



**“ADECUACIÓN ADMINISTRATIVA DE ESSALUD COMO  
INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDO PARA EL  
ASEGURAMIENTO DE SALUD PÚBLICA”**

**Trabajo de Investigación presentado  
para optar al Grado Académico de  
Magíster en Gestión Pública**

**Presentado por:**

**Srta. Vera Lucia Huacachino Presentación**

**Sr. Joe Michael León Rivera**

**Sr. Jared Cesar Madrid Martínez**

**Asesora: Vilma Aurora Montañez Ginocchio**

**[0000-0003-0091-7006](tel:0000-0003-0091-7006)**

**Lima, junio 2020**

A Dios, mis padres, mis queridos hermanos, mi hija Iranzú, quien es ahora el principal motivo para seguir avanzando, a Mario mi compañero de vida y a mi mentor Italo Amaya. A todos ellos por su apoyo y motivación constante.

**Vera Lucia Huacachino Presentación**

A mi padre Emiliano, por su constante e indesmayable apoyo y a mi madre Donata, porque desde el cielo siempre me da inspiración y aliento. Ellos, con su esfuerzo, valores y amor, encaminaron mi vida y siempre están presentes iluminando mi destino.

**Joe Michael León Rivera**

A todos mis seres queridos que cada día aseguran que sea un mejor profesional, persona y ciudadano, y a todas las personas que aún confían en un nuevo Estado.

**Jared Cesar Madrid Martínez**

A nuestra asesora Vilma Aurora Montañez Ginoccio por su apoyo constante y guía en este complejo, pero importante logro profesional. Y a todos los profesores y profesionales que aportaron a la elaboración del presente documento.

## Resumen ejecutivo

En los últimos años, los Estados han ejecutado una serie de acciones para mejorar su funcionamiento a través de acciones de reforma en su conjunto o de algún sector de la sociedad en particular. Gran parte de las reformas involucra de manera directa e indirecta a la salud, en tanto es un servicio visible por los ciudadanos que impacta en las condiciones de vida de toda la población y que involucra gran parte del presupuesto público.

Desde la perspectiva de la economía, existen fallas de mercado en los servicios de salud que requieren y justifican la intervención del Estado. Uno de los principales mecanismos de intervención son los sistemas de cobertura universal en salud, que buscan garantizar a todo ciudadano el acceso a ella y brindan protección financiera para cubrir sus necesidades de salud.

De esa manera, gran parte de los países latinoamericanos ha sustentado sus reformas de salud en sistemas de cobertura universal, con los matices y particularidades de las diversas realidades nacionales que, en su despliegue, evidencian que no existen recetas únicas para mejorar el desempeño de los sistemas de salud a nivel mundial.

En Perú se inició la implementación del sistema aseguramiento universal en salud en el 2009 con la publicación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Su finalidad es (i) lograr el aseguramiento universal de salud a nivel nacional para dar protección financiera a todos los ciudadanos, y (ii) separar el rol de los agentes a cargo de la rectoría, aseguramiento, gestión y prestación de servicios de salud, a fin de neutralizar los problemas que producen las fallas de mercado inherentes (a los servicios de salud).

Luego de diez años no se ha culminado el aseguramiento universal en salud, debido a que los agentes involucrados no asumen de manera integral los roles de aseguramiento, gestión y prestación de los servicios de salud del sector público. Este es el caso de las Instituciones Administradoras de Fondos para el Aseguramiento de Salud (Iafas) públicas, que no asumen las funciones y procesos de aseguramiento de salud de manera integral, lo que aumenta la exposición de sus asegurados a los efectos negativos de las fallas del mercado por los servicios brindados.

El Seguro Social de Salud (EsSalud) es una de las Iafas públicas con mayor relevancia en nuestro país, ya que es segundo agente asegurador con mayor cobertura de afiliados. Cuenta con 32,49% del total de asegurados al 2018 y administra el 21% del gasto en salud al 2014.

A la fecha, EsSalud debe adecuarse para ejercer de manera integral las funciones y procesos de aseguramiento en salud a favor de sus asegurados. Estos son los trabajadores y derechohabientes a nivel nacional.

El presente trabajo describe y analiza los factores que impiden a EsSalud culminar su adecuación administrativa para ejercer sus funciones y procesos como Iafa pública. Para ello, se ha revisado la normatividad del aseguramiento en salud así como documentos normativos, estudios e investigaciones realizadas por el Ministerio de Salud (Minsa), Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), EsSalud y organizaciones nacionales e internacionales especializadas en investigación en el tema. Dicha información se ha complementado con entrevistas a los funcionarios de EsSalud, de otras Iafas públicas, Susalud y expertos involucrados en los procesos de aseguramiento universal en salud en nuestro país.

A partir de ello, el presente trabajo propone reorganizar EsSalud a efectos de (i) crear la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento (IAFA EsSalud) como agente asegurador de los trabajadores y sus derechohabientes, que brinde cobertura financiera a las prestaciones de salud, económicas y sociales gestionadas por (ii) la Unidad de Gestión de Prestaciones (Ugipres EsSalud) y ofrecidas por (iii) los agentes de EsSalud que dan las prestaciones de salud, económicas y sociales.

Se propone, a su vez, que la IAFA EsSalud se exceptúe de los sistemas administrativos de (i) presupuesto, tesorería y contabilidad, a fin de garantizar la intangibilidad y el valor del dinero en el tiempo de los fondos a su cargo; y de (ii) contrataciones estatales, dada la naturaleza de los servicios a contratar.

Finalmente, se plantea (i) dotar a la IAFA EsSalud de funciones y procesos especiales que permitan el ejercicio integral de su rol asegurador y (ii) establecer, en su ley de creación, disposiciones especiales para garantizar la articulación del marco estratégico, organizacional y de gestión de recursos humanos con el rol de asegurador de la IAFA EsSalud.

## Índice

<b>Índice de tablas.....</b>	<b>viii</b>
<b>Índice de gráficos .....</b>	<b>ix</b>
<b>Índice de anexos .....</b>	<b>x</b>
<b>Capítulo I. Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo II. Planteamiento del problema.....</b>	
1. Evolución normativa del aseguramiento universal en salud.....	3
2. Planteamiento del problema de investigación.....	6
3. Justificación del problema seleccionado.....	7
3.1 Resultados inconclusos del Aseguramiento Universal en Salud.....	7
3.2 Desarticulación de las Iafas públicas .....	8
3.3 Importancia de EsSalud en el AUS.....	10
3.4 Naturaleza jurídica atípica de EsSalud.....	10
3.5 Intentos de reforma desde EsSalud .....	11
3.6 Intento de reforma de los agentes involucrados en el AUS .....	13
4. Preguntas de investigación.....	14
5. Objetivos de investigación.....	14
6. Marco metodológico .....	14
6.1 Tipo de investigación.....	14
6.2 Alcance de la investigación .....	15
6.3 Métodos de investigación y técnicas de análisis de información.....	15
<b>Capítulo III. Marco teórico .....</b>	<b>16</b>
1. Los sistemas de salud.....	19

2. Financiamiento de las prestaciones de salud.....	¡Error! Marcador no definido.
3. Fallas en el mercado de los seguros de salud.....	21
4. Separación de funciones de financiamiento y prestación .....	22
5. Cobertura universal en salud.....	23
6. Buenas prácticas en la cobertura universal en salud .....	23
7. Los sistemas de salud en lationamrica .....	25

**Capítulo IV. Diagnóstico y análisis del proceso de adecuación administrativa de EsSalud como Iafas pública ..... 28**

1. Descripción de los procesos que EsSalud ejerce como Iafas pública .....	29
1.1 Gestión de planes de salud.....	29
1.2 Suscripción y afiliación.....	32
1.3 Administración de fondos.....	34
1.4 Gestión del asegurado .....	36
1.5 Compra de prestaciones de salud.....	40
1.6 Gestión de siniestros .....	44
2. Principales causas por las cuales EsSalud no ejerce los procesos como Iafas pública .....	47
2.1 Impedimentos legales.....	47
2.2 Marco estratégico de EsSalud como Iafas pública.....	48
2.3 Organización de EsSalud .....	49
2.4 Procesos que EsSalud ejerce como Iafas pública.....	51
2.5 Estrategias de gestión de recursos humanos .....	54

**Capítulo V. Propuesta para que EsSalud se adecúe administrativamente como Iafas pública ..... 56**

1. Reorganización de agentes en EsSalud.....	56
2. Población a cargo de la IAFA EsSalud.....	57
3. Funciones y procesos especiales de aseguramiento a la IAFA EsSalud.....	58

3.1 Estudios y diseño de planes .....	58
3.2 Gestión del asegurado .....	59
3.3 Administración de fondos de los asegurados .....	60
3.4 Compra de prestaciones .....	61
3.5 Gestión de la información del asegurado .....	61
4. Tipo de entidad propuesta.....	62
5. Características institucionales de la IAFA EsSalud.....	63
5.1 Marco estratégico de la IAFA EsSalud.....	64
5.2 Estructura orgánica .....	64
5.3 Estrategias para la gestión de recursos humanos .....	66
6. Gradualidad de la propuesta.....	67
<b>Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>69</b>
1. Conclusiones.....	69
2. Recomendaciones .....	70
<b>Bibliografía .....</b>	<b>71</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>80</b>
<b>Notas biográficas.....</b>	<b>86</b>



## Índice de tablas

Tabla 1.	Funciones de aseguramiento en el ROF 2001 y ROF 2015 .....	12
Tabla 2.	Comparación de procesos que ejerce y debería ejercer EsSalud como Iafas.....	53

## Índice de gráficos

Gráfico 1.	Regímenes de acceso a los seguros de salud.....	9
Gráfico 2.	Interrelación de las funciones en torno a la gestión de planes de salud por órgano .....	32
Gráfico 3.	Interrelación de las funciones en torno a la suscripción y afiliación por órgano .	34
Gráfico 4.	Interrelación de las funciones en torno a la administración de fondos por órgano .....	35
Gráfico 5.	Interrelación de las funciones en torno a la gestión del asegurado por órgano...	37
Gráfico 6.	Interrelación de las funciones en torno a la compra de prestaciones de salud, por órgano .....	40
Gráfico 7.	Interrelación de las funciones en torno a la gestión de siniestros por órgano .....	45
Gráfico 8.	Organigrama de EsSalud.....	51
Gráfico 9.	Comparación de interrelaciones actuales de EsSalud respecto a la IAFA y Ugipres EsSalud.....	56
Gráfico 10.	Estructura orgánica de EsSalud.....	65
Gráfico 11.	Ruta estratégica para crear la IAFA EsSalud.....	67

## Índice de anexos

Anexo 1.	Evolución histórica de EsSalud .....	81
Anexo 2.	Listado de entrevistas realizados por tipo.....	82
Anexo 3.	Tipos de mecanismos de pago .....	83
Anexo 4.	Impedimentos de EsSalud para ejercer de manera integral sus funciones como Iafas pública .....	84
Anexo 5.	Procesos misionales de EsSalud como Iafas pública organizados por órganos a su cargo .....	85

## **Capítulo I. Introducción**

Desde 1993 la Constitución Política del Perú establece que el Estado es garante de que la población acceda a servicios de salud de calidad. No es sino hasta el 2009 que, mediante la Ley N° 29344, se determina que la forma de lograrlo es con el aseguramiento universal en salud.

Se han emitido normas y gestado iniciativas para coadyuvar dichas labores; sin embargo, no han sido suficientes para garantizar el acceso universal de toda la población a servicios de salud de calidad y, de esta manera, mejorar las condiciones de vida de las personas. Esto debido a que los agentes aseguradores, gestores y prestadores de servicios de salud no ejercen de manera integral y articulada sus funciones. Lo descrito aumenta los costos de transacción y la exposición de los ciudadanos a las fallas inherentes a los servicios de salud.

Uno de los casos que caracteriza en mayor medida los problemas mencionados es el de EsSalud, Iafas pública que tiene a su cargo gran parte de los asegurados, con un alto gasto en salud y cuya naturaleza jurídica es atípica.

El presente trabajo tiene por objetivo describir y analizar los factores que impiden a EsSalud ejercer de manera integral su rol asegurador. Para ello, el capítulo II describe los antecedentes normativos del aseguramiento universal en salud, el problema de investigación y la metodología utilizada.

A continuación, el capítulo III describen las funciones de los sistemas de salud en el mundo, la función de financiamiento, las fallas de mercado existentes, la separación de funciones, la cobertura universal en salud y los sistemas de salud en Latinoamérica.

El capítulo IV sintetiza cómo EsSalud ejerce cada una de sus funciones y procesos como Iafas pública a partir de los datos estadísticos disponibles, marco normativo institucional y entrevistas realizadas a sus funcionarios.

De esta manera, se identifica que existen impedimentos legales e institucionales para que EsSalud ejerza su rol asegurador y culmine su adecuación como Iafas pública. Por este motivo, el capítulo V propone los cambios legales e institucionales que se podrían adoptar para tal fin.

En ese sentido, se plantea separar las funciones de aseguramiento, gestión y prestación de servicios de salud en entidades públicas distintas; desarrollar funciones y procesos de aseguramiento especiales y distintos a los establecidos a las demás Iafas públicas; exonerar a la institución de los sistemas administrativos de administración financiera y contrataciones públicas; y determinar prerrogativas institucionales que garanticen la articulación del marco estratégico, la organización y gestión de recursos humanos para su rol asegurador. También se describe la gradualidad en la que dichas medidas deberían implementarse.

Finalmente, el capítulo VI presenta las conclusiones y recomendaciones de esta investigación. Principalmente, se recomienda que los procesos de reformas en el sector público se desarrollen desde la evaluación integral de los problemas públicos, a fin de garantizar y facilitar su implementación y sostenibilidad en el tiempo. También se recomienda la regulación de criterios mínimos que (i) faculten a las entidades públicas a graduar y adecuar las reformas a sus realidades institucionales para facilitar su implementación; y (ii) sean suficientes para garantizar los objetivos de la reforma.

## **Capítulo II. Planteamiento del problema**

### **1. Evolución normativa del aseguramiento universal en salud**

De acuerdo con la Constitución Política del Perú, el Estado, a través del Poder Ejecutivo, tiene la responsabilidad de diseñar una política que permita el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

Para dar cumplimiento a dicho mandato constitucional, en 1997 se aprueba la Ley General de Salud, Ley N° 26842. En el ámbito del aseguramiento universal, se establece que el Estado promueve la inclusión progresiva de la población para la protección de contingencias que puedan afectar su salud. Para ello, se le encarga al Seguro Social de Salud el aseguramiento de los trabajadores y la prestación de servicios de salud a través de los establecimientos a su cargo. Asimismo, se encarga al Ministerio de Salud la prestación de servicios a la población no asegurada a través de los establecimientos bajo su responsabilidad.

Dada la complejidad del encargo, la evolución del acceso a servicios de salud fue lento. Para agilizarlo, en primera instancia se crearon los programas denominados Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno Infantil. En el 2001, dichos programas se fusionaron en la Unidad de Seguro Público, posteriormente denominada Seguro Integral de Salud, institución a cargo de financiar servicios de salud para población en estado de pobreza que no cuenta con un seguro.

En el 2009, con la Ley Marco de Aseguramiento Universal, Ley N° 29344, y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, se establece el marco normativo específico para que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro con el cual pueda acceder a un conjunto de prestaciones de salud, en condiciones de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, a través de un sistema de aseguramiento universal en salud (AUS).

El 2009, por Decreto Supremo N° 016-2009-SA, se aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), instrumento que determinó las 140 condiciones asegurables que, como mínimo, todo agente asegurador debe financiar a sus asegurados. Este incluye el diagnóstico y los procedimientos a aplicar. Si bien la norma establecía su actualización cada dos años, a la fecha el plan no ha sido actualizado y no se ha podido garantizar su cumplimiento por parte de los agentes vinculados en el AUS.

En el año 2013 se emitieron un conjunto de normas para culminar el AUS. Así se publicó el Decreto Legislativo N° 1158 que dispone medidas para fortalecer las funciones asignadas a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. De esa manera, se le atribuyó a dicha institución la facultad de promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones de salud sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien lo financie.

En el mismo año, se publicó el Decreto Legislativo N° 1159 para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público, mediante la cual se desarrolla el proceso de compra de prestaciones entre agentes públicos. Si bien era factible el intercambio prestacional entre instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress), (i) se faculta que las Iafas hagan uso de dicho mecanismo en tanto se reconoce como uno dentro del proceso de aseguramiento en salud y (ii) se establece que los contratos o convenios entre Iafas e Ipress deben considerar, como mínimo, mecanismos de pago (prospectivo<sup>1</sup> o retrospectivo<sup>2</sup>), negociados de acuerdo con la naturaleza de los servicios que se comercializan<sup>3</sup>.

Posteriormente, el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, reconoce el aseguramiento en salud como una de las materias sobre las cuales el Minsa ejerce rectoría.

Con la finalidad de organizar a los agentes vinculados al AUS, se aprobó el Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud como institución que organiza dichos servicios a cargo de los establecimientos del Minsa. De esa manera, se separa la función de gestión y prestación de servicios de salud respecto a la función rectora de dicho ministerio. Con la Ley N° 30526, se extingue el instituto mencionado y el Minsa recupera la gestión directa de los establecimientos de salud en Lima Metropolitana.

Otro de los principales avances en materia de aseguramiento en salud fue la creación de las Iafas de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú a través de los decretos legislativos N°

---

<sup>1</sup> Sistema en el cual el importe total es definido por la entidad aseguradora o financiadora que preestablece los volúmenes a ser pagados, con diferentes grados de evaluación por un determinado período de tiempo, de manera anticipada

<sup>2</sup> Sistema en el cual el importe total de las prestaciones realizadas es definido por la presentación de expedientes o fichas de atención que las represente, previa evaluación de los datos contenidos. Se pagan luego de que se brinda la prestación

<sup>3</sup> Cabe precisar que en el año 2016 se aprobó el Decreto Legislativo N° 1302, con la finalidad de optimizar el intercambio prestacional en salud entre las entidades públicas. Se encuentra pendiente de implementación en tanto se apruebe su reglamento.

1173 y N° 1174, publicados el mismo año. De esa manera, se les otorga autonomía para ejercer funciones como agentes aseguradores, independientemente del sector al que pertenecen.

En el 2014, Susalud emitió un conjunto de normas que regularon la actuación de las Iafas:

- Reglamento para la Gestión del Riesgo Operacional en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y el Reglamento de la Gestión Integral de Riesgo en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (resoluciones de superintendencia N° 010-2014-SUSALUD-S y N° 044-2014-SUSALUD-S respectivamente). Se describen los documentos que las Iafas deben elaborar y presentar a Susalud para la gestión de los riesgos operacionales<sup>4</sup> e integrales<sup>5</sup>, así como la metodología para identificarlos y gestionarlos.
- Reglamento para la Presentación de Información Económico-Financiera e Indicadores Financieros para Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, (Resolución de Superintendencia N° 021-2014-SUSALUD-S). Se regula la información financiera e indicadores financieros que deben reportar las Iafas a Susalud sobre sus operaciones.
- Condiciones mínimas de los convenios o contratos suscritos entre las Iafas e Ipress (Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUSALUD-S). Se describen disposiciones a considerar dentro de los contratos y convenios que las Iafas e Ipress celebran dentro del intercambio prestacional.
- Lineamientos de Buen Gobierno Corporativo para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - Iafas públicas (Resolución de Superintendencia N° 161-2015-SUSALUD-S). Se establecen las pautas para que las Iafas públicas formulen sus manuales, reglamentos y códigos de buen gobierno corporativo, a fin de asegurar la transparencia, resultados y eficiencia en sus operaciones.

En el 2016, con Resolución Ministerial N° 367-2016-MINSA, se aprobó el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 del sector salud. Uno de los objetivos estratégicos que las entidades públicas del sector deben cumplir es ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población. Este objetivo se mide a través del porcentaje de población afiliada a un seguro de salud. Si bien se han realizado actividades concordantes con dicho objetivo, no se ha culminado cubrir al 100% de la población asegurada.

---

<sup>4</sup> Dicha norma describe al riesgo operacional como la posibilidad de ocurrencia de pérdidas financieras originadas por factores como procesos inadecuados, deficiencias o fallas en las personas, tecnología de información o por eventos externos.

<sup>5</sup> Los riesgos integrales abarcan los riesgos de crédito, estratégico, legal, de mercado, operacional y de reputación.



## **2. Planteamiento del problema de investigación**

El Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, en el artículo 21, establece que las Iafas podrán ofrecer servicios de salud a través de Ipress de su propiedad o de propiedad de empresas vinculadas económicamente. En tales casos, las Iafas podrán organizarse de manera tal que exista una clara separación contable y administrativa entre las actividades de aseguramiento/financiamiento y las actividades de prestación hasta el 2013.

En el 2016 se desarrolla el detalle de la adecuación a través de la publicación de las Disposiciones para Iafas Públicas aprobadas por Decreto Supremo N° 010-2016-SA. En estas se establece que las Iafas deben adecuarse administrativa y contablemente hasta el 2020.

