denominadas Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Estas eran empresas e instituciones públicas o privadas que complementaron los servicios de salud prestando servicios con infraestructura propia, sujetos a controles de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.

Se formaron entonces dos regímenes: el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en

Salud, que comprende los servicios tradicionales e incorpora nuevos planes de salud ofrecidos por ESSALUD, que se complementan con los servicios brindados por las EPS dirigidos a trabajadores formales dependientes (el empleador afilia a su empresa a un plan inicial y los beneficios de éste se amplían si el trabajador decide realizar aportes voluntarios); y de otro lado, el Régimen Estatal no contributivo a cargo del MINSA, destinado a otorgar prestaciones de salud para la población de escasos recursos, ya sean trabajadores informales o desempleados. Así, en términos de cobertura, la reforma no abarcó cambios en la contribución de los trabajadores dependientes, pero sí facultó a ESSALUD y a las EPS para ofrecer nuevos servicios de aseguramiento para los independientes.

El Ministerio de Salud estableció entre 1997 y 1998 los programas de Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI). En el 2001, durante el gobierno de Alejandro Toledo, ambos se fusionaron para formar el Seguro Integral de Salud (SIS) que amplió la atención a la población en extrema pobreza y pobreza. El programa comprende instrumentos para la identificación de los usuarios en provincias rurales y urbanas, a condición que no tengan cobertura de EsSalud ni afiliación a otros regímenes de seguridad social. Otra iniciativa para ampliar la cobertura fue la de la promulgación en el 2009 de la Ley 29344 "Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS)". El entonces presidente Alan García señaló que con ella se "terminaría con la discriminación y la exclusión; y la mitad de

peruanos que, ya sea por desempleo o volatilidad económica que no les permite pagar un seguro con constancia y no cuentan con aseguramiento podría acceder a servicios de salud sin importar su condición económica (Wilson, Velásquez y Ponce 2009: 1).

Han pasado 16 años de realizada la reforma de salud por Alberto Fujimori, 11 desde que el gobierno de Alejandro Toledo crea el SIS y 3 años desde que el gobierno de Alan García promulga la Ley Marco de Aseguramiento universal en Salud. Ante ello, nos preguntamos ¿en qué medida se ha logrado los objetivos planteados?

### **El sector salud en cifras**

El Seguro Social de Salud (EsSalud) se financia con el pago de los empleadores equivalente al 9% de la remuneración de sus trabajadores en planilla. Actualmente, EsSalud tiene 9 millones 715 mil asegurados, lo que equivale al 32% de la población total. A fines de 1998 este porcentaje fue de 25.1%, lo cual indica un crecimiento muy lento entre dichos años (Petrera 2002: 111). La ampliación de su cobertura depende de la evolución de la actividad económica y el aumento de puestos de trabajo formales, así como de la capacidad de ESSALUD para ofrecer planes atractivos a las poblaciones más jóvenes (estudiantes, por ejemplo) y aquellos que trabajan de modo independiente (Carbajal y Francke 2000: 20).

Por su lado el SIS se financia mediante subsidios salidos del presupuesto del pliego de salud. Podemos constatar que ha habido un gran crecimiento en la afiliación al SIS: en el año 2008, el SIS afilió a 18% de la población, mientras que en el 2010, según las estimaciones de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho), esa cifra se duplicó llegando al 36.3%. Ello se debió a un incremento del financiamiento por parte del gobierno con recursos del tesoro público. Sin embargo, de acuerdo a los estándares internacionales, el Perú aún registra bajos niveles de gasto: el año 2009 se invirtió 1,2% del PBI en salud, mientras que países como Brasil y Chile invirtieron 5 y 3,7% respectivamente (CEPAL 2010). Ejemplo de ello es la baja inversión por afiliado del SIS, de alrededor de 17 dólares al año, según la Federación Médica Peruana. El gremio médico asegura que dicho seguro se encuentra quebrado y debe a los hospitales alrededor de 160 millones de soles.

Por otro lado, el gerente de Prestaciones de Salud de EsSalud, Rino García, comenta que el presupuesto para los casi 10 millones de afiliados a EsSalud es de 6 mil 700 millones de soles, cifra que resulta insuficiente (América Televisión 2012a), aún cuando para el próximo año la partida ha sido incrementada en 0.05% (La República 2012). Acá cabe añadir que no basta estar afiliado a un seguro para tener garantizado el acceso a la salud: ninguno de los seguros brinda atención a por lo menos la mitad de sus afiliados, lo que implica que, más de dos tercios de la población con seguro de salud acaba pagando la consulta y los medicamentos con dinero propio (Minsa 2008).

Una vez conocida la estructura del sector salud en los distintos ámbitos y sus fuentes de abastecimiento presupuestal, explicaremos cuáles son las principales debilidades del sector en términos humanos y de gestión presupuestal, en un contexto en el que los profesionales de la salud han alzado voz de protesta, realizado huelgas y tomado las calles para reclamar por mejores salarios y condiciones laborales

### **La protesta**

El gasto en salud per cápita prácticamente no se ha movido en los últimos 10 años y bordea los 2,500 millones de dólares anuales, de los cuales los hogares financian el 38%, las empresas el 34,1% y el gobierno el 24,8%. Para atender a los pacientes, se cuenta con alrededor de 139 mil personas trabajando en el sector salud. Esta fuerza laboral cuenta con un financiamiento en salud al año equivalente al 4,7% del Producto Bruto Interno del Perú (Francke, Arroyo y Guzmán 2006).

El sueldo de los médicos de EsSalud está congelado desde hace 15 años y, dependiendo del nivel en el que se encuentren, su remuneración mensual varía. El sueldo médico en Lima es en promedio de s/ 3200; en provincia, de S/. 2900; en posta, de S/. 2500 y en EsSalud, de S/. 3700 (América televisión 2012b). Es tal vez por el ello que de los 2500 médicos que egresan al año en el país, la mayoría prefiere salir del país. Reportes de la Dirección de Migraciones dan cuenta que los médicos que no reportaron regreso al país luego de dos años de su partida son más de 1200 al año (Francke, Arroyo y Guzmán 2006). Otros prefieren trabajar en el sector privado, en el cual un médico joven pueda ganar el doble de lo que

ganaría en el sector público. El tema de los salarios también puede analizarse desde una mirada comparada, tal y como argumenta presidente de la Federación Médica Peruana, César Palomino, “hay choferes que ganan 2 mil 500 soles y secretarías de ministros que llegan a percibir 8 mil soles” (América televisión 2012b).

Sin embargo, el problema es aún más complejo, pues no existe solo descontento respecto a la asignación salarial, sino también respecto a las condiciones en las que trabajan. En ciudades principales como Arequipa, existe un déficit de 1,300 médicos, lo cual incrementa la carga laboral de los profesionales: Cada médico debe recibir diariamente a 15 pacientes, sin embargo atienden 50. Si a ello sumamos que en Arequipa hay 15 camas de hospitalización, 3 centros médicos y 6 médicos por cada 10 mil habitantes, podemos notar que las condiciones laborales se agravan con las limitaciones de infraestructura (La República 2012).

Cada gestión de gobierno hereda los errores y omisiones de la anterior. Así, Toledo heredó una reforma a medias del sector salud ejecutada por Fujimori, que no tuvo impacto real en el incremento de la cobertura ni afiliación, por no ir acompañada de políticas sostenibles de empleo y reducción de la pobreza; al igual que Humala, una débil aplicación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud promulgada entre aplausos durante el gobierno de García.

En el 2004, tras una huelga de 28 días y la toma de la sede del Ministerio de Salud por dos días, se logró que se aprobara la Ley 28220 del Nombramiento del Personal Médico Contratado, con lo cual se consiguió que 4 500 médicos sean nombrados a nivel nacional. Desde entonces, la Federación de médicos viene pidiendo la ampliación de la Ley 28220 para lograr el nombramiento de más médicos (La Primera 2010).