A la fecha, EsSalud no ha culminado de adecuarse administrativamente como Iafas pública, lo cual dificulta tanto el ejercicio de su rol asegurador como el funcionamiento del AUS al interior de dicha institución. Esto provoca una alta exposición a las fallas de mercado inherentes a los servicios de salud a su cargo.

En ese sentido, el problema de investigación es el siguiente: EsSalud no ha culminado de adecuarse administrativamente como Iafas pública, lo cual limita el ejercicio integral de las funciones y procesos de aseguramiento en salud, establecidas en las normas de aseguramiento universal en salud.

Cabe precisar lo siguiente:

- La presente investigación analiza la adecuación administrativa de EsSalud como Iafas pública ante Susalud, lo que abarca las siguientes actividades: (i) incluir expresamente en sus respectivos documentos de gestión el objeto o finalidad como Iafas pública e (ii) identificar sus procesos misionales y detallarlos hasta el nivel 2 en el Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos.
- No se considerará la adecuación contable de EsSalud como Iafas pública debido a que dichas labores son realizadas una vez se definan sus funciones y procesos de aseguramiento, que se realizan en la adecuación administrativa. Cabe precisar que, de acuerdo a las “Disposiciones para las IAFAS Públicas”, la adecuación contable abarca las siguientes actividades: (i) diferenciación contable entre las transacciones concernientes a las actividades de la Iafas de aquellas correspondientes a sus Ipress y; (ii) detalle de la dinámica contable de las transacciones mediante códigos específicos creados en el catálogo de su Plan de Cuentas.

### 3. Justificación del problema seleccionado

#### 3.1 Resultados inconclusos del Aseguramiento Universal en Salud

El aseguramiento en salud ha logrado aumentar el acceso de la población a seguros en nuestro país. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD 2017), el porcentaje de ciudadanos que cuentan con un seguro de salud pasó del 37% en el 2004 a 83% en el 2017, principalmente por el aumento de la cobertura de asegurados al SIS; sin embargo, no se han desarrollado estrategias para lograr la cobertura universal de la población en el país<sup>6</sup>. De esa manera, no se han mejorado las condiciones de salud de las personas. De acuerdo con el Ministerio de Salud (2014), en el 2012 la población asegurada ha perdido 5,8 millones de años de vida saludable, que implica 192 años perdidos por cada 1.000 habitantes. Ello se explica debido a las enfermedades neuropsiquiátricas (17%), lesiones no intencionales (13%), condiciones perinatales (10%) y enfermedades cardiovasculares (8%).

Una de las principales razones por las cuales no culmina el AUS es el poco presupuesto asignado a dichas labores. De acuerdo con la OECD (2017), (i) en el 2015, 5,5% del PBI ha sido asignado al sector salud, por debajo del porcentaje promedio en países de OCDE (9% del PBI); (ii) 58,7% del gasto en salud proviene del sector público, por debajo del gasto promedio en países de OCDE (73%); y (iii) en el 2016, 29% del gasto que financia los servicios de salud en el país proviene del gasto de bolsillo, es decir, el gasto directo que asume la población es alto respecto al gasto promedio de los países miembros de OCDE (19%)<sup>7</sup>.

La regulación y supervisión desarticulada<sup>8</sup>, incompleta<sup>9</sup> y poco enfocada en la mejora de los servicios de salud<sup>10</sup>, a cargo del Minsa y Susalud, aumentan la ineficiencia del AUS.

---

<sup>6</sup> En el 2016, en promedio 27% de los asegurados a una Iafas pública no hace uso de las Ipress dentro de su cobertura, lo cual implica que sus prestaciones son asumidas por agentes aseguradores a los cuales no se encuentran afiliados.

<sup>7</sup> Sin embargo, es bajo respecto al gasto de bolsillo promedio de los países latinoamericanos, que es 34%.

<sup>8</sup> Por ejemplo, se han regulado dos normas sobre gestión de riesgos en un mismo año, que hacen uso de metodologías y formatos distintos entre sí.

<sup>9</sup> Se han determinado los procesos misionales de las Iafas públicas; sin embargo, no se ha determinado cómo se elaboran los planes de salud.

<sup>10</sup> Susalud ha priorizado la supervisión del cumplimiento de la normatividad que emite, dejando de lado las labores de promoción, sensibilización y asesoramiento a las Iafas públicas (para el mejor cumplimiento de las normas de aseguramiento en salud).

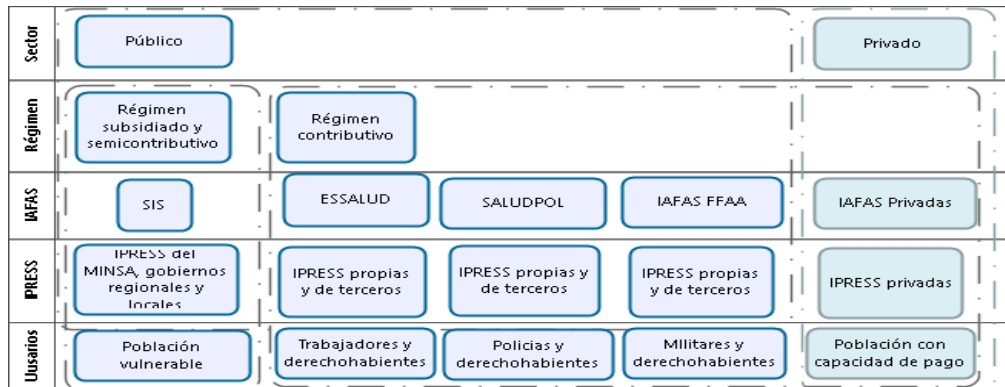
### **3.2 Desarticulación de las Iafas públicas**

De acuerdo con la normatividad vigente, son agentes vinculados al proceso de AUS:

- El Minsa, que ejerce la rectoría en el sector salud a través del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento: formula, propone, implementa, ejecuta, supervisa y evalúa la política sectorial relacionada con la organización y gestión de la prestación de servicios de salud, al acceso a la atención y al aseguramiento. Además, supervisa las actividades que cumplen las entidades en el ámbito de su sector.
- Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (Iafas) son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciben, captan y/o gestionan fondos para la cobertura de las atenciones de salud. También son las que ofertan cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.
- Las unidades de gestión de Ipress (Ugipress) son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, diferentes de las Ipress, encargadas de la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento idóneo de las Ipress. Constituyen unidades ejecutoras.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress) son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. También comprenden aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica que tienen por finalidad coadyuvar la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.
- La Susalud es la institución encargada de proteger los derechos en salud de cada peruano. Orienta sus acciones a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema de salud nacional, sin importar donde se atienda o su condición de aseguramiento. En ese marco, tiene potestad para actuar sobre todas las Ipress y todas las Iafas públicas, privadas y mixtas del país.

De acuerdo con Alcalde-Rabanal (2011) y Cetrángolo (2013), los regímenes de acceso a los seguros se reestructuraron de acuerdo al tipo de financiamiento y participación del Estado, conforme se describe a continuación:

**Gráfico 1. Regímenes de acceso a los seguros de salud**



Fuente: Cetrangólo, 2013.

Como se puede apreciar, existen cuatro Iafas públicas que, a partir de subsidios del Estado o contribuciones de la población a su cargo, brindan servicios de salud a través de Ipress propias y de terceros de ser necesario<sup>11</sup>. Según Susalud (2018), existen 132 Ugipress, que son unidades ejecutoras de los gobiernos regionales. Tienen a su cargo las Ipress de los gobiernos regionales.

Las Iafas privadas brindan servicios de salud a través de Ipress privadas<sup>12</sup>, de acuerdo con la capacidad de pago de la población que se afilie. Según Susalud (2018), actualmente existen cinco EPS y noventa Iafas privadas<sup>13</sup>.

A la fecha, no se han desarrollado mecanismos que articulen las funciones y procesos que ejerzan las Iafas públicas en su conjunto y generen sinergias entre sí. Tampoco se han desarrollado mecanismos de articulación con (i) las Ugipress, dada la cantidad y lejanía de los gobiernos regionales (que están a cargo de la mayoría de Ugipress) con las Iafas públicas (cuyas sedes se encuentran principalmente en Lima), y con (ii) las Ipress públicas y privadas, debido a la normatividad que regula la compra de prestaciones de salud. Esto describirá en las siguientes secciones.

<sup>11</sup> De acuerdo con el Renipress, al 11 de abril de 2019, de las 22.336 Ipress, 40,32% son Ipress públicas. Dentro de dicho grupo, 87,5% pertenecen a los gobiernos regionales y locales; 4,5%, al Minsa; 4,2%, a EsSalud; y 2,4% a la Iafas de las Fuerzas Armadas y 1,4% a Saludpol

<sup>12</sup> De acuerdo con el Renipress, al 11 de abril de 2019, de las 22.336 Ipress, 59,68% son privadas.

<sup>13</sup> De acuerdo con dicha institución, en los últimos años no ha aumentado la creación de dichas instituciones. En comparación con el 2017, solo se ha creado la Iafas privada RIGEL PERY S.A.

### 3.3 Importancia de EsSalud en el AUS

Analizar EsSalud resulta crucial debido a su importancia respecto a las demás Iafas del país. De acuerdo con Vammalle (2018), en el 2014, 39% del gasto en salud fue financiado por agentes públicos del nivel central y regional, 21% por EsSalud, 11% por Iafas privadas y 29% por el gasto en bolsillo de la población.

De acuerdo con Susalud (2018), EsSalud es la segunda Iafas con mayor cobertura de afiliados en el país (32,49%) en comparación a las demás Iafas públicas<sup>14</sup> (SIS está a cargo de 55,57% de los asegurados; Saludpol, del 1,43%; y Iafas de las Fuerzas Armadas, del 0,83%) y privadas<sup>15</sup> (las Iafas prepagadas están a cargo del 3,09% de los asegurados; las empresas de seguros, del 3,07%; las EPS del 2,87%; y los autoseguros del 0,64%).

### 3.4 Naturaleza jurídica atípica de EsSalud

La naturaleza jurídica de EsSalud ha cambiado desde 1936 hasta la 1999<sup>16</sup>, año en el que, a través de la Ley N° 27056, se creó el Seguro Social de Salud (EsSalud) como un organismo público descentralizado con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al sector trabajo y promoción del empleo, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable. Tiene como finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de salud en adición a las prestaciones sociales<sup>17</sup>, económicas<sup>18</sup>, programas de extensión social, planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos<sup>19</sup>.

---

<sup>14</sup> Se han considerado como afiliados a las Iafas públicas a aquellos que pertenecen al Seguro Integral de Salud (SIS), el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (Saludpol), y las Iafas del Ejército del Perú, Marina de Guerra del Perú y la Fuerza Aérea del Perú (Iafas FF.AA.).

<sup>15</sup> Se han considerado como afiliados a las Iafas privadas a aquellos que pertenecen a (i) las prepagadas, empresa que administra fondos de aseguramiento bajo modalidad de pago regular o anticipado y que presta los servicios ofertados en su cobertura a través de infraestructura propia o contratada con terceros; (ii) empresas de seguros y empresas cuyo fin es el de prestar servicios de atención para la salud; (iii) entidades prestadoras de seguros (EPS), empresas cuyo fin es el de prestar servicios de atención para la salud de capa simple o de menor complejidad (ya que las atenciones de salud de capa compleja o de mayor complejidad, son derivadas a EsSalud) y se financia con 25% de los aportes de los trabajadores en actividad, conforme a la normatividad que regula la materia; y (iv) autoseguros, empresa que brinda seguros de salud de un grupo profesional, de trabajo o de una entidad organizada que se genera con cargo al aporte de sus miembros.

<sup>16</sup> El detalle de la evolución durante dicho período de tiempo se describe en el anexo 1 de la presente tesis.

<sup>17</sup> Las prestaciones sociales son las actividades de proyección, ayuda social y rehabilitación para el trabajo, especialmente de la población asegurada adulta mayor, con discapacidad u otros grupos vulnerables.

<sup>18</sup> Las prestaciones económicas son los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio.

<sup>19</sup> Dichas prestaciones pueden contener una o más de las prestaciones de salud, sociales o económicas descritas.

En el 2007, la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, clasificó a EsSalud, dentro de las entidades públicas del poder ejecutivo, como una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social, y dispuso que tenga un directorio cuya conformación es determinada por ley.

En el 2010, la Quincuagésima Quinta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011 establece que EsSalud, sin modificar su naturaleza jurídica de organismo público descentralizado, se encuentra bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (Fonafe), es decir, que queda sujeta a sus normas de gestión, directivas y procedimientos. Si bien no se ha descrito a qué normas específicas de Fonafe se encuentra sujeta EsSalud, se les aplica cuando el ámbito lo considere expresamente. Cabe precisar que EsSalud es la única organización relacionada a la salud dentro de las empresas a cargo de Fonafe.

En el 2013, el Decreto Legislativo N° 1158 establece que EsSalud es una Iafas, por lo que se establecen disposiciones para que ejerza de manera integral funciones y procesos como agente asegurador.

### **3.5 Intentos de reforma desde EsSalud**

En el 2012, mediante Decreto Supremo N° 016-2012-TR, se declaró en reorganización a EsSalud a fin de garantizar la efectiva prestación de los servicios que brinda la institución a los asegurados. De esa manera, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo presentó en el 2013 un informe que recomendó, entre otras cosas, la necesidad de que EsSalud separe la función prestadora y aseguradora, a fin de especializar y dotar de independencia a los agentes financiadores y prestadores de servicios de salud.

De esa manera, en el 2015 mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, se realizaron los siguientes cambios en la estructura orgánica de EsSalud, descrita en su Reglamento de Organización y Funciones (ROF):

**Tabla 1. Funciones de aseguramiento en el ROF 2001 y ROF 2015**

Procesos que deben ejercer Iafas públicas	ROF 2001	ROF 2015
Suscripción y afiliación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia Central de Recaudación y Seguros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas</li> <li>• Oficinas de seguros y prestaciones económicas</li> </ul>
Gestión de asegurados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia Central de Atención al Asegurado</li> <li>• Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas</li> </ul>
Administración de fondos de aseguramiento en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia Central de Finanzas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia Central de Gestión Financiera</li> </ul>
Compra de prestaciones de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia Central de Operaciones, Redes Prestacionales y Redes Asistenciales</li> </ul>
Gestión de siniestros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerencia Central de Operaciones, Redes Prestacionales y Redes Asistenciales</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, 2019, basada en ROF de EsSalud 2001 y 2015.

Según la tabla anterior, se modificó la denominación de la Gerencia Central de Recaudación y Seguros por Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, y se mantuvieron las funciones en torno a la regulación del proceso de afiliación y gestión de información del asegurado. Asimismo, se le atribuyó por primera vez la regulación de los procesos de registro y recaudación de aportes de los asegurados potestativos y se crearon las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas como instancias que ejecutan los procesos de afiliación y entrega de prestaciones económicas en cada una de las regiones del país.

Respecto a la administración de fondos de aseguramiento en salud, se modificó la denominación de la Gerencia Central de Finanzas por Gerencia Central de Gestión Financiera. Con ello se relevaron las funciones en torno a la gestión de inversiones financieras y el control de los fondos recaudados por la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (Sunat) de los asegurados regulares.

Para atender al asegurado, se creó la Gerencia Central de Atención al Asegurado a cargo de regular y gestionar sus consultas y reclamos. Esto a través de plataformas de atención al asegurado.

La última innovación en la estructura orgánica es la creación de la Gerencia Central de Operaciones, órgano al que se le asignan funciones en torno a la compra de prestaciones de salud,

estimación de la brecha de servicios de salud y auditoría médica. La identificación y atención de necesidades de servicios de salud son ejecutadas por las redes prestacionales y asistenciales, organizadas por ubicación geográfica y dependencias de la Gerencia General y la Gerencia Central antes mencionada<sup>20</sup>.

Como se puede apreciar, no se describieron de manera integral las funciones de EsSalud como Iafas pública. Por eso, en el 2015 se conformó un equipo de trabajo, a cargo de la separación de funciones, que aprobó un plan para ejecutar dicho cometido a través de la formalización de los procesos de la institución como agente asegurador y la separación de cuentas. Las acciones previstas no han sido ejecutadas a la fecha.

### **3.6 Intento de reforma de los agentes involucrados en el AUS**

El 13 de enero de 2017, con Resolución Ministerial N° 017-2017-EF/10, el Ministerio de Economía y Finanzas creó la Comisión de Protección Social a fin de plantear reformas económicas para financiar la cobertura universal de aseguramiento de salud.

De esa manera, se elaboró un informe situacional mediante el cual la Comisión de Protección Social (2017) propuso que las Iafas públicas se agrupen en un asegurador único, denominado Fondo Único, que (i) recaude, a través de impuestos<sup>21</sup>, todos el presupuesto asignado a servicios de salud; (ii) mancomune los fondos públicos de salud existentes y administre sus riesgos, lo cual disminuirá los costos de transacción inherentes y permitirá negociar con mejores condiciones ante las Ipress; y (iii) compre servicios de salud a Ipress públicas y privadas a través de redes integradas que disminuyan los costos de transacción en la compra con cada una de las Ugipress existentes en el país. De esa manera se garantizará el acceso a los servicios de salud esenciales a toda la población (el PEAS) y la calidad en las prestaciones de salud a través de guías de práctica clínica. Para ello, se propuso dotar a dicha institución de independencia total en su gestión de los ministerios existentes, en especial para (i) la compra y evaluación de los servicios de salud en favor de los ciudadanos bajo criterios técnicos; y (ii) la designación de puestos de alta dirección en atención a criterios meritocráticos y no políticos, dada la alta especialización de sus funciones y la importancia en el bienestar de la población.

---

<sup>20</sup> Cabe precisar que los documentos de gestión de dichos órganos desconcentrados les otorgan autonomía administrativa y los dotan de órganos administrativos y autonomía para la gestión de los recursos asignados, previamente aprobados por las gerencias centrales de EsSalud con funciones afines.

<sup>21</sup> Lo cual implica la reducción progresiva de las contribuciones que actualmente recaudan las Iafas públicas.



A la fecha, dichas recomendaciones no se han implementado.

#### **4. Preguntas de investigación**

La presente investigación plantea la siguiente pregunta: ¿Qué impide a EsSalud culminar su adecuación administrativa como Iafas pública?

Para desarrollar la presente investigación, las preguntas secundarias que permitirán problematizar la investigación son las siguientes:

- ¿Cuáles son y cómo se ejecutan las funciones y procesos misionales que ejerce EsSalud como Iafas pública?
- ¿Cuáles son los factores que impiden a EsSalud culminar su adecuación administrativa como Iafas pública?
- ¿Qué acciones debe ejecutar EsSalud, el Ministerio de Salud o el Congreso de la República para agilizar y garantizar su adecuación administrativa como Iafas pública?

#### **5. Objetivos de investigación**

El objetivo principal del presente trabajo es describir y analizar los factores que impiden a EsSalud ejercer de manera integral su rol asegurador a fin de desarrollar propuestas para culminar su adecuación como Iafas pública **a ser** implementadas por la institución materia de investigación u otras entidades públicas relacionadas con la materia.

Los objetivos específicos de la investigación son los siguientes:

- Describir y analizar las funciones y procesos misionales que ejerce EsSalud como Iafas pública
- Identificar los factores que impiden a EsSalud culminar su adecuación administrativa como Iafas pública
- Proponer a ESSALUD u otras entidades públicas relacionadas con el aseguramiento universal en salud, acciones que permitan agilizar y garantizar que dicha institución culmine su adecuación administrativa como Iafas pública

#### **6. Marco metodológico**

##### **6.1 Tipo de investigación**

La investigación utiliza un enfoque cualitativo que se basa en la recolección y análisis de información, a partir de fuentes primarias y secundarias, para describir las funciones y procesos

de aseguramiento en EsSalud, así como las razones por las cuales no puede adecuarse administrativamente como Iafas pública.

## **6.2 Alcance de la investigación**

- El alcance del presente trabajo es descriptivo, dado que caracteriza y analiza las funciones y procesos de aseguramiento en EsSalud, así como las razones por las cuales no puede culminar de adecuarse administrativamente como Iafas pública.
- El alcance espacial está limitado a EsSalud como institución que debe culminar su adecuación administrativa como Iafas pública.
- El alcance temporal abarca desde el 2018 al 2019, ya que son los años en los que se ha recogido la información descrita en el presente documento.

## **6.3 Métodos de investigación y técnicas de análisis de información**

En primera instancia se ha revisado la normatividad y documentos del Minsa, SuSalud y otras organizaciones que investigan en torno al AUS en nuestro país. A continuación, se describió cómo la economía de salud caracteriza el mercado de seguros y las buenas prácticas consideradas en países latinoamericanos, dada su afinidad con el aparato público peruano.