Pese a dichas mejoras, la disconformidad frente al estancamiento en la subida de los sueldos y contrataciones continuó y este año el permanente clima de disconformidad desencadenó una huelga de médicos de EsSalud y del MINSa, que lleva más de 25 días en el segundo caso (en el caso de los médicos de EsSalud se logró un aumento de S/. 1350 tras un mes de huelga). Para detenerla, la actual ministra de Salud, Midori de Habich, ha ofrecido bonos a médicos mientras se trabaja en la reforma salarial que iniciaría en el segundo

semestre del 2013, y ha realizado un llamado a los dirigentes para llegar a un acuerdo (RPP 2012). Sin embargo, resulta preocupante que aún no haya respuestas claras desde el Ejecutivo acerca de cómo mejorar el sistema administrativo y operativo del sistema de salud, así como de la ampliación de vacantes de trabajo (con selección meritocrática) para satisfacer la alta demanda. De modo paralelo, es urgente que nuestro sistema de salud sea evaluado dentro de su complejidad, asegurando que el resultado final favorezca no solo a la planta de trabajadores, sino al usuario que merece un trato humano y menos indolencia.

## Bibliografía

### CEPAL

2010 El gasto público social en América Latina: tendencias generales e inversión en el desarrollo de capacidades de las nuevas generaciones. En: Panorama social de América Latina. Disponible en:  
<<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/41799/PSE2010-Cap-III-gastopublico-preliminar.pdf>>

### FRANCKE, Pedro y Juan Carlos Carbajal

2000 La seguridad social en el Perú: Situación y posibilidades

### FRANCKE Pedro, Juan Arroyo, Alfredo Guzmán

2006 Políticas de Salud 2006-2011. CIES y Foro Salud. Disponible en línea:  
<[http://www.forosalud.org.pe/Políticas\\_de\\_Salud\\_2006\\_2011.pdf](http://www.forosalud.org.pe/Políticas_de_Salud_2006_2011.pdf)>

### América Televisión

2012a América Noticias -16.08.12- Informe Especial: El calvario de los peruanos en el seguro social. Disponible en:

<[http://www.youtube.com/watch?v=n6zDi1ckj30&feature=player\\_embedded#!>](http://www.youtube.com/watch?v=n6zDi1ckj30&feature=player_embedded#!>)

2012b América Noticias - 150812 - Informe especial: la realidad de los médicos en el Perú. Disponible en:

<[http://www.youtube.com/watch?v=9e1Z2e3rXpk&feature=player\\_embedded](http://www.youtube.com/watch?v=9e1Z2e3rXpk&feature=player_embedded)>

### Minsa

2008 Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995-2005. Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud. Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio de la Salud. Lima

## LA REPÚBLICA

2012 “Cada médico de hospitales debe atender a 15 pacientes pero recibe a más de 50”. Por: Efraín Rodríguez Valdivia. Disponible en: <<http://www.larepublica.pe/02-10-2012/cada-medico-de-hospitales-debe-atender-15-pacientes-pero-recibe-mas-de-50>>

#### **LA PRIMERA**

2010 “Gobierno paga a médicos sueldos de S/.400 al mes”. Publicado: 13 de setiembre del 2010. Disponible en: <[http://www.diariolaprimeraperu.com/online/actualidad/gobierno-paga-a-medicos-sueldos-de-s-400-al-mes\\_70077.html](http://www.diariolaprimeraperu.com/online/actualidad/gobierno-paga-a-medicos-sueldos-de-s-400-al-mes_70077.html)>

#### **PETRERA, Margarita**

2002 “Financiamiento en salud”. En: La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política.

#### **RPP**

2012 Midori de Habich: Ejecutivo ofrecerá a médicos dos bonos de un sueldo. <[http://www.rpp.com.pe/2012-10-07-midori-de-habich-ejecutivo-ofrecera-a-medicos-dos-bonos-de-un-sueldo-noticia\\_528802.html](http://www.rpp.com.pe/2012-10-07-midori-de-habich-ejecutivo-ofrecera-a-medicos-dos-bonos-de-un-sueldo-noticia_528802.html)>

Este artículo debe citarse así:

FERRER Pizarro, Raisa. “La reforma inconclusa: Sistema de salud y malestar institucional”. En: Boletín PerúDebate, año 1, n° 5. Septiembre 2012. Disponible en: <[http://perudebate.pe/sites/default/files/reforma\\_salud\\_inconclusa\\_peru](http://perudebate.pe/sites/default/files/reforma_salud_inconclusa_peru)>