Luego, se describieron las funciones y procesos de aseguramiento que ejerce EsSalud. La descripción se realizó a partir de la revisión de la normatividad y documentos de dicha Iafas pública, y entrevistas semiestructuradas a los servidores de las dependencias (a cargo de los procesos de aseguramiento).

Finalmente, se formuló una propuesta para que EsSalud se adecúe como Iafas pública a partir de los aportes brindados por la economía de la salud y entrevistas semiestructuras a servidores de otras Iafas públicas, privadas y expertos en aseguramiento en salud<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> El detalle de entrevistas se ha descrito en el anexo 2 del presente documento.

### **Capítulo III. Marco teórico**

#### **1. Los sistemas de salud**

La Organización Mundial de la Salud (2000) sostiene que los sistemas de salud, es decir, todas las organizaciones y recursos vinculados a la prestación de servicios de salud, tienen por objetivo mejorar la salud de la población a través de prestaciones que atiendan sus necesidades de atención, que traten de manera digna al paciente. Otro objetivo de los sistemas de salud es eliminar los pagos directos que los ciudadanos deben asumir para acceder a servicios de salud; de esa manera, se garantiza que las personas con mayores y menores recursos puedan acceder a sistemas de salud de manera equitativa, y se logra que la situación sanitaria de la población en su totalidad sea la mejor posible durante todo el ciclo de vida de la gente.

Dicho organismo manifiesta que se han desarrollado tres generaciones de reforma en los sistemas salud a nivel mundial:

- La primera generación de reformas se desarrolló entre 1940 y 1960, en los países más ricos y poco después en los más pobres. Se caracterizó por crear sistemas nacionales de atención sanitaria prestados por el Estado y de libre acceso a toda la población, subvencionados por la población trabajadora a través de seguros sociales. Por ser un sistema nominal, el Estado aumento drásticamente el gasto en salud, priorizando la asignación de recursos en las zonas con mayor densidad población y mayores recursos económicos, generando grandes exclusiones a la población vulnerable. La ineficiencia del sistema contribuyó al aumento del gasto, en tanto el Estado asumía principalmente la prestación de servicios de salud, sin condicionar la asignación presupuestal a la mejora de las condiciones de vida de las personas.
- La segunda generación de reformas se desarrolló entre 1960 y 1980. Tuvo por objetivo promover la atención primaria de salud, a fin de garantizar que toda la población recibiera un nivel mínimo de servicios de salud. En la práctica, el poder político de los países no asignó los recursos necesarios debido a que sus efectos son visibles en el largo plazo, los ciudadanos tenían poco tiempo para dedicarlo a la prevención, y los médicos no tenían interés en su desarrollo. Tampoco se consideraban las necesidades de los ciudadanos, debido a que la clasificación y organización de prestaciones esenciales se realizaba desde lo que el Estado consideraba la población requería, y no lo que efectivamente demandaban.
- La tercera generación de reformas se desarrolló desde 1980 hasta la actualidad. Centra la preocupación del Estado en lo que los ciudadanos demandan. De ese modo, los países priorizan la cobertura a toda la población por igual de prestaciones esenciales evaluando si

las mismas son eficaces respecto a las necesidades de los ciudadano. La cobertura de la población es realizada a través de seguros de salud obligatorios administrados principalmente por el Estado.

Como resultado, de las reformas antes descritas, la Organización Panamericana de la Salud (2005) manifiesta que los sistemas de salud de la mayoría de países desarrollan principalmente las siguientes funciones:

- Rectoría, es decir la conducción de la política general de salud y las acciones del sistema sanitario, la regulación y fiscalización del funcionamiento del sistema de atención a la salud, orientación y modulación del financiamiento, garantía de aseguramiento así como la armonización y control de la provisión.
- Financiamiento y aseguramiento en salud, es decir la recaudación, distribución y asignación de recursos a prestadores de salud a fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud y acceso de la población en caso los necesite, para lo cual administra los recursos financieros, afilia asegurados, compra prestaciones y paga a los prestadores.
- Provisión, es decir la atención directa de las personas por parte de personal profesional calificado.

El ejercicio de las funciones antes descrita enfrenta las fallas de mercado inherentes a los servicios de salud. De acuerdo con Arrow (1963), Restrepo (2016) y Parodi (1996), el mercado de servicios de salud es imperfecto por las siguientes razones:

- Los consumidores no conocen ni controlan la cantidad, regularidad y complejidad de los servicios que requerirán debido a que las enfermedades y daños se generan por eventos aleatorios. De esa manera, la demanda y gasto en servicios de salud es, a su vez, aleatoria e incierta.
- Los consumidores no pueden determinar si la prestación atendió sus necesidades debido a que no cuentan con la información necesaria para valorar las consecuencias de determinados tratamientos médicos o si el médico está induciendo la demanda para que aumente la cantidad o complejidad del consumo por aumentar su rentabilidad económica, lo cual genera asimetría de información desde la perspectiva del usuario:
- Existen monopolios naturales dado que existen barreras para el ingreso de nuevos prestadores de servicios de salud. La normatividad en la mayoría de países requiere acreditaciones de funcionamiento para los establecimientos de salud, lo cual representa altos niveles de inversión inicial. A los médicos también se le requiere inversión en acreditaciones y actualizaciones para prestar servicios de salud. Son requeridos altos niveles de inversión en

investigación para mejorar la calidad del servicio prestado. Esto induce a la concentración de proveedores que requieran contar con demanda asegurada de servicios de salud.

- No se pueden asegurar condiciones mínimas que la prestación logre los efectos esperados, que no dependen del establecimiento de salud, (como el acceso del paciente a agua potable, por ejemplo) y existen factores asociados a la prestación requeridos para la efectividad de los servicios (buena alimentación, por ejemplo).
- Los prestadores de servicios de salud no cuentan con incentivos para brindar servicios de salud a la población sin capacidad de pago por los servicios o por aquellos servicios cuyo costo de atención es alto. De esa manera, existe discriminación de precios y se afecta el bienestar de la población en su conjunto<sup>23</sup>.
- Los servicios asistenciales generan externalidades positivas, de modo que la mejora de la salud de un ciudadano genera efectos positivos en la salud de la población, al estar expuesto en mayor probabilidad a enfermarse por contagio, por ejemplo.
- No existe equidad en el acceso de servicios debido a que existe selección adversa, de modo que la población con escasos recursos o que demanda servicios de salud de alto costo no accede a los servicios de salud de la gente con mayores recursos en términos de cantidad, calidad, entre otros. Tampoco puede asumir el gasto de bolsillo (pago directo) por los servicios no cubiertos ni existirían servicios asignados a dicha población en el mercado debido a que resulta poco rentable, para los prestadores, brindarlos. De esa manera, existe inequidad horizontal definido por la Organización Mundial de la Salud (2000) como el tratamiento desigual a todas las personas que tienen la misma necesidad sanitaria, así como el tratamiento desigual a los ciudadanos con mayores necesidades de salud en términos de cantidad, calidad o costo.

## **2. Financiamiento de las prestaciones de salud**

La Organización Mundial de la Salud (2000) sostiene que, debido a las fallas de mercado inherentes a los servicios de salud, la escasez de recursos públicos y al aumento del gasto en salud a nivel mundial, los Estados han enfocado sus esfuerzos en mejorar sus funciones de financiamiento y aseguramiento, a fin de lograr la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y resguardar una interacción eficaz entre prestadores de servicios de salud y población.

---

<sup>23</sup> Tampoco cuentan con incentivos para brindar servicios de salud preventivos a los pacientes, que disminuyen la cantidad y tipo de consumo en el tiempo.

Los países financian los servicios de salud principalmente a través de seguros de salud. Al respecto, Gimeno (2005) manifiesta que cuando los ciudadanos requieren servicios de salud, el médico decide qué y cuántos servicios de salud requieren, dado el desconocimiento (del ciudadano) en la materia; de ese modo, es altamente probable que los médicos induzcan la demanda por servicios más costosos y complejos de aquellos que realmente se requieren. Ante ello, se sugiere que el paciente acceda a servicios de salud (y asigne los recursos correspondientes) a través de una aseguradora especializada en garantizar que sus asegurados puedan acceder a los servicios de salud que requieren, para lo cual compra prestaciones a establecimientos de salud y condiciona el pago a la atención de las necesidades de sus asegurados, en tanto cuenta con el conocimiento para defender los derechos (de los asegurados).

Según Arrow (1963) y Parodi (1996), otra de las razones que justifican el uso de los seguros de salud es la incertidumbre. Dado que la población no conoce con certeza cuándo, cuántos o qué servicios de salud requerirá y su costo, es altamente probable que, por propia voluntad, no resguarden los recursos necesarios para pagar el precio del servicio requerido. Ante dicha incertidumbre por los recursos necesarios para cubrirlos, gran parte de los países recaudan y administran dichos fondos a través de seguros; de esa manera, los usuarios o el Estado (en caso de poblaciones que no cuenten con capacidad para hacer frente a ello), realizan contribuciones fijas y periódicas a un agente asegurador o financiador para garantizar, con certeza, cobertura de costos y acceso a servicios de salud a cargo de agentes prestadores, cuando lo requieran. La contribución es determinada por estudios actuariales o proyectivos sobre el costo proyectado de los servicios que requerirá en el tiempo.

De esa manera, Culyer (2000) sostiene que los seguros de salud:

- Disminuyen los riesgos de impago por parte de los pacientes, ya que las aseguradoras administran las contribuciones que las personas han realizado a lo largo del tiempo a fin de cubrir los servicios que requieran a precios negociados con los agentes prestadores de servicios de salud. Estos precios son menores de los que incurriría una persona no asegurada que acude a un establecimiento de salud y desea asumir el costo real por ser atendido.
- Disminuyen el riesgo de liquidez de los prestadores de servicios de salud. Los agentes aseguradores estiman la probabilidad en la cual su población asegurada requerirá prestaciones de salud, lo cual permite que los agentes prestadores planifiquen y desarrollen mejoras en la prestación de servicios a los asegurados.

Según Gimeno y la Organización Mundial de la Salud (2010), las principales funciones de los seguros de salud son:

- Recaudar fondos a través de contribuciones directas, voluntarias u obligatorias, por parte de las familias, empresas, impuestos recaudados por el estado o donaciones del extranjero. Para ello, determinan tasas de aportación, copagos, impuestos, contribuciones obligatorias, etc.
- Mancomunar fondos, de modo que se acumulen y gestionen los recursos recaudados para garantizar que el riesgo financiero de tener que pagar por asistencia sanitaria, cuya necesidad es incierta, sea soportado por todos los miembros del fondo común y no solo por las personas que se enferman. De ese modo, el agente asegurador cubre los gastos de salud de la población cuando requieran acceder a dichos servicios, independientemente del perfil de riesgo de cada asegurado y la aportación brindada. Cuanto mayor recurso se mancomuna en el fondo, mayor se distribuirá el riesgo en la población asegurada.
- Comprar estratégica servicios de salud: los agentes aseguradores evalúan y estiman las necesidades de servicios de salud de sus asegurados, su variación en el tiempo y territorio, y proceden a evaluar el mercado de los agentes prestadores de servicios, de modo que se negocian la cantidad, características y condiciones de los servicios a brindar, así como el mecanismo de pago que mejor incentive el cumplimiento de los requerimientos (realizados por el agente asegurador, para mayor información ver el anexo 3 del presente documento). Cuanto mayor sea el volumen de la compra, mejores condiciones de negociación tendrá el agente asegurador.

El ejercicio de las funciones antes descritas debe considerar el enfoque de equidad hacia la población de escasos recursos o con mayor riesgo de enfermedad, de modo que:

- Se recauden a la población de acuerdo a sus ingresos, o se subvencione de manera parcial o total a aquellos los grupos poblacionales con menores o escasos recursos. Así, la cobertura individual no se determina por los recursos recaudados de manera individual, sino por la cobertura establecida por el agente asegurador.
- Se subsidie de manera cruzada a la población con mayor riesgo de enfermedad y menores recursos, de modo que los grupos poblacionales con mayores recursos subsidian de manera cruzada los servicios de los grupos poblacionales con menores recursos; asimismo, los grupos con menor nivel riesgo y consumo de servicios subsidian de manera cruzada los servicios del grupos con mayor nivel de riesgo y consumo.
- Se garantice la compra de servicios que cubran los servicios de la población de escasos recursos en términos de cantidad, calidad y oportunidad.

Al respecto, Culyer (2000) manifiesta que gran parte de los países desarrollados garantizan equidad en el financiamiento y prestación de servicios de salud, a través de sistemas públicos de financiamiento, subvención y entrega (de servicios de salud). De esa manera, se resguarda la equidad horizontal, es decir, equidad en el acceso al financiamiento y tratamiento que se requieren; asimismo, se garantiza la equidad vertical, es decir que aquellos con mayores ingresos participen en mayor medida en el financiamiento de servicios de salud, y que existan prestaciones de salud distintas a aquellos con necesidades de salud distintas

### **3. Fallas de mercado en los seguros de salud**

Arrow (1963) manifiesta que, si bien los seguros de salud son el mejor instrumento para financiar los servicios de salud, cuenta con las siguientes fallas de mercado:

- **Riesgo moral:** las personas que requieren asegurarse cuentan con mayor información que los aseguradores, de modo que dichos agentes diseñan primas considerando el promedio de las personas con alto y bajo riesgo. Como consecuencia, las personas con bajo riesgo de siniestralidad, es decir las personas sanas, no se asegurarán debido a que el costo es mayor a sus necesidades, de modo que se tenderá a asegurar a las personas que tienden a enfermarse. De ese modo, aumentan los costos en los que incurren las aseguradoras por cubrir población altamente riesgosa, y la recaudación será insuficiente o no será económicamente rentable. A su vez, las aseguradoras generan mayores deducibles y coaseguros a personas de alto riesgo de siniestralidad.
- Al conocer la cobertura de servicios disponibles, los asegurados reducen su cuidado y la atención para evitar que el suceso asegurado llegue a producirse, en tanto es altamente probable que la prestación requerida para atender las enfermedades por malos cuidados de salud forme parte de su cobertura. Por ese motivo, se aumenta la demanda de servicios y los costos en los que incurren las aseguradoras.
- Los agentes aseguradores incluyen, en sus primas, los costos administrativos que cubren las labores altamente especializadas que realizan, como estudios económicos, compra de prestaciones, mancomunación. Por la cantidad de recursos financieros que demanda, es altamente probable que el capital requerido para el ingreso de nuevas aseguradoras sea alto, lo cual constituye una barrera de entrada. De ese modo, es altamente probable que existan pocos agentes aseguradores en el mercado, lo cual genera mercados monopólicos, generando ineficiencia en el establecimiento de precios, acceso, etc.



#### **4. Separación de funciones de financiamiento y prestación**

Culyer (2000) sostiene que el principal obstáculo de los seguros de salud es el problema de agencia, debido a que los asegurados (principal) esperan que el prestador (agente) atienda las necesidades de servicios de salud de sus asegurados. Sin embargo, en la realidad, el paciente, al asumir solo parte del costo, querrá la mayor cantidad de tratamientos, y los prestadores querrán brindar e inducir a solicitar las prestaciones más caras y especializadas, debido a que no tienen incentivos para ser eficientes en el uso de recursos y buscan maximizar las prestaciones que cobrarán a los aseguradores, mas aún debido a que es común en los países en desarrollo que un solo agente centralice el aseguramiento y prestación de servicios. De esa manera, los agentes aseguradores (principal) no logran que los asegurados se comporten de manera eficiente, de modo que consumen más servicios de salud, y los proveedores brindan mayor y más prestaciones de salud.

Gimeno (2005) sostiene que es altamente rentable separar las funciones de financiamiento y prestación de servicios de salud a fin de delimitar responsabilidades de los aseguradores y prestadores, de modo que la financiación de los prestadores no responda al gasto por funcionamiento de los establecimientos de salud, sino a los servicios brindados a los asegurados que incentiven la producción cuantitativa y cualitativamente deseable, debidamente controlados por la aseguradora, conforme lo establezca la relación contractual asegurador-prestador. De esa manera, se genera un cuasi-mercado de servicios de salud, en el cual es altamente importante la definición del mecanismo para realizar el pago por las prestaciones brindadas y la distribución de riesgos, de acuerdo a la naturaleza de servicios que se pactan.

En concordancia con ello, Kutzin (2017) describe que cuando se integran en una sola organización el agente asegurador y prestador de servicios de salud, la autonomía es limitada; de esa manera, se dificulta el incentivo a los proveedores por mejorar su desempeño, dado que el financiamiento de sus acciones no se encuentra condicionado al cumplimiento de metas prestacionales en términos de cantidad, calidad u oportunidad. Por ello, es necesario que los prestadores de salud sean organizaciones sean autónomas e independientes de las aseguradores, de modo que se hagan responsables y asuman los riesgos por la asignación y uso de los recursos con los que cuentan.

## 5. Cobertura universal en salud

En concordancia con la tercera generación de reformas de los sistemas de salud, y las fallas de mercado de los seguros de salud, los países actualmente están implementando sistema de cobertura universal en salud.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2010) sostiene que los Estados miembros de dicha organización se comprometieron a reconocer a la salud como un derecho universal y, por tanto, asegurar el ejercicio pleno por parte de toda la población, a través del desarrollo de sistemas de financiación que disminuyan y eliminen en el tiempo la dependencia de pagos directos para el acceso a servicios de salud de la población. A fin de garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios de salud manera equitativa, y no sufrieran dificultades financieras por no poder cubrir dichos gastos (y evitar el riesgo financiero de impago), los países han instaurado sistemas de aseguramiento obligatorios, financiados a partir del pago de aportaciones por parte de la población o recursos recaudados por el Estado, realizados antes de sufrir una enfermedad (sistema prepagado), mancomunados por agentes aseguradores, y empleados para financiar servicios sanitarios, de modo que la población con mayores recursos y menor riesgo de enfermedad subvencione de manera cruzada a la población con menores recursos y alto riesgo de enfermedad. Dicha forma de financiamiento fue denominada cobertura universal en salud.

Según Kutzin (2017) y Fernandez (2015), la cobertura universal en salud implica que toda la sociedad puede acceder a los servicios de salud en la cantidad y calidad que necesitan, sin asumir el riesgo de no poder pagar por el costo de los servicios al momento de utilizarse. De esa manera, es fundamental diseñar los beneficios que el Estado cubrirá, reflejada en el cubo de la población, servicios y cobertura financiera; de esa manera, los estados deben decidir:

- La cobertura horizontal o poblacional, es decir qué grupos poblacionales u ocupacionales se encuentran cubiertos a través de subsidios asumidos por el Estado o contribuciones.
- La profundidad de la cobertura o cobertura prestacional, es decir qué servicios se cubren y cuáles no.
- La cobertura vertical o protección financiera, es decir qué parte del coste el Estado cubre, y qué gasto de bolsillo asume la población.

Sobre la materia, Cotlear (2015) sostiene que la cobertura universal de la salud es la principal política para garantizar el valor en el tiempo del presupuesto que invierten los estados y para superar las fallas de mercado de los servicios y seguros de salud. Así, se define la cobertura

universal de la salud como las acciones que permiten el acceso a los servicios de salud que la población necesita sin sufrir restricciones financieras en términos de cantidad, calidad, disponibilidad y otras características requeridas.

Se debe considerar que la cobertura universal en salud implica un cambio de paradigma en múltiples agentes en el sistema de salud, con intereses distintos e incluso yuxtapuestos, así como decisiones que impacta en el fuero político y social, motivo por el cual es una reforma cuyos resultados no serán visibles para la población en el corto plazo, y que no se agota en, por ejemplo, cobertura poblacional, debido a que existen características vinculadas a la calidad y equidad en los servicios de salud que deben lograrse y mantenerse en el tiempo.

## **6. Buenas prácticas en la cobertura universal en salud**

Respecto a las fallas de mercado de los seguros de salud, Culyer (2000) sostiene que, para disminuir el aumento desmedido de la demanda de servicios, los países han implementado (i) deducibles o copagos, mecanismo a través del cual se requiere pagos fijos o porcentajes respecto al costo total por cada uno de los servicios de salud requeridos; y (ii) pagos directos, a través de los cuales el agente asegurador cubre por servicios de salud específicos y hasta ciertos montos, lo que deja a cargo del usuario los demás servicios de salud o el exceso de consumo de ciertos servicios.

Sobre la materia, Saltman (2004) sostiene que los países europeos han introducido mecanismos de libre mercado en el aseguramiento de salud, es decir, herramientas que típicamente son utilizadas en los seguros privados (como competencia, libre elección de los asegurados para su atención, etc).

Gimeno (2005) manifiesta que la cobertura universal en salud requiere (i) empoderar al usuario, atribuyéndole la capacidad de elegir el establecimiento de salud de su interés y mejorando los mecanismos de recepción y atención de consultas respecto a la calidad de los servicios ofrecidos; (ii) aumentar en cantidad y calidad los servicios de atención primaria a toda la población, a fin de evitar que se demanden de servicios de salud de mayor complejidad, lo que encarecerá la cobertura asumida por el agente asegurador<sup>24</sup>; y (iii) garantizar un marco legal especial para los agentes aseguradores debido a que las normas que regulan las administraciones públicas no se encuentran adecuadas para promover las prácticas de libre mercado requeridas en el funcionamiento de los seguros públicos de salud<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> De acuerdo con Culyer (2000) es altamente probable que los agentes prestadores tiendan a brindar prestaciones de salud que supongan una menor utilización de recursos y generen mejores tasas de retorno, lo cual afecta directamente el acceso de la población, con menores recursos, a la atención primaria,

<sup>25</sup> Por ejemplo, se requiere exceptuarlo de los sistemas públicos de administración financiera para facilitar la inversión en instrumentos financieros típicamente utilizados por agentes aseguradores públicos

Fidel (2013) sostiene que todos los sistemas de salud tienden a brindar coberturas universales. Sin embargo, están reflexionando respecto (i) al volumen y tipo de cobertura de servicios, debido a la escasez de recursos y costos de prestaciones altamente especializadas; (ii) la necesidad de reducir la presencia del Estado en el financiamiento de los servicios de salud cuando la población pueda asumir dicho gasto y, en lugar de ello, aumentar el gasto asignado a la población que no tiene acceso a ello; (iii) el replanteamiento de la regulación existente respecto a los servicios de salud, en tanto el exceso normativo aumenta los costos de transacción y repercute en la calidad prestacional; y (iv) el desarrollo de estrategias de negociación con el gremio médico, previo a la implementación de cualquier mejora, ya que en todos los casos han mostrado oposición a los cambios en la prestación de servicios de salud.

Para ello, Titelman (2014) señala que es necesario optimizar la identificación de las características de los asegurados que pueden asumir un seguro de salud privado a fin de desarrollar mecanismos que incentiven su afiliación a agentes aseguradores privados o seguros contributivos y se garantice que los agentes aseguradores públicos cubran las prestaciones de salud mínimas.

Kutzin (2017) sostiene que la cobertura universal en salud requiere que los países (i) optimicen la recaudación de los ingresos que financian los servicios de salud, principalmente a través de impuestos, a fin de garantizar la disponibilidad de fondos para la compra de estos y las inversiones financieras que se requieran realizar para garantizar la rentabilidad del dinero mientras es resguardado por los agentes aseguradores; (ii) desarrollen sistemas de información únicos que concentren la mayor cantidad de información de los asegurados (atenciones recibidas, costo de la prestación, frecuencia, etc.) con la finalidad de rediseñar los planes de salud ofrecidos (identificando qué asegurados pueden asumir parcialmente los seguros de salud a través de primas o copagos y el costo-beneficio en las modificaciones de la cobertura de los servicios contenidos en los planes de salud que se ofrecen) y mejorar la compra de servicios de salud (replantear mecanismos de pago y priorizar agentes prestadores de servicios de salud con buen desempeño); y (iii) evalúen la organización del sistema de aseguramiento en salud, analizando si la cantidad y funciones de los agentes aseguradores y prestadores disminuye o se eliminan las fallas de mercado inherentes para garantizar la interrelación y sinergia (de los agentes aseguradores y prestadores).

## **7. Los sistemas de salud en América Latina**

Los sistemas de salud en Latinoamérica han implementado las tres generaciones de reforma, así como sistemas de cobertura universal en salud. Una de las decisiones fundamentales en dichos países ha sido la relación de los agentes aseguradores y prestadores de servicios de salud; de acuerdo a Giedón (2010), en Latinoamérica se pueden distinguir tres sistemas de aseguramiento:

- Sistema de fondos múltiples: existen principalmente dos principales agentes aseguradores (asegurador público y seguro social) que compran servicios de salud a agentes prestadores

externos, de modo que existe separación integral agente-principal. Tal es el caso de Argentina<sup>26</sup>, Chile<sup>27</sup>, Brasil<sup>28</sup> y Uruguay<sup>29</sup> y Colombia<sup>30</sup>.

- Sistema de Fondo único: existe un único agente asegurador que recauda y administra los fondos de aseguramiento en salud y compra a gran escala prestaciones de salud a agentes prestadores de terceros. Dicho sistema desea ser implementado en Chile y Brasil.
- Sistema de integración vertical: en este caso, existen principalmente dos agentes aseguradores (aquel del Ministerio de Salud y otro a cargo de la seguridad social) que financian las prestaciones de salud a través de su Red Propia de agentes aseguradores. La compra a agentes prestadores de terceros es limitada. Tal es el caso de Bolivia<sup>31</sup> y México<sup>32</sup>, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras,

Conforme se puede apreciar, no existe una forma única en la que se relacionan agentes asegurados y prestadores y los resultados generados son mixtos, motivo por el cual cada país debe analizar

---

<sup>26</sup> De acuerdo a la Ley N° 23660, existen Obras Sociales (entidades de derecho público no estatal que aseguran a los trabajadores, jubilados y otros que leyes dispongan, a partir de las aportaciones que dichas dependencias recaudan y fondos brindados por el Estado); la Ley N° 23661 establece que el Ministerio de Salud e Inclusión Social brinda prestaciones de salud a la población que no tiene acceso a Obras Sociales; también existen empresas privadas que, voluntariamente, ofrecen planes de salud a la población (Ley N° 26682).

<sup>27</sup> De acuerdo al Decreto Ley 2763, los fondos del aseguramiento en salud son administrados por la FONASA (entidad dependiente del MINSA CHILE que administra los fondos para el aseguramiento en salud (automáticamente) de los trabajadores, pensionistas y poblaciones vulnerables a un plan de salud único (símil al PEAS); establece copagos de acuerdo al nivel de ingresos de los trabajadores y si se requiere acceder a establecimientos de salud privados) y las ISAPRES (entidades privadas que se constituyen exclusivamente para administrar las aportaciones obligatorias de los asegurados que han optado por afiliarse voluntariamente a dichas instituciones; los asegurados pueden optar por brindar mayores pagos de acuerdo al tipo de plan que se elija, ya que las coberturas son distintas)

<sup>28</sup> De acuerdo a las Leyes 8,080, 9656 y el Texto Único Ordenado del 28.9.2017 existe el Sistema Único de Salud (que articula organizaciones estatales y federales para garantizar el aseguramiento universal de toda la población en Brasil, a partir de las contribuciones e impuestos que financian todas las prestaciones, brindadas a través de establecimientos de salud federales) y el sistema de iniciativa privada (organizaciones que garantizan la atención de planes de salud complementarios ,cuando el SUS determine que no puede garantizar la cobertura en una zona geográfica o servicios específicos; se brinda a través de establecimientos de salud privados y la población libremente puede afiliarse libremente, de manera no excluyente del SUS).

<sup>29</sup> En Uruguay existe la Junta Nacional de salud, a través de FONASA asegura a toda la población uruguaya (inicialmente afilia obligatoriamente a los trabajadores y en el tiempo ha ido incluyendo mayores grupos poblacionales). Sus fondos son administrados por el Banco de Previsión Social. Coexisten las aseguradoras de las fuerzas armadas, la policía y aseguradoras privadas. Los establecimientos de salud son externos a los agentes aseguradores.

<sup>30</sup> En Colombia, los trabajadores dependientes e independientes se afilian obligatoriamente a una entidad promotora de salud de su preferencia; la población vulnerable se afilia (o lo afilia la dependencia territorial correspondiente) también a una EPS; pueden acceder a planes y coberturas de aseguradoras privadas. Los establecimientos de salud son externos a los agentes aseguradores.

<sup>31</sup> En Bolivia existen Cajas de Salud (a cargo de asegurar obligatoriamente a los trabajadores a partir de sus contribuciones) y el Seguro integral de Salud (que asegura a la población que no puede acceder a cajas de salud). Cada aseguradora cuenta con su red de servicios propia. También existen aseguradoras y prestadoras privadas.

<sup>32</sup> En México, coexisten varios agentes aseguradores en torno a la seguridad social (como el Instituto Mexicano de la Seguridad Social, entre otros) que aseguran a trabajadores dependientes e independientes a partir de sus contribuciones y transferencias del gobierno; y aquellos que atienden a población sin seguridad social (principalmente al seguro popular como otros sistemas estatales de aseguramiento) financiados por recursos del Estado. Los aseguradores pueden a su vez brindar prestaciones de salud. También existen aseguradoras y prestadoras privadas.

las características institucionales de sus sistemas de salud para proponer reformas adecuadas a las distintas realidades nacionales, respecto a los agentes públicos y privados.

#### **Capítulo IV. Diagnóstico y análisis del proceso de adecuación administrativa de EsSalud como Iafas pública**

Perú ha iniciado la implementación del AUS que dispone, entre otras cosas, la separación de funciones de los agentes aseguradores, prestadores y gestores de recursos para la salud. De esa manera, las normas en torno al aseguramiento establecen que las Iafas pueden contar con Ipress propias, para lo cual deben separar las funciones de aseguramiento de las de prestación de servicios de salud.

Para ello, dichas instituciones deben acreditar ante Susalud que han aprobado un Manual de Gestión por Procesos y Procedimientos que caracterice los procesos hasta el nivel desagregado que ejercen como Iafas públicas, los cuales se describen a continuación:

- **Gestión del diseño de planes de salud:** constituido por todas las actividades que permiten elaborar los planes de salud que se ofertan a la ciudadanía, implementarlos, mejorarlos y monitorear su funcionamiento de acuerdo con lo establecido por el Minsa y la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Gestión de suscripción y afiliación:** constituido por todas las actividades que permiten incorporar afiliados en los planes que mantienen las Iafas. Este proceso incluye, entre otros, el registro y mantenimiento de la base de datos de afiliados, la recaudación de aportes o contribuciones para las Iafas bajo el régimen contributivo y la recaudación de los fondos de aseguramiento para las Iafas bajo el régimen subsidiado, semisub subsidiado y semicontributivo.
- **Administración de fondos de aseguramiento en salud:** conformado por todas las actividades que permiten garantizar un adecuado resultado en el manejo de los recursos financieros. Constituyen los fondos de aseguramiento, incluye la toma de decisiones sobre el uso de los recursos provenientes de las primas, aportes, cotizaciones o transferencias, así como la decisión sobre la realización de inversiones financieras y no financieras, constitución de reservas y gestión del riesgo corporativo.
- **Gestión de asegurados:** proceso destinado a la atención de las personas aseguradas o potencialmente asegurables de la Iafas pública, lo cual involucra la gestión de información, orientación y atención de reclamos.
- **Gestión de compra de prestaciones de salud:** es el proceso por el cual las Iafas públicas, a través de contratos o convenios, pactan las condiciones generales y específicas de servicio para los asegurados con las Ipress a cambio de una contraprestación y evaluando su cumplimiento.

- Gestión de siniestros: son todas las actividades que tienen por finalidad liquidar los siniestros, es decir, validar la prestación de recursos como facturación, transferencia presupuestal, contraprestación con otros servicios u otra forma de asignación de recursos.

Como se puede apreciar, los procesos antes descritos guardan estrecha relación con la función de financiamiento y aseguramiento de los sistemas de salud, motivo por el cual resulta altamente importante que las Iafas públicas documenten sus procesos misionales en atención a los procesos descritos, dada su importancia en el AUS y su contribución a la cobertura universal en salud en el país.

La adecuación de procesos implica, a su vez, otras adecuaciones; por ello, la norma en mención faculta que las Iafas públicas tercericen sus procesos en caso existan proveedores que ejecuten dichos procesos bajo estándares más eficientes (que las Iafas públicas), salvo el proceso “administración de fondos de aseguramiento en salud”, que es la razón de ser de las aseguradoras, siguiendo las disposiciones que el sector salud emita sobre la materia.

## **1. Descripción de los procesos que EsSalud ejerce como Iafas pública**

De la revisión de los documentos de gestión, documentos normativos, estudios y entrevistas a los servidores de EsSalud, la institución ejerce su rol como Iafas pública de la siguiente manera:

### **1.1 Gestión de planes de salud**

EsSalud cuenta con diferentes tipos de asegurados:

- Asegurados regulares: (i) los trabajadores activos y sus derechohabientes que laboran bajo relación de dependencia; (ii) pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia; (iii) trabajadores del hogar regulados en la Ley N° 27986 siempre que laboren una jornada mínima de cuatro horas diarias; (iv) pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, regulados en la Ley N° 27177; (v) servidores públicos contratados bajo el régimen laboral regulado en el Decreto Legislativo N° 1057 y sus derechohabientes; y (vi) los trabajadores independientes que sean incorporados por mandato de una ley especial. Los asegurados regulares aportan 9% de su remuneración<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Dicha tasa aplica para los trabajadores en relación de dependencia, ya que se han dado excepciones en torno a la tasa de aportación y base imponible. Los cambios normativos han establecido, por ejemplo, que los pensionistas aportan 4% de la pensión mensual.



- Asegurados agrarios: trabajadores de la actividad agraria dependientes e independientes y sus derechohabientes, y trabajadores de la actividad acuícola. Aportan 4% de la remuneración mensual que le corresponda abonar al trabajador. Los trabajadores independientes abonan el 4% de la remuneración mínima vital.
- Asegurados potestativos: aquellos trabajadores, profesionales independientes y otras personas no clasificadas como asegurados regulares, incluyendo sus derechohabientes. El aporte corresponde al plan aprobado por el Consejo Directivo de EsSalud.
- Las personas que se encuentran tramitando su reconocimiento de derecho de pensión ante la Oficina de Normalización Previsional (ONP), regulado en la Ley N° 28779. Aportan 4% de la remuneración percibida como asegurado regular al momento del cese; o cuando se deja de percibir ingresos o remuneraciones afectas, respectivamente
- Los asegurados regulares que accedieron al Régimen Especial de Jubilación Anticipada, en cuyo caso la AFP transfieren a EsSalud 4,5% de sus cuentas individuales de capitalización de aportes obligatorios.
- Los asegurados que cuentan con el Seguro Complementario de Trabajo en Riesgo, a través del cual EsSalud otorga cobertura adicional por accidentes a los trabajadores que desempeñan actividades de alto riesgo.

Según EsSalud (2019a), de un total de 11.451.501 asegurados a marzo del 2019, el 91,4% (10.467.514) de los asegurados son regulares, 6,2% (712.138) de los afiliados pertenecen al seguro agrario, 0,2% (23.478) son asegurados potestativos y 2,2% (247.371) son asegurados por otras coberturas.

De acuerdo con el marco legal, se cubre a los asegurados regulares todos los servicios de salud que requieran sin restricción de cobertura, tasa de aportación, períodos de carencia y consumo. Por este motivo no se han diseñado planes de salud (para asegurados regulares), pese a que en la práctica existen restricciones para el acceso a servicios de salud<sup>34</sup> debido al aumento del número de asegurados<sup>35</sup> y sus derechohabientes<sup>36</sup>, diversidad de las prestaciones requeridas<sup>37</sup> y costo de

---

<sup>34</sup> De acuerdo con Vermeersh (2016), el gasto anual de bolsillo por asegurado a EsSalud asciende a S/ 425,00, mientras que los asegurados al SIS gastan anualmente S/ 161,00.

<sup>35</sup> De acuerdo con EsSalud (2017a), la cantidad de atenciones, por cada 1.000 asegurados, ha pasado de 1.686 a 2.501,6 desde 1997 hasta 2016.

<sup>36</sup> De acuerdo con EsSalud (2019a), 44% de los asegurados es derechohabiente. No se cobran primas o coberturas diferenciadas por la cantidad de derechohabientes que los asegurados titulares afilian a dicha institución.

<sup>37</sup> De acuerdo con EsSalud (2017), el gasto en los hospitales de mayor complejidad de la institución se incrementó en más de 50% en el período 2006-2011.

la prestación de servicios de salud<sup>38</sup>. De esa manera, las coberturas de salud, diseñadas por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, dependen de la oferta de servicios disponibles y no las que efectivamente se requieren o impactan de manera positiva en las condiciones de vida de los asegurados. Esa información debería ser relevada por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto a través de estudios poblacionales y actuariales<sup>39</sup>.

Lo antes descrito se complejiza en tanto el Congreso de la República, mediante diversas leyes, ha ampliado la población asegurada de EsSalud con tasas de aportación diferenciadas, sin evaluar el impacto en su rentabilidad ni asignar mayores recursos para financiarlo<sup>40</sup>. De esa manera, Grushka (2016) sostiene que (i) el costo promedio por asegurado regular es S/ 529; el costo por asegurado agrario, S/ 394 y el costo por asegurado potestativo, S/ 1.335. Esto evidencia el subsidio cruzado del seguro regular respecto a los demás seguros de salud<sup>41</sup>, (ii) la tasa de aportación de los trabajadores jubilados es del 4% de sus pensiones, lo cual no cubre el costo promedio de las prestaciones requeridas por dicho grupo poblacional<sup>42</sup>.

Si bien no se han diseñado planes de salud para los asegurados potestativos, el Consejo Directivo de EsSalud cuenta con funciones para determinar su tasa de aportación (pago de primas mensuales) y condiciones asegurables distintas (por ejemplo, se ha determinado que la cobertura brindada a los asegurados potestativos es la capa simple). Ambos elementos han sido diseñados por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas; sin embargo, su nivel de penetración es bajo y la información utilizada, relevada por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, también es insuficiente.

Las funciones y procesos antes descritos se describen a continuación:

---

<sup>38</sup> De acuerdo con EsSalud (2016), la tasa de aportación es menor a la de países como Argentina (13,2%), Bolivia (10%) y Colombia (12,5%). Incluso, en países como Chile, el Gobierno financia parte de las prestaciones de las instituciones a cargo de la seguridad social.

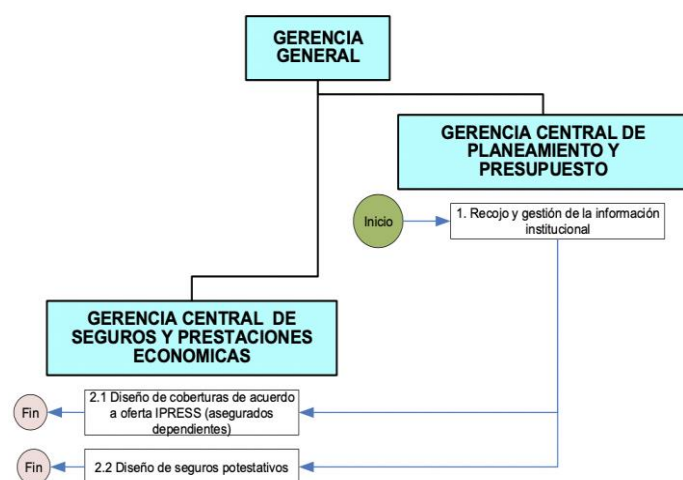
<sup>39</sup> De acuerdo con EsSalud (2017), factores como la edad, ocupación, entre otros, afecta el riesgo de cada asegurado. Esto debe ser medido para determinar el tipo de seguro más conveniente para el asegurado.

<sup>40</sup> Por ejemplo, con el Decreto Legislativo N° 1057, se estableció que los trabajadores CAS tienen derecho al seguro regular de EsSalud; sin embargo, la base imponible máxima de dicho grupo poblacional es 30% de la unidad impositiva tributaria vigente.

<sup>41</sup> Al respecto, se debe considerar que, de acuerdo a EsSalud (2018), la cantidad de asegurados regulares ha aumentado en 50% desde 2008 hasta 2017, mientras que los asegurados potestativos han disminuido en 32% aproximadamente.

<sup>42</sup> De acuerdo con EsSalud (2015a), 13,8% de sus asegurados son pensionistas.

**Gráfico 2. Interrelación de las funciones en torno a la gestión de planes de salud por órgano**



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Cabe precisar que las normas de AUS han dispuesto que la Iafas EsSalud no considere, dentro de su gestión, las prestaciones económicas<sup>43</sup>, que son mecanismos de asignación dineraria a los asegurados para facilitar su reinserción laboral. De esta manera, la adecuación de EsSalud como Iafas requerirá que dicha institución desarrolle un modelo de gestión paralelo para gestionar las prestaciones económicas (por ejemplo, diferenciar la gestión de prestaciones económicas en un estado financiero distinto), lo cual aumentó los gastos de operación de EsSalud.

## 1.2 Suscripción y afiliación

Las reglas de suscripción y afiliación de los asegurados regulares se han establecido por mandato legal; en ese sentido, la institución no puede desarrollar ni restricciones en la cobertura, ni requerimiento de copagos para prestaciones altamente especializadas de acuerdo al perfil de siniestralidad del asegurado.

EsSalud no ha desarrollado estrategias para promocionar seguros, dado que la institución no cuenta con incentivos para captar mayor población<sup>44</sup>. De esa manera (i) pierde la población que

<sup>43</sup> Según Grushka (2016), en el 2014 se beneficiaron 346 mil asegurados de dichas prestaciones. EsSalud (2018a) sostiene que, a diciembre de 2017, 6,8% de los gastos de la institución fueron asignados a las prestaciones económicas.

<sup>44</sup> En tanto los ingresos de la institución no han variado en el tiempo.

cuenta con recursos para financiar coberturas mayores<sup>45</sup>, que termina recurriendo a Iafas privadas; y (ii) no desarrolla estrategias para captar mayor población en edad de aportación<sup>46</sup> o que se encuentren en condición de trabajador<sup>47</sup>.

Sobre la recaudación de los aportes, la Ley N° 27334 establece que Sunat se encarga de (i) afiliar a los trabajadores dependientes a EsSalud; (ii) recaudar sus fondos, para lo cual cobra 1,4% de la recaudación a su cargo; (iii) devolver los ingresos recibidos por exceso o indebidos; y (iv) cobrar en caso las aportaciones no se realicen de acuerdo con la normatividad que regula la materia. Los asegurados potestativos y otras coberturas (incluyendo a los asegurados agrarios independientes) aportan directamente a entidades bancarias afiliadas a EsSalud. De acuerdo con Grushka (2016):

- La Sunat no ejerce la cobranza de todos los empleadores que deben las contribuciones a EsSalud<sup>48</sup>.
- La verificación y validación de información por EsSalud (incluyendo la información de las contribuciones que recauda dicha institución y Sunat) es lenta e insuficiente<sup>49</sup> dado que no cuenta con información completa de los asegurados en tiempo real<sup>50</sup>, los servidores de EsSalud cuentan con poco conocimiento para ejercer las labores de verificación y validación de información y no se han esclarecido todas las funciones para llevarlas a cabo<sup>51</sup> y saber cómo se articulan (en tanto no se ha determinado en ningún documento de gestión la secuencialidad de las labores)<sup>52</sup>.

Lo antes descrito afecta la oportunidad de cobranza, la disponibilidad de fondos para la compra de prestaciones de salud e incluso la confiabilidad de la información con la que cuenta EsSalud para mantener la cobertura activa de sus asegurados.

---

<sup>45</sup> De acuerdo con EsSalud (2015a), 44,9% de los asegurados estarían dispuestos a pagar por atención inmediata en una Ipress privada y 34,9% estaría dispuesto a financiar medicinas no disponibles en EsSalud. Asimismo, EsSalud (2016a) afirma que 70% de los asegurados mayores de 14 años se encuentra empleado, 14,5% ha sido contratado como obrero y 13,2% es trabajador independiente.

<sup>46</sup> De acuerdo con EsSalud (2019a), 50% de la población mayor de 60 años en el país está afiliada a dicha institución y 57% de la población mayor de 70 años también.

<sup>47</sup> De acuerdo con Grushka (2016), 35% de la población asalariada aún no se ha afiliado a EsSalud.

<sup>48</sup> De acuerdo con EsSalud (2017), al 31 de diciembre de 2016, Sunat tiene deudas por cobrar (por contribuciones de los empleadores) de S/ 3.269 millones. Dicha institución ha calificado 84,43% como deuda exigible. Solo el 9,29% se ha calificado como gestionable.

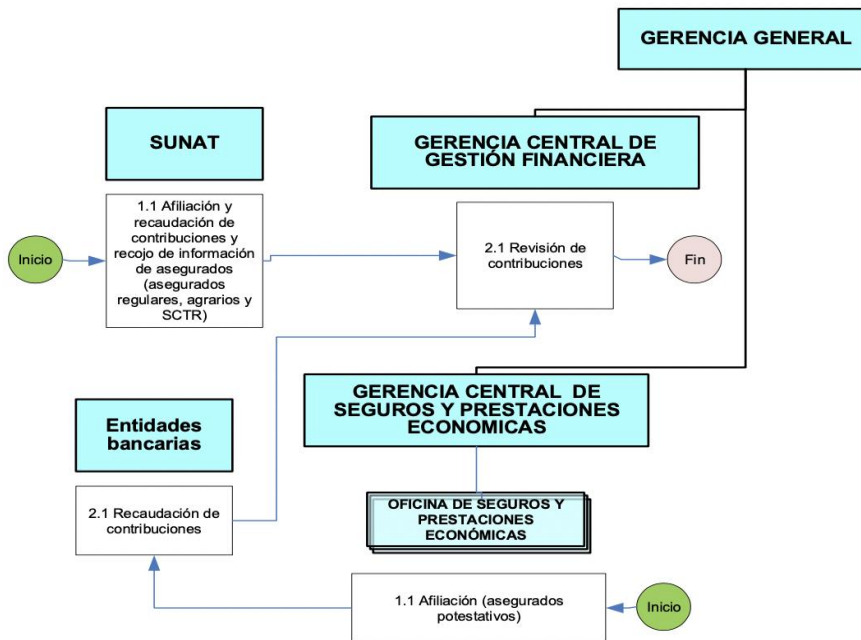
<sup>49</sup> Por ejemplo, de acuerdo con EsSalud (2018a), la Sunat cobró recaudaciones de los empleadores desde 2002 al 2017 por un monto de S/ 402 millones. Este monto fue transferido directamente al tesoro público y no a la institución. Dicho monto será devuelto a la institución en ocho cuotas semestrales hasta el 2020.

<sup>50</sup> Por ejemplo, EsSalud manifiesta que Sunat les remite información sobre las contribuciones recaudadas. Sin embargo, no se puede identificar el empleador que contribuyó, las aportaciones por asegurado, la oportunidad de la contribución, etc.

<sup>51</sup> Por ejemplo, no se ha establecido qué dependencia al interior de EsSalud determina las contribuciones no recaudadas por Sunat.

<sup>52</sup> Cabe precisar que dicha problemática afecta la verificación de las contribuciones y deudas de las contribuciones que recauda EsSalud de los asegurados potestativos. No se han atribuido funciones de cobrar a asegurados que no pagan contribuciones.

**Gráfico 3. Interrelación de las funciones en torno a la suscripción y afiliación por órgano**



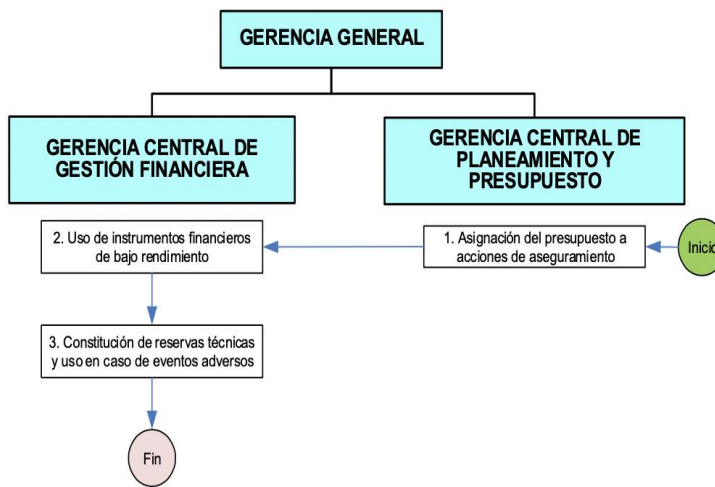
Fuente: Elaboración propia, 2019.

### 1.3 Administración de fondos

De acuerdo con EsSalud (2018a), los ingresos a diciembre de 2017 fueron de S/ 10.155 millones que se desagregan de la siguiente manera: 94,5% provienen de los aportes recaudados de los asegurados regulares; 2,5%, de los aportes retenidos a los jubilados que retiran sus pensiones en el marco de la Ley N° 30478; 1,6%, de los asegurados agrarios; 0,8%, de los afiliados al Seguro Complementario de Trabajo en Riesgo; 0,3%, de los asegurados potestativos; y 0,3%, por la venta de servicios de salud a los no asegurados. Los costos y gastos de administración sumaron un total de S/ 10.731 millones que se desagregan en los siguientes conceptos: 52,3% en costo de personal, 15% en costo de medicinas y material necesario para las prestaciones de salud, 9,5% en prestaciones de salud encargadas a terceros, 6,8% en prestaciones económicas y 16,4% en otros gastos.

En la gestión de los instrumentos financieros se identifica que la priorización y asignación presupuestal está a cargo de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, mientras que la estructuración y gestión es labor de la Gerencia Central de Gestión Financiera, conforme se describe a continuación:

**Gráfico 4. Interrelación de las funciones en torno a la administración de fondos por órgano**



Fuente: Elaboración propia, 2019.

En cuanto a los instrumentos financieros, se ha identificado que el presupuesto priorizado y asignado es limitado, la especialización de la institución en su gestión es insuficiente y no se han desarrollado normas y criterios respecto a su uso<sup>53</sup>. De acuerdo con EsSalud (2018a), en el 2017 los ingresos financieros ascendieron a S/ 224 millones, que representa el 2% de los ingresos percibidos por la institución. Grushka (2016) manifiesta que el rendimiento de la cartera de inversiones financieras de EsSalud es baja<sup>54</sup>.

Sobre la reserva técnica, las normas de creación de EsSalud han regulado el porcentaje a resguardarse, la modalidad de aprobación y los casos en los que puede usarse. Esto impide que pueda utilizarse ante cambios en la siniestralidad de los asegurados o aportaciones recibidas. Al respecto, Grushka (2016) manifiesta que la reserva técnica ha sido utilizada, por declaratoria de emergencia del Consejo Directivo de EsSalud en el 2009, cuando se exoneraron las gratificaciones de navidad y fiestas patrias de contribuciones a la seguridad social y luego de la crisis financiera internacional. Dichos eventos disminuyeron los ingresos percibidos por EsSalud y justificaron la necesidad de utilizarla.

<sup>53</sup> Por ejemplo, EsSalud no cuenta con políticas, reglamento o manuales de inversiones financieras.

<sup>54</sup> La tasa promedio de rendimiento de la misma fue de 7,3% en 2014. Los instrumentos financieros más utilizados son altamente conservadores, como los bonos no gubernamentales (30%), bonos gubernamentales (21%), cajas y depósitos (21%).

Finalmente, se identifica que EsSalud no ha desarrollado acciones para gestionar sus riesgos corporativos<sup>55</sup>, no ha cumplido con la elaboración y aprobación de instrumentos establecidos por Susalud<sup>56</sup> y no ha asignado funciones de gestión de riesgo corporativo a ninguna de las dependencias, lo cual aumenta su exposición a los efectos negativos de hechos adversos que pueden afectar su rol asegurador.

De acuerdo con Grushka (2016), de mantenerse las deficiencias en la administración de fondos, al 2025, (i) generaría pérdidas de alrededor del 6% de los ingresos recaudados<sup>57</sup> y (ii) requeriría aumentar los ingresos percibidos en 18%, o el aumento de la tasa de aportación promedio a 9,6%, para que las Ipress renueven las tecnologías sanitarias en el nivel suficiente para garantizar prestaciones de salud de calidad.

#### **1.4 Gestión del asegurado**

La gestión del asegurado se realiza de la siguiente manera:

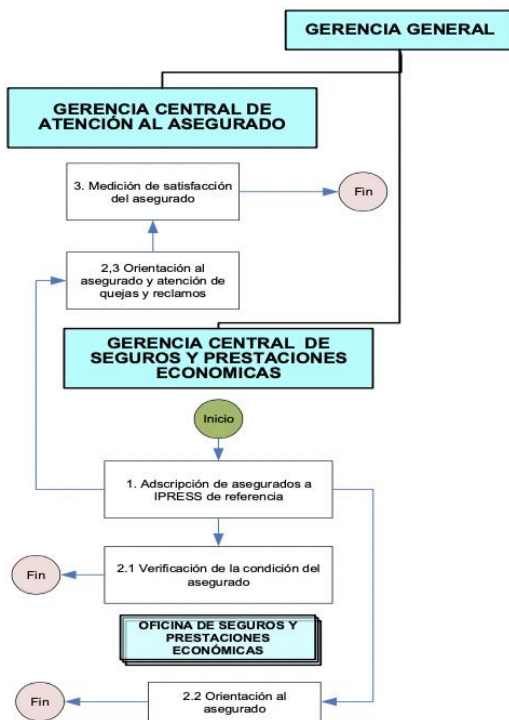
---

<sup>55</sup> Es decir, acciones para disminuir, evitar o trasladar la exposición de la institución a hechos que, probablemente, afecten el desempeño de los procesos de EsSalud como Iafas pública.

<sup>56</sup> De acuerdo con Susalud, las Iafas deben contar con una política, manual y plan de gestión de riesgos integrales.

<sup>57</sup> Ello en concordancia a lo manifestado por Vermeersh (2016) respecto a que el monto real de las aportaciones por asegurado ha experimentado una caída significativa desde el 2006 al 2014 (de S/ 600 a S/500 aproximadamente). Esto debido al aumento de afiliados a EPS, la disminución de los ingresos de los aportantes y el aumento de las exoneraciones de aportación dadas por el congreso a través de leyes.

**Gráfico 5. Interrelación de las funciones en torno a la gestión del asegurado por órgano**



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Como se puede apreciar, los asegurados de EsSalud son adscritos por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas a una Ipress de referencia, de acuerdo a la cercanía con la dirección registrada en el documento nacional de identidad<sup>58</sup>. De esa manera, el asegurado debe acudir a esa Ipress para diagnóstico y tratamiento. De requerirlo, las Ipress podrán referirlo a otra de mayor complejidad.

La adscripción no considera el perfil epidemiológico y ubicación real<sup>59</sup> del asegurado, así como la cartera de servicios disponible para su atención<sup>60</sup>. La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, órgano a cargo de la adscripción, no cuenta con dicha información.

<sup>58</sup> De acuerdo con EsSalud (2018), alrededor del 50% de los asegurados se encuentra adscrito a las redes de Lima y Callao, 33% en las redes con mayor desarrollo económico (La Libertad, Arequipa, Lambayeque, Junín, Piura, Puno y Cuzco) y el resto en las redes con menor desarrollo económico. Al respecto, de acuerdo con Renipress, al 11 de abril de 2019, de las 375 Ipress de EsSalud registradas antes Susalud, el 13,87% prestan servicios en Lima; 10,4%, en la Libertad; 6,1%, en Arequipa; 15%, en Piura, Puno y Junín; y el resto, en las demás ciudades del país que cuentan con mayores carencias económicas.

<sup>59</sup> De acuerdo con EsSalud (2015a), el 73% de los asegurados señala que ha sido atendido en la Ipress en la que se encuentra adscrito y 46% logro ser referido a otra Ipress. En concordancia con ello, Enaho (2016) sostiene que el 91,38% de los asegurados han acudido a servicios a dichos servicios de salud en la misma ciudad en la que vive.

<sup>60</sup> De acuerdo con EsSalud (2018), alrededor del 40% de las Ipress de EsSalud con mayor capacidad resolutoria (Ipress III) forman parte de las redes de salud con mayor desarrollo económico (La Libertad, Arequipa, Lambayeque, Junín, Piura, Puno y Cuzco), 15% en Lima y Callao y el resto en las redes con menor desarrollo económico.



La percepción de los asegurados no es considerada al momento de organizar las prestaciones de salud a cargo de las Ipress propias<sup>61</sup>. El Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2016) sostiene, respecto a los servicios de consulta externa, que (i) el tiempo promedio desde que el usuario ingresa al establecimiento de salud hasta que es atendido es de 80 minutos<sup>62</sup>; (ii) 74% de los asegurados se encuentra satisfecho con los servicios de salud a los que accedió<sup>63</sup>; y (iii) 80% de los asegurados presentaron algún reclamo sobre el servicio<sup>64</sup>. De estos últimos, el 50% percibe que el problema fue solucionado<sup>65</sup>. Como consecuencia, Grushka (2016) sostiene que (i) el nivel de utilización de los servicios de salud por sus afiliados es bajo, en tanto que el 49% de sus afiliados declara padecer algún problema de salud crónico; sin embargo, solo 29% acudió a una Ipress de EsSalud; y (ii) según EsSalud (2015a), el 71,6% de los asegurados que tuvo un problema de salud obtuvo atención médica.

EsSalud tampoco ha desarrollado esfuerzos para empoderar a sus asegurados y garantizar el máximo aprovechamiento de los servicios de salud con los que cuenta. No se han determinado protocolos ni directrices en los puntos de encuentro con el asegurado que se encuentra a cargo de las gerencias centrales de seguros y prestaciones económicas y de atención al asegurado. Así, de acuerdo a EsSalud (2015a), el 8,3% de los asegurados tiene conocimiento de los derechos y deberes con los que cuenta.

La gestión de la información de los asegurados se encuentra limitada por las siguientes razones:

- La información es cargada y actualizada en los sistemas informáticos de EsSalud de manera manual, en tanto no interopera en tiempo real con los sistemas informáticos de Sunat (en los que se registra información y aportaciones de los asegurados dependientes, datos personales, estado de afiliación y tipo de seguro), SuSalud (para verificar que el asegurado cuenta con

---

<sup>61</sup> De acuerdo con EsSalud (2015a), los asegurados han valorado la calidad de los servicios de consulta externa con 12,8%, hospitalización con 13,7% y emergencias con 12,3%. EsSalud (2016a) manifiesta que, en líneas generales, el 46% de los asegurados percibe la atención médica como buena, el 44% percibe la atención administrativa como mala y el 66,5% de los asegurados relaciona EsSalud con el tiempo de espera.

<sup>62</sup> En concordancia con ello, EsSalud (2017) sostiene que el tiempo de la referencia de un paciente del primer nivel a un establecimiento de segundo o tercer nivel de atención es de 27,8 días promedio.

<sup>63</sup> De acuerdo con EsSalud (2015a), solo 36,8% de los asegurados prefiere atenderse en Ipress propias de EsSalud y el 50,9% tiene desconfianza en las prestaciones de salud que brinda dicha institución, principalmente por el tiempo de espera para ser atendido y el maltrato recibido por los pacientes.

<sup>64</sup> De acuerdo con EsSalud (2018a), 97% de las Ipress cuenta con un libro de reclamaciones y un responsable de registrar la totalidad de solicitudes de atención solicitadas por los usuarios a través de él. El tiempo promedio de atención de reclamos es 24 días. Según SuSalud (2018), en el tercer trimestre de 2018, de los 8.405 casos atendidos, EsSalud ha sido la institución (respecto a sus funciones como Iafas e Ipress) de la cual proviene la mayor cantidad de casos (37,1% del total).

<sup>65</sup> De acuerdo con EsSalud (2016a), el 66% de los reclamos presentados se relaciona con problemas de citas; el 19%, con falta de medicamentos; y el 12,5%, con problemas en las referencias generadas.

- otro seguro de salud o EPS al que requiere ser derivado de acuerdo al tipo de prestación que necesita), o incluso con la información de los sistemas informáticos institucionales<sup>66</sup>.
- No existen reglas para el registro y uso de información que se alberga<sup>67</sup>.

De esa manera (i) es altamente probable que se atienda un asegurado que corresponde ser atendido por Ipress de otras Iafas<sup>68</sup>; y (ii) los mecanismos de verificación, determinación de la vigencia, nivel de cobertura, entre otros datos, son inadecuados. Por esto, es muy probable que dichas prestaciones sean brindadas pese a que no tengan derecho a ellas<sup>69</sup>.

Sobre la verificación de la condición del asegurado, de acuerdo a EsSalud (2018a), la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas ha realizado 27.645 auditorías de seguros en el 2017 (17% menos que el año anterior). Mediante ellas se ha evaluado si el asegurado accedió a los servicios de salud en el marco de su cobertura. Sin embargo, la normatividad interna que regula la verificación, no se encuentra actualizada<sup>70</sup> con la organización y funciones de las dependencias que conforman EsSalud, lo cual retrasa y dificulta su ejecución, carga en el sistema y uso de la información recabada de dichas labores.

Respecto a los puntos de encuentro con los asegurados, de acuerdo con EsSalud (2018a), al 2017 existen 101 oficinas de atención al asegurado y 35 oficinas de seguros y prestaciones económicas. También se cuenta con el canal telefónico denominado EsSalud en Línea, plataforma<sup>71</sup> que permite a los asegurados (i) obtener, conformar y hacer seguimiento a sus citas médicas; (ii) orientar y dar consejería en temas de salud; y (iii) presentar quejas y reclamos de los asegurados respecto a la vulneración de sus derechos<sup>72</sup>. Los puntos de encuentro con el asegurado ejercen

---

<sup>66</sup> Por ejemplo, los sistemas de información a cargo de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas no resguardan información sobre la satisfacción de los asegurados. Esto se encuentra a cargo de la Gerencia Central de Atención al Asegurado.

<sup>67</sup> Por ejemplo, el sistema permite registrar a asegurados prestaciones que no forman parte de la cobertura de salud asignada, de acuerdo al tipo de seguro con el que cuenta.

<sup>68</sup> Según EsSalud (2015a), 4,6% de los asegurados de dicha institución se encuentran también afiliados a otra Iafas. Sin embargo, no se han desarrollado reglas para evaluar qué Iafas debe asumir la prestación requerida por el asegurado.

<sup>69</sup> De acuerdo con EsSalud (2018a), solo 6 de las 35 oficinas de seguros y prestaciones económicas culminaron 51,7% de las acciones de verificaciones asignadas. Las demás no alcanzaron ni el 30%. Al respecto, Vermeersch (2016) manifiesta que 97,7% de los afiliados a EsSalud tienen DNI válido.

<sup>70</sup> Por ejemplo, las normas suponen la existencia de oficinas de seguros en las redes prestacionales y asistenciales; sin embargo, la estructura orgánica de EsSalud supone que no existen dichas dependencias y algunas de sus funciones han sido asignadas a la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas. De esa manera, no se ha precisado qué dependencia debe hacer seguimiento a las recomendaciones de las auditorías de seguros.

<sup>71</sup> Cabe precisar que el 2018 ha iniciado el uso de EsSalud en línea a través del portal de dicha institución y una aplicación virtual, sin embargo se encuentra pendiente de despliegue.

<sup>72</sup> De acuerdo con EsSalud (2018a), hasta diciembre de 2017, la institución contaba con 25 centrales telefónicas (1 en Lima y 25 en provincias). Atendieron 25,3 millones de llamadas telefónicas (86,3% de las llamadas entrantes).

funciones distintas pero complementarias<sup>73</sup>; sin embargo, no coordinan la ejecución de actividades y no comparten información entre sí, lo que dificulta la atención integral<sup>74</sup> e impide brindar información actualizada en tiempo real.

### **1.5 Compra de prestaciones de salud**

La compra de prestaciones de salud a Ipress públicas que no pertenecen a EsSalud debe realizarse a través del intercambio prestacional<sup>75</sup>. La compra a Ipress privadas se realiza conforme a los procedimientos descritos en las normas de contrataciones públicas. Dado que EsSalud cuenta con Ipress propias, la compra de prestaciones de salud se realiza de la siguiente manera:

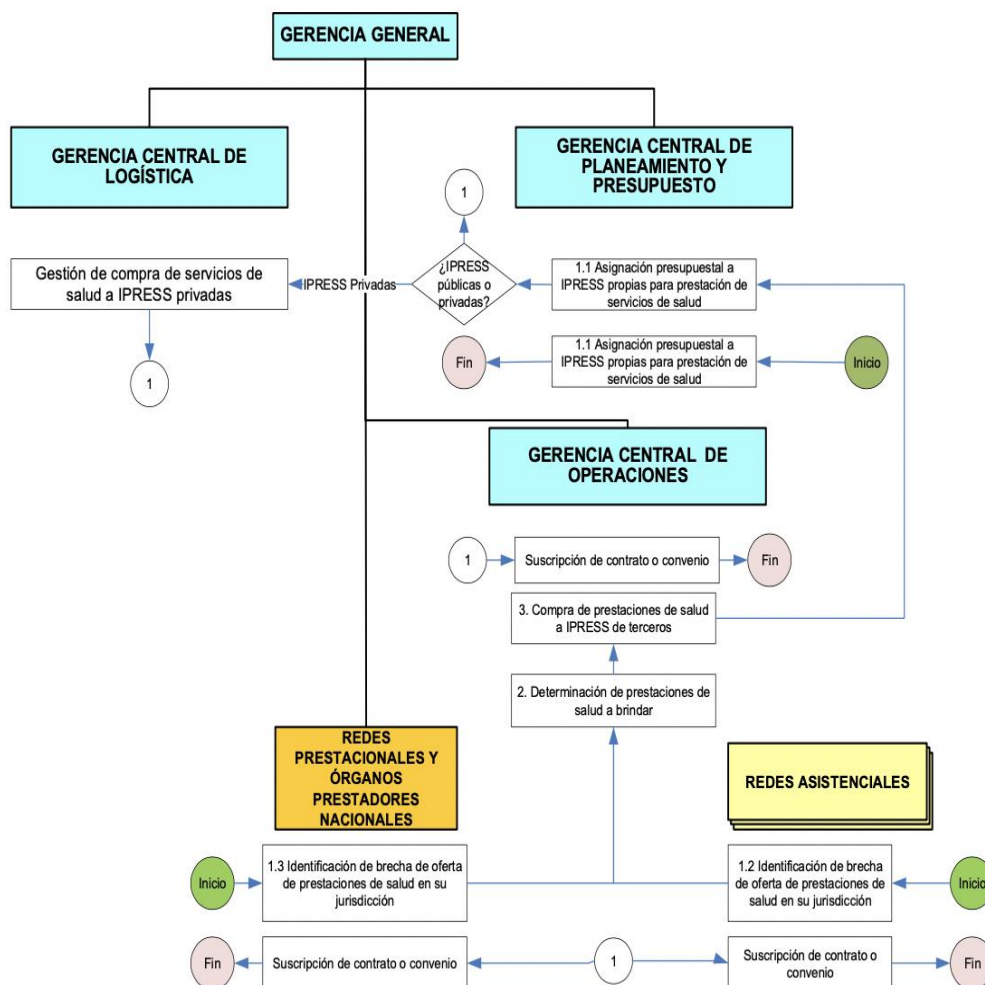
#### **Gráfico 6. Interrelación de las funciones en torno a la compra de prestaciones de salud, por órgano**

---

<sup>73</sup> Las oficinas de atención al asegurado y EsSalud en línea (dependientes de la Gerencia Central de Atención al Asegurado) se encargan de la orientación y atención de los reclamos y solicitudes de mediación presentados por los asegurados que reciben atenciones de salud en EsSalud. Las oficinas de seguros y prestaciones económicas (dependientes de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas) se encargan de la atención de los requerimientos de prestaciones económicas, la verificación de la vigencia de la cobertura de los asegurados, así como de realizar auditorías de seguros, fiscalización y control posterior en el ámbito territorial asignado.

<sup>74</sup> De acuerdo con EsSalud (2016a), el 2% de los asegurados presentaron su reclamo en una oficina de atención al asegurado o en una oficina de seguros y prestaciones económicas. El 80% de los asegurados conoce al menos un servicio que brinda EsSalud.

<sup>75</sup> De acuerdo con OECD (2017), en el 2016 solo 1% del presupuesto asignado al sector salud ha sido utilizado para financiar dichas acciones. Es de resaltar que (i) las Iafas públicas han hecho uso principalmente del mecanismo de pago denominado pago por servicio, lo cual ha aumentado la oferta de prestaciones de salud y los que más necesitan sus asegurados; y (ii) las Ipress del Minsa y los gobiernos regionales cuentan con mayor experiencia en atenciones de salud preventiva, mientras que las Ipress de EsSalud se han desarrollado atención de salud de alta complejidad.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

La compra a Ipress de terceros ha sido poco significativa en EsSalud<sup>76</sup> dado que (i) las normas, procedimientos, sistemas de costeo y atención hospitalaria son distintos a los utilizados por Ipress de terceros<sup>77</sup>, lo cual dificulta el control durante la prestación de los servicios de salud<sup>78</sup> y su posterior liquidación; (ii) la Gerencia Central de Operaciones no ha establecido criterios (estándares de calidad, costos, cantidad, frecuencia, nivel de complejidad) para dimensionar a nivel de detalle la brecha de servicios de salud, en qué casos se requiere y si es conveniente la

<sup>76</sup> Así (i) según Grushka (2016) 21 mil atenciones de salud fueron hechas a través de dicha modalidad y (ii) de acuerdo con EsSalud (2015a), el 15% de las atenciones de salud se realizó a través de una Ipress que no pertenece a EsSalud, debido al tiempo que toma la atención de requerimientos por la Gerencia Central de Logística.

<sup>77</sup> De acuerdo con Vermeersh (2016), el sistema de costeo de EsSalud genera que las tarifas sobre las cuales dicha institución compra servicios de salud incluyan el costo total de la prestación, mientras que SIS considera, en las tarifas, solo costos variables. Respecto a los sistemas de gestión hospitalaria, las unidades de pago, códigos, denominaciones de los diagnósticos y procedimientos médicos son distintos entre EsSalud y las demás Iafas. Asimismo, EsSalud ha establecido normas, procedimientos y guías de práctica clínica alternativas a los dispuestos por el Minsa.

<sup>78</sup> De acuerdo con Vermeersh (2016), el 15% de los asegurados de EsSalud son atendidos en Ipress públicas del Minsa, gobiernos regionales o locales, principalmente en atención primaria; sin embargo, dicha Iafas no liquida los servicios (equivalentes a S/ 850 millones solo en el año 2016). Ello ha generado que esas dependencias no vendan servicios de salud a EsSalud.

compra de prestaciones de salud a Ipress de terceros<sup>79</sup>; (iii) la función de compra de prestaciones de salud se encuentra desconcentrada en las redes prestacionales, redes asistenciales, órganos prestadores nacionales y la Gerencia Central de Operaciones, bajo los criterios que cada una de las dependencias antes mencionadas consideren convenientes y sin considerar la consolidación de compras para sus necesidades de servicios; y (iv) la normatividad que regula el procedimiento de compra de prestaciones no se encuentra adecuada a la naturaleza de las prestaciones de salud que se requieran comprar<sup>80</sup>.

La compra de prestaciones de salud también se ha realizado a través de contratos de asociaciones público-privadas (APP). De acuerdo con lo informado por EsSalud (2018a), actualmente existen cuatro contratos suscritos bajo la modalidad APP: tres de ellos para la prestación de servicios de salud<sup>81</sup> y otro para el almacenamiento y distribución de medicamentos. La cobertura ofrecida por los contratos es limitada<sup>82</sup>, dado los requisitos que la institución debe cumplir para contratar servicios mediante dicha modalidad (de tres a cinco años aproximadamente) y su alcance se limita a Lima.

---

<sup>79</sup> Si bien se ha atribuido a la Gerencia Central de Operaciones la función de determinar la brecha de prestaciones de salud y gestionar la compra de prestaciones de salud a Ipress de terceros, no se han determinado los criterios para ejecutar dicha labor.

<sup>80</sup> Por ejemplo, las normas de intercambio prestacional establecen que las Iafas solicitantes y las Iafas/Ipress y Ugipress oferentes requieren negociar las tarifas de servicios; sin embargo, no se han determinado criterios mínimos ni plazos para cerrar dicho proceso, lo cual genera subjetividad y, en muchos casos, plazos excesivos.

<sup>81</sup> El Hospital III Barton, el Hospital III Villa María del Triunfo (Kaelin) y la Torre Trecca, cuya ejecución se encuentra suspendida.

<sup>82</sup> Se han adscrito 500 mil asegurados a dichas Ipress en 2018.

Respecto a las Ipress propias<sup>83</sup>, al no dotar a las redes prestacionales y asistenciales (órganos desconcentrados de las que dependen) de autonomía administrativa total<sup>84</sup> y no poder asignarlas a una Ugipress<sup>85</sup>, EsSalud financia de manera integral la operación de las redes e Ipress propias, en base al nivel de ejecución histórica de este<sup>86</sup>, la población adscrita y la capacidad disponible para brindar servicios de salud. De esa manera:

- Se asignan los asegurados a las Ipress sin condicionar el cumplimiento de metas.
- Se garantiza la cobertura de prestaciones de salud que siempre se ha dado y no las que se realizan bajo criterios de calidad<sup>87</sup>.
- No se generan mayores beneficios en sus condiciones de vida y no cumple con las metas que la institución quiere lograr<sup>88</sup>.

Al respecto, Grushka (2016) sostiene que, de las prestaciones brindadas por dicha institución en 2014 (18,6 millones), (i) el 40%, corresponde al primer nivel de atención; 45%, al segundo nivel de atención; y 15%, al tercer nivel de atención; (ii) respecto a las prestaciones altamente especializadas, S/ 238 millones fueron asignados para tratamiento de hemodiálisis, S/ 72 millones para VIH/Sida, S/ 62 millones para quimioterapia, S/ 32 millones para soporte de nutrición artificial, S/ 26 millones para insuficiencia renal crónica, S/ 24 millones para inmunoterapia y S/ 15 millones en trasplantes de órganos; y (iii) se encuentran enfocadas principalmente a lo curativo

---

<sup>83</sup> Respecto a las Ipress a su cargo, de acuerdo a Susalud (2018), de las 21.831 Ipress registradas ante dicha institución, 375 pertenecen a dicha institución.

<sup>84</sup> Las redes prestacionales y asistenciales son órganos desconcentrados de EsSalud que gestionan, de manera parcial, los recursos requeridos por las Ipress propias de dicha institución; es decir, ejerce varias de las funciones que corresponderían asignar a las Ugipress. Uno de los principales procesos en los cuales no cuentan con autonomía es la gestión presupuestal, en tanto se encuentra centralizada en la sede central.

<sup>85</sup> Ello debido a que (i) EsSalud no puede registrar alguna de sus dependencias como Ugipress ya que las normas de aseguramiento universal en salud requieren que la misma tenga la condición de unidad ejecutora, para garantizar su autonomía administrativa. Dado que la institución gestiona su presupuesto a partir de las normas de Fonafe, dicha institución no ha facultado que las dependencias a su cargo puedan conformar dicha categoría de gasto (unidades ejecutoras); y (ii) el marco normativo a la fecha no ha determinado cuáles serán sus funciones o los procesos a su cargo.

<sup>86</sup> De acuerdo con Vermeersch (2016), dicha modalidad de financiamiento también se encuentra presente en las Ipress del Minsa, gobiernos regionales y locales. El 47% del presupuesto del sector público en salud (S/ 5.741 millones) es planificado a partir de lo que se gastó el año anterior.

<sup>87</sup> De acuerdo con EsSalud (2018a), a diciembre de 2017, (i) 27% de las Ipress propias son consideradas en buen estado de conservación, 57,4% en estado regular y 15,1% en mal estado; y (ii) solo 57 Ipress (14,6% del total de las Ipress propias) cuentan con inspecciones técnicas de seguridad en edificaciones vigentes, documento mediante el cual se acredita que dichas instalaciones cumplen con la normativa en materia de seguridad en edificaciones. De acuerdo con Renipress, al 11 de abril de 2019, de las 375 Ipress de EsSalud registradas ante Susalud, el 14,1% no se ha categorizado, lo cual dificulta conocer la oferta disponible máxima que podría prestarse en dichas dependencias.

<sup>88</sup> Por ejemplo, la remuneración de los servidores no se encuentra supeditada al cumplimiento de objetivos y metas.

y altamente especializado, ya que por cada médico general, la institución cuenta con 1,6 médicos especialistas, lo que relega las labores preventivas<sup>89909192</sup>.

Ello se ve afectado en mayor medida por las normas de aseguramiento en salud. Las Iafas no consideran las prestaciones sociales, acciones financiadas por las contribuciones recaudadas por los asegurados para complementar las prestaciones de salud brindadas y mejorar las condiciones de vida de los asegurados. De esa manera, una vez que se culmine la adecuación de EsSalud como Iafas pública, se requerirá el desarrollo de un aparato administrativo específico para la gestión de las prestaciones sociales, lo cual aumenta el gasto de operación de la institución mencionada.

### **1.6 Gestión de siniestros**

La gestión de siniestros se basa en acciones de control prestacional, por parte de las Iafas, que condicionan el pago de las prestaciones de salud requeridas a las Ipress. En EsSalud, la gestión de siniestros se ejecuta de la siguiente manera:

---

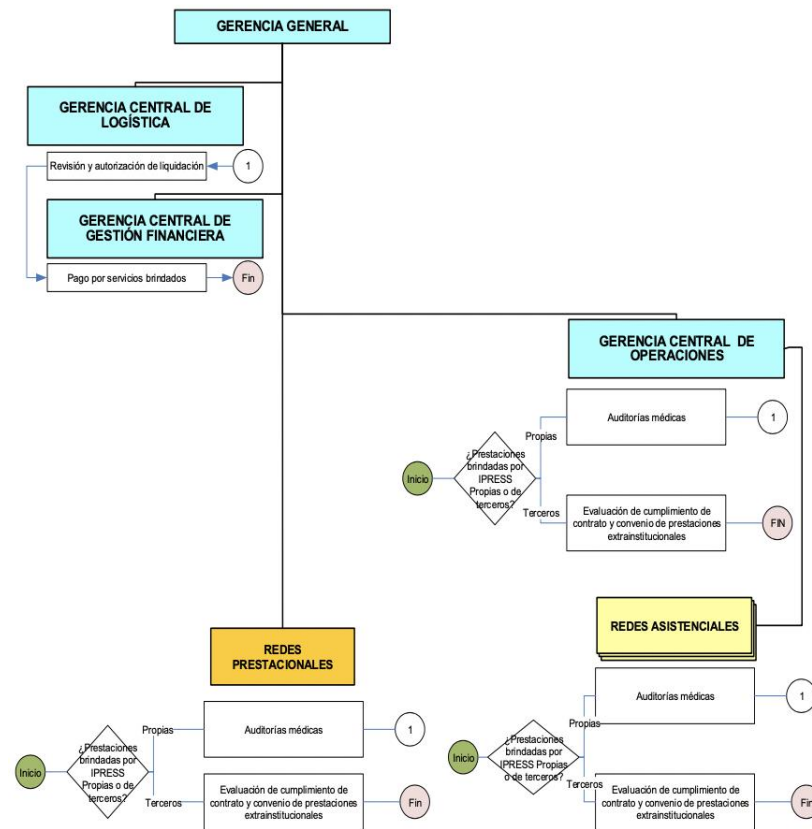
<sup>89</sup> De acuerdo con EsSalud (2015a), el 55,6% de los asegurados menores de cinco años recibieron todas las vacunas en una Ipress de EsSalud y el 37% de los asegurados menores de doce años recibieron controles de niño sano también en una Ipress de EsSalud.

<sup>90</sup> De acuerdo con EsSalud (2017), 12% del presupuesto es asignado a las Ipress del primer nivel de atención, el 39% a las Ipress del segundo nivel y el 49% a las del tercer nivel de atención.

<sup>91</sup> Si bien con Resolución de Gerencia General N° 700-GG-ESSALUD-2005 se aprobó el Modelo de Atención Integral en Salud, que relevó la atención primaria respecto a la atención altamente especializada, no ha sido utilizado en la organización de los servicios de salud y en la asignación presupuestal.

<sup>92</sup> De acuerdo con Renipress, al 11 de abril de 2019, de las 55 Ipress III (es decir, aquellas que cuentan con la máxima capacidad de oferta para brindar prestaciones de salud), solo 20% pertenece a EsSalud.

**Gráfico 7. Interrelación de las funciones en torno a la gestión de siniestros por órgano**



Fuente: Elaboración propia, 2019.

La asignación de recursos presupuestales, humanos, logísticos y tecnológicos para el funcionamiento y prestación de servicios de las Ipress propios no se encuentra condicionada al cumplimiento de metas prestacionales, estándares de calidad o mejora de las condiciones de vida de las personas, debido a que no se han desarrollado mecanismos de control prestacional. Solo se ha identificado la ejecución de auditorías de calidad en salud, realizadas por la misma Ipress y cuyo objetivo es garantizar el cumplimiento de estándares de la calidad en la prestación, mas no la evaluación de la eficiencia, eficacia o efectividad de las prestaciones brindadas<sup>93</sup>.

Dicha situación sucede debido a que (i) el Ministerio de Salud, ente rector del sistema de aseguramiento en salud, no ha establecido normas, estándares, indicadores y metas para el control prestacional y para la relación de dichas labores con la compra de prestaciones de salud y

<sup>93</sup> Respecto a la compra de prestaciones de salud a Ipress de terceros, Essalud realiza auditorias de seguros que se limitan a verificar la identidad de los asegurados que reciben prestaciones de salud.



asignación de recursos<sup>94</sup>; (ii) las normas de EsSalud que regulan las prestaciones no se han actualizado, lo cual dificulta la identificación de estándares y criterios sobre los cuales debe realizarse el control prestacional<sup>95</sup>; (iii) la Gerencia Central de Operaciones, a cargo del control prestacional en EsSalud, no ha establecido normas, procedimientos o sistemas<sup>96</sup>; y (iv) no se cuenta con información en tiempo real sobre el desempeño prestacional de las Ipress propias, para determinar la calidad del gasto y el impacto en las condiciones de vida de los asegurados<sup>97</sup>.

Como consecuencia de ello, no se han evaluado los efectos e impacto de las prestaciones de salud en las condiciones de vida de los asegurados o la necesidad de mejorar otros servicios públicos que pueden afectar directamente esas condiciones de vida<sup>98</sup>. De esa manera, sucede lo siguiente:

- Según EsSalud (2015), en el año 2014, por cada mil asegurados se perdieron alrededor de 87,9 años de vida saludables. Las causas que afectan principalmente las condiciones de vida saludable son las enfermedades no transmisibles<sup>99</sup> (71,5%), las enfermedades transmisibles<sup>100</sup> (19,1%), y los accidentes y lesiones (9,4%). Estos datos no han sido considerados criterios orientadores en la priorización del gasto institucional, la reorganización de los servicios requeridos a las Ipress y los planes institucionales de largo plazo<sup>101</sup>.
- Según EsSalud (2017), la esperanza de vida en América Latina ha pasado de 73 años en el 2010 y debe llegar a 77 años en el 2025. Esto implica un aumento en la demanda de prestaciones de salud y la disminución de la población que contribuye al financiamiento de los servicios, por el envejecimiento poblacional mencionado.

---

<sup>94</sup> Si bien se ha regulado en la institución normas sobre la auditoría médica, esta es aleatoria y sus resultados no son vinculantes para el funcionamiento de las Ipress de EsSalud.

<sup>95</sup> Por ejemplo, existen normas que hacen referencia a dependencias que ya no existen o cuyas funciones han sido asignadas a otras dependencias, lo cual dificulta la ejecución, supervisión y articulación de las actividades reguladas.

<sup>96</sup> De acuerdo con EsSalud (2016), los sistemas informáticos existentes no permiten el registro de la información completa sobre las prestaciones de salud (información sobre la capacidad operativa disponible, prestaciones brindadas, costos, etc.) y no cuenta con sistemas de validación de la información registrada, lo cual disminuye la fiabilidad de esta para la toma de decisiones. Ante ello, los especialistas generan hojas de cálculo para registrar, validar y procesar información requerida para la toma de decisiones. Respecto a las Ipress de terceros, conforme se ha mencionado, registran y sistematizan las prestaciones realizadas a través de procedimientos distintos, lo cual dificulta la evaluación del desempeño de las mismas, con lo cual solo se liquida por las prestaciones brindadas y no por su calidad e impacto.

<sup>97</sup> De acuerdo con los documentos de gestión de EsSalud, las redes prestacionales, asistenciales y la Gerencia Central de Operaciones son competentes para suscribir contratos y convenios de compra de prestaciones de salud. También para evaluar el cumplimiento de los mismos y realizar auditorías de las prestaciones ejecutadas por las Ipress a su cargo; sin embargo, no se ha asignado a ninguna de las dependencias la consolidación y análisis de dicha información.

<sup>98</sup> De acuerdo con el Instituto de Estudios Peruanos (2016) son determinantes sociales para la salud la vivienda, agua, saneamiento, hábitos saludables, etc.

<sup>99</sup> Es decir, enfermedades osteomusculares, de tejido conectivo, neuropsiquiátricas, endocrinas, de la sangre, tumores malignos, cardiovasculares, diabetes mellitus, entre otras.

<sup>100</sup> Es decir, enfermedades maternas, perinatales, nutricionales, infecciosas, parasitarias y respiratorias, entre otras.

<sup>101</sup> De acuerdo con EsSalud (2016a), el 17% de la población asegurada sufre de enfermedades crónicas; si bien se ha considerado en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 como objetivo estratégico el brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de los asegurados, las actividades descritas en el Plan Operativo Institucional han consignado como unidades de medida del cumplimiento de las actividades consultas y atenciones.

## **2. Principales causas por las cuales EsSalud no ejerce los procesos como Iafas pública**

La adecuación administrativa como Iafas pública implica un cambio para EsSalud, ya que no ejerce de manera integral su rol asegurador y ha sido creada sin separarla de su rol prestador. De acuerdo con Perez (2012) para implementar mejoras en las organizaciones, se requiere evaluar y, de ser necesario, replantear (i) si el marco estratégico con el que cuenta ha priorizado y trazado directrices que le permita a la institución cumplir con los fines para los cuales han sido creada; (ii) si la organización institucional diseñada permite ejercer las funciones asignadas y también las relaciones de articulación que requiere con sus proveedores y usuarios; (iii) si, más allá de la normalización de los procesos, se ha implementado en las organización el enfoque de procesos; y (iv) si las estrategias de gestión de recursos humanos son las necesarias para hacer efectiva la implementación de los arreglos institucionales diseñados.

De la revisión de lo antes descrito, se identifica que existen impedimentos legales e institucionales que no permiten a EsSalud ejercer de manera integral las funciones como agente asegurador y, de esa manera, adecuarse administrativamente como IAFA pública. Esto se resume en el anexo 4 de la presente tesis.

### **2.1 Impedimentos legales**

Las normas de creación de EsSalud impiden que pueda regular o modificar reglas sobre la cobertura, tasas de aportaciones, afiliación, recaudación y cobranza de las contribuciones de los asegurados regulares, agrarios y SCTR. También impide la administración de los fondos para las prestaciones de salud y la gestión de la reserva técnica respectiva.

En concordancia con ello, las funciones atribuidas a dicha institución impiden que pueda gestionar su cobertura; específicamente, EsSalud no cuenta con facultades para determinar y gestionar la (i) cobertura horizontal o poblacional, en tanto es asignada en sus normas de creación y leyes complementarias emitidas por el Congreso de la República; (ii) la cobertura poblacional, es decir determinar qué servicios de salud cubre, y cuáles o no, o cómo se diferencia según grupo poblacional y (iii) la cobertura vertical, debido a que no puede determinar copagos, pago de primas y pagos directos por parte de la población.

En adición a ello, se identifica que las normas de aseguramiento en salud establecen que (i), las prestaciones sociales y económicas no sean gestionadas por EsSalud como Iafas, lo cual dificulta

la articulación de dichas labores que, en la práctica, permiten mejorar las condiciones de vida de los asegurados; y (ii) las dependencias al interior de EsSalud a cargo de gestión de las Ipress no pueden constituirse como Ugipress, debido a que las normas que regulan la gestión financiera de dicha institución impide la creación de unidades ejecutoras<sup>102</sup>.

A su vez, las normas de aseguramiento exigen que las Iafas, incluidas EsSalud, deben considerar en su cobertura al menos el PEAS; sin embargo, no se ha evaluado la brecha real de servicios prestados por la institución respecto a las prestaciones mínimas que debería según lo establecido en dicho Plan, ni el costo y tiempo en el cual podrá lograr dicha cobertura, en tanto el cierre de brechas prestacionales requiere inversión en bienes, servicios, personal e infraestructura, lo cual impide el cumplimiento de la prerrogativa antes descrita.

Finalmente, se identifica que (i) mediante leyes se ha ampliado la población asegurada de dicha institución y tasas de aportación distintas, sin mayor asignación presupuestal que garantice su atención; y (ii) las normas sobre intercambio prestacional y contrataciones estatales no se encuentran adecuadas a la naturaleza de las prestaciones de salud que las Iafas requieren comprar.

De esa manera, se requieren modificaciones legales a fin de que EsSalud culmine su adecuación como Iafas pública.

## **2.2 Marco estratégico de EsSalud como Iafas pública**

En el sector público, Ceplan ha emitido, en el 2017, la Guía de Planeamiento Institucional, que regula el proceso de planeamiento estratégico e institucional que a EsSalud, entre otras entidades públicas, le corresponde desarrollar para la formulación de Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional. En dichos planes se debe identificar los objetivos, actividades y tareas como agente asegurador y prestador.

De la revisión de los planes vigentes de EsSalud, se identifica que su adecuación como Iafas pública ha sido tomada en cuenta en su plan maestro al 2021. De esa manera, (i) uno de los objetivos estratégicos a cumplir es modernizar EsSalud agregando valor en todos sus procesos bajo enfoque sistémico e integral centrado en el asegurado, y uno de los indicadores para medir su cumplimiento es el porcentaje de procesos simplificados de la Iafas EsSalud; y (ii) uno de los modelos que EsSalud debe implementar ha sido denominado separación de funciones, que

---

<sup>102</sup> Debido a que EsSalud no puede crear unidades ejecutoras, requisito para se constituyan Ugipress.

contempla estado de ganancias y pérdidas separadas, elaboración de manuales por procesos y procedimientos e implementación de mecanismos de compra en una red.

Sus objetivos no han sido considerados en el Plan Estratégico Institucional, ya que ha enfatizado el rol prestador respecto al asegurador. De acuerdo con EsSalud (2017), son objetivos estratégicos los siguientes: (i) brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de los asegurados, a través de la mejora de la calidad prestacional y mejora de la capacidad resolutive en el primer nivel de atención; (ii) desarrollar una gestión con excelencia operativa, mejorando la disponibilidad de los recursos necesarios para las prestaciones de salud; (iii) brindar servicios sostenibles financieramente, mediante la mejora de un nuevo sistema de costos y disminuir el déficit de presupuesto para financiar las prestaciones de salud; y (iv) promover una gestión con ética y transparencia.

Como consecuencia, las acciones en torno al aseguramiento no han sido priorizadas en las actividades y tareas anuales de las dependencias al interior de EsSalud tal como se describen en el Plan Operativo de dicha institución. Ello genera, a su vez, que no se priorice la asignación presupuestal a las acciones de aseguramiento en salud. De acuerdo con EsSalud (2018), hasta setiembre de 2018, el nivel de ejecución de las actividades relacionadas al rol asegurador de EsSalud está considerado malo o sin avance. Por ejemplo, no se han ejecutado las actividades relacionadas con la evaluación de las contribuciones recaudadas por Sunat, mejora de la atención al asegurado, evaluación de los procesos de registro de asegurados y difusión de derechos de los asegurados.

### **2.3 Organización de EsSalud**

En el 2018 se aprobaron los Lineamientos de Organización del Estado y en el 2019 se aprobaron los Principios de actuación para la Modernización de la Gestión Pública, normas rupturistas respecto a las anteriores en tanto (i) son aplicables, por primera vez, a entidades con naturaleza jurídica especial como EsSalud y Saludpol; (ii) determinan principios y criterios para el diseño organizacional<sup>103</sup>; y (iii) consideran al enfoque estratégico y la tecnificación de los procesos como criterios para diseñar unidades de organización al interior de la institución.

---

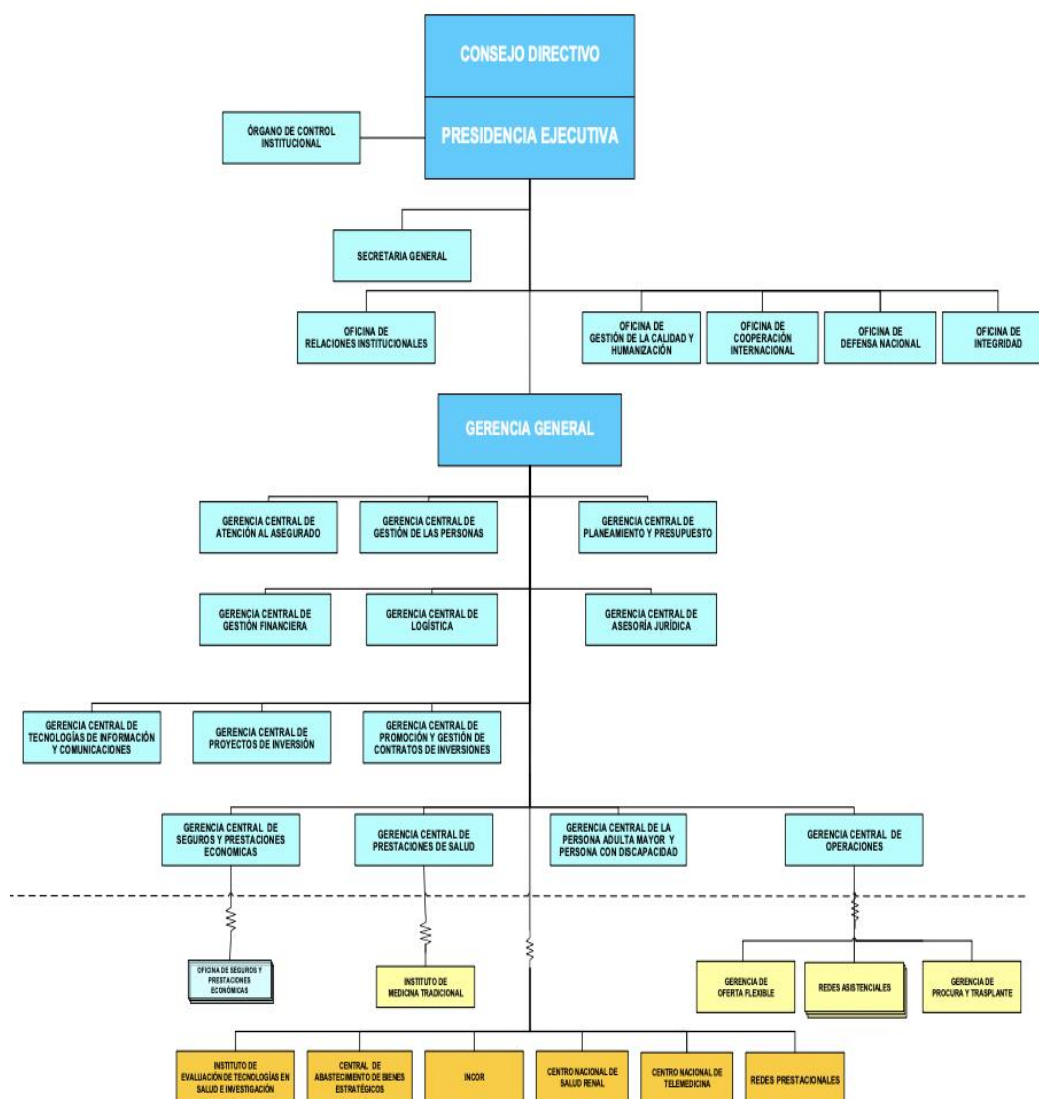
<sup>103</sup> Ambos documentos establecen, por ejemplo, que el diseño organizacional es un proceso reflexivo sobre qué debe hacerse, en qué secuencia y con qué responsabilidades y atribuciones.

Dichas normas priorizan que las organizaciones cuenten con modelos de organización funcionales. De acuerdo con Perez (2012) y Fernandez de Velasco (2017), las organizaciones con modelos organizacionales funcionales: (i) desagregan los procesos en tareas de escaso significado, que se agrupan en departamentos con alto nivel de especialización; (ii) no se relacionan con las necesidades de los clientes, sino con los requerimientos institucionales de la alta dirección o de mandos medios; (iii) disminuyen la flexibilidad para la gestión, priorizando la predictibilidad y repitencia en el ejercicio de funciones diferentes entre sí. Además del alto grado de centralización de decisiones en los altos niveles jerárquicos. Por ello, (el modelo de organización funcional) es aplicable en organizaciones cuyo entorno es altamente predecible y en el cual no es requerida alta especialización para el ejercicio de funciones.

Según Loufatt (2010), las organizaciones tradicionales deben dar lugar a modelos organizacionales (i) flexibles, en los cuales se desconcentren los niveles de responsabilidad a fin de evitar los costos de transacción en la toma de decisiones y agilizar el tiempo de respuesta al entorno cambiante o a las necesidades de los usuarios; (ii) orientados a desarrollar alianzas estratégicas con los proveedores, dada la escasez de recursos y necesidades de eficiencia organizacional; y (iii) dedicados satisfacer de la mejor manera las necesidades de los usuarios, a fin de destacar el valor que perciben dichos actores respecto al simple cumplimiento de las funciones.

Así, Muñoz (2007) sostiene que el diseño organizacional debe considerar (i) la especialización laboral o agrupación de labores que requieren de conocimientos similares y, por lo tanto, puedan estandarizarse; (ii) la departamentalización, que es la agrupación de tareas de modo que puedan coordinarse aquellas que sean comunes y puedan diferenciarse según el ámbito de acción de cada una de las dependencias al interior de las organizaciones; y (iii) el nivel de desconcentración de la toma de decisiones o la descripción de quién toma decisiones y recibe órdenes. De la revisión del Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud, se identifica que su estructura orgánica (al segundo nivel organizacional) es la siguiente:

**Gráfico 8. Organigrama de EsSalud**



Fuente: Elaboración propia, 2019.

Como se puede apreciar, la estructura orgánica de EsSalud:

- Tiene un modelo de organización principalmente funcional, en tanto se han asignado funciones a dependencias que requieren acciones previas y posteriores de otras (dependencias)<sup>104</sup>. Esto afecta la predictibilidad, oportunidad y eficacia en el logro de los objetivos institucionales.
- No ha dotado autonomía administrativa a los órganos que ejercen las funciones de aseguramiento, lo cual dificulta el ejercicio integral de las funciones atribuidas por mandato legal<sup>105</sup>.
- Ha priorizado en mayor medida las funciones de soporte y prestación de servicios de salud, dado que de las 210 dependencias al interior de EsSalud, 76 (36%) son unidades de organización de administración interna, 50 (24%) unidades de organización de línea y 72 (35%) son órganos desconcentrados.

La organización de EsSalud evidencia, a su vez, que no se han diferenciado las funciones de aseguramiento, gestión y prestación de servicios de salud. De esa manera, los órganos que ejercen funciones de aseguramiento requieren garantizar la cobertura de los asegurados, para lo cual actúan como principal cuando adscriben población asegurada y asignan recursos a los órganos a cargo de la gestión y prestación de los servicios de salud, que actúan como agentes de los servicios que los asegurados requieren.

En la práctica, al asignar los recursos de acuerdo a lo que años anteriores recibieron y no condicionar (su asignación) al cumplimiento de metas, ni establecer mecanismos de control sobre la materia, los órganos a cargo de las funciones de aseguramiento no cuentan con mecanismos para garantizar la satisfacción y atención de necesidades de los asegurados. Como consecuencia, no existen incentivos para que los órganos a cargo de la gestión y prestación de servicios cumplan con las metas requeridas por los órganos de aseguramiento, ni por ser eficientes en el uso de recursos ya que cada año recibirá los mismos recursos que recibió el año anterior. De esa manera, existe el problema de agencia entre los órganos de aseguramiento (principales) y los órganos a cargo de la gestión y prestación de servicios de salud (agentes).

---

<sup>104</sup> Por ejemplo, las funciones en torno al control de las contribuciones que recauda Sunat son ejecutadas por la Gerencia Central de Gestión Financiera; sin embargo, requiere que la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas verifique previamente la información sobre los asegurados.

<sup>105</sup> Por ejemplo, la Gerencia Central de Gestión Financiera administra de manera centralizada los fondos de aseguramiento y prestación de servicios de salud.

## 2.4 Procesos que EsSalud ejerce como Iafas pública

En el año 2014, la Secretaría de Gestión Pública (órgano de línea de la Presidencia del Consejo de Ministros) ha publicado en su portal institucional la Metodología para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública, documento que describe los pasos para que las entidades públicas mejoren a través de mapas de procesos y manuales de gestión por procesos y procedimientos. En complemento a ello, en el 2018 dicha institución aprobó la Norma Técnica para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública, que describe los pasos que las instituciones públicas deben considerar para identificar, normalizar y controlar sus procesos y procedimientos.

Los documentos mencionados no logran determinar las acciones necesarias para que las entidades públicas implementen un enfoque de gestión por procesos que, de acuerdo con Perez (2012), requiere (i) evaluar las acciones que ejecutan las organizaciones para eliminar las actividades que no generan valor, priorizar y articular aquellas que sí y normalizar las relaciones causales que la explican; (ii) destacar el logro de resultados respecto al cumplimiento de funciones, a fin de generar mayor valor en los usuarios; y (iii) organizar las instituciones de forma tal que puedan gestionarse los procesos de manera articulada e integral, hasta que se releve la generación de valor a los usuarios.

Respecto a la documentación de procesos, en el 2016 EsSalud aprobó el Mapa de Macroprocesos, en el que se describen los procesos misionales, administración de fondos, prestaciones de salud, prestaciones sociales y prestaciones económicas. De la revisión, se identifica que (i) no se han descrito los procesos de gestión de las prestaciones de salud (a cargo de las Ugipress) acciones crucial para el funcionamiento del AUS al interior de EsSalud; y (ii) el proceso administración de fondos, que describe algunos de los procesos que la institución debe ejecutar como Iafas, ha agrupado las acciones en torno a la administración de fondos para las prestaciones sociales y económicas, pese a que el marco legal establece que ellas no gestionan dichas labores, conforme se describe a continuación:

**Tabla 2. Comparación de procesos que ejerce y debería ejercer EsSalud como Iafas**

Procesos descritos por EsSalud	Procesos que las Iafas deben ejercer por mandato legal
No descrito	Gestión de planes de salud
Aseguramiento (se han descrito los procesos de afiliación de asegurados regulares, a cargo de Sunat, por mandato legal).	Gestión de la suscripción de asegurados



Recaudación (se han descrito los procesos de recaudación y cobranza de asegurados regulares, a cargo de Sunat, por mandato legal y se han descrito los procesos en torno a la cobranza de las prestaciones de salud brindadas a no asegurados, que son funciones de la Ugipress)	
Gestión de usuarios	Gestión de los asegurados
Gestión de recursos financieros (incluyendo la gestión de los recursos que se asignarán a las prestaciones sociales y económicas, pese a que el mandato legal establece que dichas labores no deben ser ejecutadas por la Iafas)	Administración del Fondo de Aseguramiento en Salud
Compra de prestaciones	Compra de prestaciones de salud
No descrito	Gestión de siniestros

Fuente: Elaboración propia, 2019.

De esa manera, los procesos de EsSalud no describen todas las actividades que debe ejercer como Iafas pública. Como consecuencia, su estructura orgánica tampoco se articula con los procesos de aseguramiento, conforme se describe en el anexo 5.

De esa manera (i) no se identifica un dueño de cada uno de los procesos que EsSalud debe ejercer como Iafas pública, en tanto varias dependencias intervienen en la ejecución de estos<sup>106</sup>; (ii) no es factible identificar la trazabilidad de los procesos que ejerce la institución como Iafas pública que permitan articular, controlar y determinar mecanismos de mejora durante su ejecución; y (iii) existen dependencias que ejercen dichos procesos, en adición a otras funciones y procesos que tienen a su cargo (como las redes prestacionales, redes asistenciales, órganos prestadores nacionales<sup>107</sup> y los órganos de administración interna<sup>108</sup>), lo cual dificulta la especialización e imparcialidad que requieren dichas labores<sup>109</sup>.

## 2.5 Estrategias de gestión de recursos humanos

La adecuación de EsSalud como Iafas pública requiere que dicha institución desarrolle estrategias de cambio organizacional a fin de (i) difundir y concientizar a los servidores que conforman dicha institución, sobre la importancia de culminar dicha adecuación; (ii) graduar la implementación de dichos cambios, que permita a los servidores fortalecer sus conocimientos para ejercer las nuevas

<sup>106</sup> Por ejemplo, la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, la Gerencia Central de Gestión Financiera y las oficinas de seguros y prestaciones económicas se encuentran a cargo del proceso de suscripción y afiliación (proceso de color naranja). Ninguna de las dependencias articula ni consolida la información y productos generados durante su ejecución.

<sup>107</sup> Dichas dependencias se encargan de gestionar parte de los recursos para la prestación de servicios de salud y prestaciones sociales. A su vez, ejercen parte de las actividades en torno a la compra de prestaciones de salud y gestión de siniestros.

<sup>108</sup> Los órganos de administración interna se encargan de brindar soporte administrativo al rol asegurador y prestador.

<sup>109</sup> Por ejemplo, las redes prestacionales y asistenciales se encargan de comprar prestaciones de salud. También velan por el control prestacional, lo cual dificulta la especialización e imparcialidad en el ejercicio de dichas labores.

funciones que dicha institución deberá ejercer como Iafas pública; y (iii) redistribuir a los servidores en los puestos según su perfil o, en su defecto, gestionar las contrataciones de personal que sean necesarias.

De acuerdo con lo comunicado por los entrevistados, no se han desarrollado estrategias de difusión y concientización a los servidores en torno a la importancia y beneficios de la adecuación de EsSalud como Iafas pública, lo que genera que estos no se encuentren predispuestos a apoyar dichas labores.

Respecto a las acciones en torno al fortalecimiento de capacidad para ejercer las funciones de la institución como Iafas pública, se identifica que dentro del Plan de Desarrollo de las Personas de EsSalud 2018, se ha priorizado la capacitación en temas administrativos y la mejora de las prestaciones de salud respecto a la capacitación en torno al aseguramiento<sup>110</sup>. Esto dificulta que los servidores cuenten con conocimiento para ejercer las funciones y procesos asignados a EsSalud como Iafas pública.

Sobre las acciones de redistribución de personal y contratación de nuevos servidores para ejercer dichas labores, se identifica que (i) el régimen laboral dificulta el traslado de una dependencia a otra<sup>111</sup>; y (ii) tanto el Cuadro para la Asignación de Personal<sup>112</sup> como el Manual de Perfiles de Puestos<sup>113</sup>, se encuentran desactualizados, lo que dificulta determinar cuántos servidores existen por dependencias, cuántos se requieren y qué tipo de servidor se requiere.

---

<sup>110</sup> De acuerdo con EsSalud (2018b), de los S/ 4.340.157, el 53% ha sido asignado a capacitaciones de las Ipress y el 44% a las actividades descritas en el Plan Estratégico Institucional que, como se ha mencionado, no considera acciones en torno al aseguramiento en salud.

<sup>111</sup> De acuerdo con EsSalud (2018a), a diciembre de 2017, el 75% de los trabajadores cuentan con estabilidad laboral permanente, es decir, pertenecen a los regímenes laborales regulados por los decretos legislativos N° 276 y N° 728.

<sup>112</sup> Por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 547-PE-ESSALUD-2011, se aprobó el Cuadro para Asignación de Personal de EsSalud. Este ha sido reordenado en el 2012 y en el 2014; sin embargo, este no se encuentra adecuado a las modificaciones en la estructura orgánica de dicha institución, no han seguido la metodología para su elaboración establecida por Servir motivo por el cual, por ejemplo, no se ha desarrollado de acuerdo a la carga laboral de cada una de las dependencias.

<sup>113</sup> Por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 254-PE-ESSALUD-2017, se aprobó el Manual de Perfiles de Puestos de EsSalud; sin embargo, no se ha elaborado de acuerdo a la metodología para su elaboración establecida por Servir motivo por el cual, por ejemplo, se han establecido funciones genéricas a las dependencias, que no permiten caracterizar las labores que efectivamente ejercen los servidores.

## Capítulo V. Propuesta para que EsSalud se adecúe administrativamente como Iafas pública

Son necesarios cambios legislativos e institucionales que permitan a EsSalud adecuarse como Iafas pública. Para ello, se propone lo siguiente:

### 1. Reorganización de agentes en EsSalud

Se propone crear, mediante ley, una nueva entidad pública denominada Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento (IAFA EsSalud). Esta debería ejercer las funciones de aseguramiento a favor de los trabajadores a nivel nacional, así como los procesos de afiliación, de atención al asegurado, de administración de fondos de aseguramiento y de las compra de prestaciones de salud, económicas<sup>114</sup> y sociales<sup>115</sup> a la Ugipres EsSalud, así como a otros agentes prestadores de terceros.

Con la finalidad de garantizar la articulación, interrelación e imparcialidad de la IAFA EsSalud con los agentes prestadores propios, se propone modificar la Ley de Creación de EsSalud a fin de precisar que dicha institución se constituya como Unidad de Gestión de Prestaciones (Ugipres EsSalud), determinando las siguientes interrelaciones:

**Gráfico 9. Comparación de interrelaciones actuales de EsSalud respecto a la IAFA y Ugipres EsSalud**



Fuente: Elaboración propia, 2019.

De esa manera, se podrá:

<sup>114</sup> Dado que facilitan la reinserción de los trabajadores a sus labores y, por lo tanto, continúan contribuyendo a la IAFA EsSalud.

<sup>115</sup> Dado que las mismas forman parte del rol preventivo que deben adoptar los agentes aseguradores, lo cual disminuye la demanda de los asegurados en el mediano y largo plazo, así como los costos en los que incurrirá la IAFA EsSalud.

- Centralizar y especializar la IAFA EsSalud en las labores de compra y supervisión de las prestaciones de salud (actualmente a cargo de la Gerencia Central de Operaciones, redes prestacionales, redes asistenciales y órganos prestadores nacionales) a agentes propios y de terceros
- Facultar a la IAFA EsSalud que compre prestaciones sociales a la Ugipress EsSalud y agentes prestadores externos (de EsSalud)
- Centralizar en la Ugipress EsSalud las funciones de organización<sup>116</sup>, comercialización<sup>117</sup> y control<sup>118</sup> de las prestaciones<sup>119</sup> que brindan actualmente los agentes prestadores de EsSalud

## **2. Población a cargo de la IAFA EsSalud**

Con la finalidad de mejorar el volumen y oportunidad de la recaudación de los fondos que administrará la Iafas pública, y a fin de evitar subsidios cruzados entre los asegurados regulares, potestativos, y afiliados a una EPS o al seguro complementario de trabajo en riesgo (SCTR); se propone lo siguiente:

- Que la IAFA EsSalud, en coordinación con las entidades públicas involucradas, proponga estrategias para (i) aumentar la afiliación de los trabajadores que actualmente no cuentan con algún seguro de salud, y (ii) homologar las tasas de aportación de los tipos de seguros de salud a su cargo.
- Que la IAFA EsSalud determine el porcentaje de las aportaciones que es asignado por asegurado a las EPS, con la finalidad de garantizar la cobertura de prestaciones de salud mínimas descritas en el PEAS.
- Que la IAFA EsSalud evalúe la pertinencia de trasladar a los trabajadores afiliados desde el SCTR de EsSalud y de las EPS a Iafas privadas con coberturas similares. Esto a fin evitar subsidios cruzados entre los seguros de salud a su cargo.

---

<sup>116</sup> Que supone determinar la cartera de prestaciones disponible que se podrá ofrecer a la Iafas, los procedimientos médicos a seguir y la asignación de los recursos necesarios.

<sup>117</sup> Que supone ofrecer a la IAFA EsSalud carteras de servicios que atiendan los requerimientos de compra de prestaciones y que gestionen las citas, referencias y contrarreferencias a partir de la oferta disponible de los agentes prestadores a su cargo.

<sup>118</sup> Que supone hacer seguimiento al cumplimiento de procedimientos médicos a través de auditorías médicas y prestacionales.

### 3. Funciones y procesos especiales de aseguramiento a la IAFA EsSalud

Debido a la cantidad de asegurados, tipo de prestaciones a su cargo y modelo de organización existente, se propone dotar a la IAFA EsSalud de las siguientes funciones y procesos.

#### 3.1 Estudios y diseño de planes

Se propone crear la Comisión Multisectorial a cargo de la Aprobación de los Planes de Aseguramiento (CMPA)<sup>120</sup>, adscrita al Minsa, debido a que la determinación de la cobertura de prestaciones de salud a brindar forma parte de la función de rectoría en los sistemas de aseguramiento<sup>121</sup>, su impacto en la población a nivel nacional<sup>122</sup>, y su necesidad de análisis técnico<sup>123</sup>. Dicho órgano colegiado realizará estudios poblacionales actuariales y de siniestralidad de la población a fin de determinar los planes de aseguramiento que las Iafas públicas deben ofrecer (incluyendo EsSalud) y propondrá las actualizaciones y prerrogativas necesarias en la implementación (como gradualidad en la atención de las coberturas)<sup>124</sup>.

Los planes que aprobará el CMPA para la IAFA EsSalud son los siguientes:

- El plan mínimo de aseguramiento, que considerará (i) las prestaciones de salud, económicas y sociales mínimas a cubrir, de acuerdo con el perfil de siniestralidad de los asegurados y la oferta de prestaciones disponibles que la IAFA EsSalud puede comprar<sup>125</sup>; (ii) la tasa de aportación y copagos o primas<sup>126</sup> que los asegurados deberán asumir, a partir del costo promedio de las prestaciones que cubrirá la IAFA EsSalud<sup>127</sup>; y (iii) los períodos de carencia.

---

<sup>120</sup> Cabe precisar que se han creado órganos colegiados de naturaleza multisectorial en torno al aseguramiento. Tal es el caso del Comité de Protección Social; sin embargo, su labor no ha sido permanente y los resultados no han sido vinculantes para la toma de decisiones de las Iafas.

<sup>121</sup> Es función del ente rector del sistema de salud determinar la cobertura mínima que las aseguradoras públicas deben asegurar en tanto forma parte de las políticas de salud, así como una de las dimensiones de la cobertura descritas por la Organización Mundial de Salud.

<sup>122</sup> La población es sensible por cambios en la cobertura de la salud, por ello el ente rector debe socializar y difundir (los cambios en la cobertura) para evitar descontentos sociales futuros.

<sup>123</sup> De esa manera, se evitará que el Congreso de la República determine la cobertura de salud, debido a que no evalúa sus implicancias sanitarias ni económicas.

<sup>124</sup> Si bien mediante Resolución Suprema N° 021-2019-SA se creó una Comisión Multisectorial para elaborar un informe técnico que contenga la propuesta de actualización del PEAS y los Planes Complementarios previstos en el Decreto de Urgencia N° 017-2019, el presente trabajo propone que el Comité Multisectorial decida cada uno de los planes que las Iafas ofrecen, debido a las características e implicancias descritas en el presente documento, y por el conocimiento requerido para su diseño. Cabe precisar que ello requiere, previamente, modificaciones legislativas que determinan las coberturas de las Iafas públicas, como la Ley de creación de EsSalud.

<sup>125</sup> Se considerarán las condiciones, intervenciones y prestaciones descritas en el PEAS. De considerarse necesaria su actualización, la CMPA deberá evaluarlo exhaustivamente conforme a la normatividad que regula la materia.

<sup>126</sup> Todos los planes mínimos de aseguramiento contarán con paquetes de prestaciones de atención primaria a los asegurados para evitar que se agrave el perfil de siniestralidad y demanden prestaciones especializadas. Que los asegurados utilicen dichos paquetes, es la prioridad. En caso requieran prestaciones de mayor especialización, tendrán que realizar copagos o asumir primas de acceso.

<sup>127</sup> Para la determinación de los costos promedio, dicha comisión recopilará y evaluará información sobre el costo de las prestaciones en las que incurren los agentes prestadores públicos.

- Planes con mayor cobertura prestacional, a fin de brindar a los asegurados con mayor capacidad de pago (i) prestaciones de mayor especialización, (ii) acceso a Ipress que cuenten con mayor disponibilidad de prestaciones y (iii) menores copagos o primas que deben asumir los asegurados cuando deseen ser atendidos. Para ello, (i) se recaudará una mayor tasa de aportación de acuerdo al perfil de siniestralidad y disposición de pago, y (ii) se diseñarán planes tipo que faciliten el agrupamiento y comercialización de los servicios antes mencionados.

Se propone que la CMPA esté conformada por (i) el Minsa, como ente rector del sistema de aseguramiento universal en salud; (ii) el Ministerio de Economía y Finanzas, en tanto que la determinación de la tasa de aportación forma parte de su función tributaria; (iii) el Instituto Nacional de Estadística e Informática, dada su capacidad institucional (personal, infraestructura tecnológica, sistemas de información, metodologías) para realizar estudios poblacionales, actuariales y de siniestralidad de los asegurados; (iv) el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, a fin de organizar y determinar las prestaciones sociales que conformarán los planes de aseguramiento; y (v) el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, en tanto las bondades del plan mínimo influyen de manera directa en la seguridad social del país.

De esa manera, se garantizará que los planes de aseguramiento se elaboren a partir de la acción multisectorial conjunta<sup>128</sup> y, de esa manera, se mejoren las condiciones de vida de los asegurados por la IAFA EsSalud, de acuerdo con su siniestralidad y capacidad de pago.

### **3.2 Gestión del asegurado**

Se propone que la IAFA EsSalud desarrolle un sistema informático único que resguarde la información de los asegurados, al que se denominará Sistema de Aseguramiento (SA), en el cual se cargue (i) información sobre la cobertura, tasa de aportación y copagos por tipo de plan de aseguramiento; y (ii) la oferta de prestaciones disponibles en la red prestadora contratada y la red prestadora de las EPS. El SA interoperará la información que resguarda con (i) las bases de datos de Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (Reniec) y Sunat, respecto a datos personales y contribuciones de los asegurados; (ii) los sistemas de información y bases de datos

---

<sup>128</sup> Por ejemplo, la determinación de la tasa de aportación que recaudará Sunat se determinará a partir del perfil de siniestralidad de los asegurados de la IAFA EsSalud (determinado por el INEI) y costo de las prestaciones que cubrirá la IAFA (determinado por el Minsa y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables).

del Minsa, y (iii) las bases de datos de Susalud sobre la información de los asegurados y sus afiliaciones a las Iafas<sup>129</sup>.

A partir de esto, el SA permitirá validar la información cargada y, de esa manera, afiliará automáticamente a los asegurados al plan mínimo de aseguramiento. El registro de afiliación y plan serán enviados a los asegurados, para el conocimiento de sus derechos y deberes, de manera automática desde el SA al medio físico o virtual registrado por el asegurado ante Sunat.

Se propone que la IAFA EsSalud promocióne y difunda los planes con mayor cobertura poblacional, siempre que exista la capacidad prestacional disponible y luego de cubrir las prestaciones descritas en el plan de aseguramiento mínimo. La afiliación a dicho plan se formaliza a través de la suscripción de contratos entre la IAFA EsSalud y el asegurado.

Una vez afiliados, se propone que la IAFA EsSalud adscriba a los asegurados a una red de agentes prestadores que cuenten con capacidad disponible para brindar las prestaciones descritas en el plan mínimo y de acuerdo con la cercanía del domicilio declarado por el asegurado a Reniec. Dicha adscripción es registrada en el SA y será informada al asegurado de manera automática al medio físico o virtual registrado por el asegurado ante Sunat. Además, se propone que la atención al asegurado siga las disposiciones descritas en el Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía, aprobado por Resolución Ministerial N° 186-2015-PCM, a fin de garantizar el cumplimiento de estándares de calidad en la atención a través de canales presenciales, virtuales y telefónicos, que midan y gestionen la satisfacción de los asegurados. En ese marco, la atención de quejas y reclamos deberá seguir la normatividad emitida por Susalud e Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi) sobre la materia.

### **3.3 Administración de fondos de los asegurados**

Respecto a la recaudación y cobranza, se propone que la comisión otorgada a Sunat por las contribuciones a favor de EsSalud se encuentre condicionada al cumplimiento de indicadores que consideren, al menos, (i) la oportunidad en la que se transfieren las aportaciones a la IAFA EsSalud; (ii) el cumplimiento de metas proyectadas de recaudación; (iii) el volumen, cantidad y calidad de la información recabada de los trabajadores disponible en tiempo real para ser

---

<sup>129</sup> De estar afiliado a otra Iafas pública, no se podrá afiliarse a EsSalud. De estar afiliado a otras Iafas privadas, se cargarán las prestaciones cubiertas por dichas instituciones para evitar que los agentes prestadores las cubran, lo cual se le informará en los servicios.

transferida a la IAFA EsSalud. Dichos indicadores serán formalizados a través de un convenio entre Sunat y la IAFA EsSalud.

Asimismo, se propone que la IAFA EsSalud determine lo siguiente:

- El presupuesto que permitirá cubrir el costo de las prestaciones ofrecidas a los asegurados a partir de los costos promedio determinados por la CMPA, la cantidad de asegurados y los tipos de planes a los que se han afiliado
- El presupuesto que será invertido en instrumentos financieros a fin de garantizar el valor del dinero en el tiempo de los fondos que mancomunará
- El presupuesto que se reservará para atender, disminuir o transferir los riesgos a los que se encuentran expuestos los procesos de aseguramiento

### **3.4 Compra de prestaciones**

Se propone que la IAFA EsSalud compre de manera estratégica las prestaciones de salud, considerando, al menos y de manera concurrente, (i) que se asegure la disponibilidad de prestaciones cubiertas a favor de los asegurados (en términos de cantidad, calidad y oportunidad); (ii) que se elija al agente prestador que ofrece la mejor opción (en términos de calidad y oportunidad) a la menor tarifa; (iii) la cercanía y accesibilidad del asegurado a las instalaciones de los agentes prestadores; (iv) los mecanismos de pago que incentivarán el tipo de prestaciones requeridas por la IAFA EsSalud; y (v) que la conformidad de los servicios esté supeditada al cumplimiento de estándares, oportunidad y calidad de las prestaciones que serán evaluadas por la IAFA EsSalud. Para esto, los agentes prestadores deberán disponer las medidas necesarias para la ejecución de dichas labores.

### **3.5 Gestión de la información del asegurado**

Se propone que la IAFA EsSalud explote la información del asegurado cargada en el SA a fin de facilitar su uso en la toma de decisiones a través de la ejecución de, al menos, las siguientes acciones:

- Verificación, de manera muestral y significativa, de la información transferida por Sunat. Debe abarcar datos personales, ingresos percibidos, estado (se encuentra laborando o ha sido despedido) y derechohabientes. De esa manera, se podrá actualizar la información de los asegurados o desafiliarlos de oficio.



- Identificación de afiliaciones de los asegurados o derechohabientes de la IAFA EsSalud a otra Iafas, pública o privada, a fin de registrar en el SA las prestaciones que deben ser cubiertas por otros agentes aseguradores (incluyendo los respectivos mecanismos de derivación) y, así, evitar subsidios cruzados entre Iafas.
- Monitoreo y evaluación de la disponibilidad de prestaciones compradas por la IAFA EsSalud para garantizar la cobertura financiera de los asegurados o, en su defecto, renegociar los contratos y convenios de compra de prestaciones con la Ugipres EsSalud y con otras Ipress
- Evaluar los cambios y evolución de la demanda de servicios de salud, a efectos de proponer a la CMPA la actualización de los planes de aseguramiento
- Actualizar la información descrita en los planes aprobados por la CMPA, que abarca las coberturas, períodos de carencia, tasas de aportación y copagos

Una acción crucial que debe realizar la IAFA EsSalud es el análisis y evaluación de las prestaciones otorgadas a los asegurados y el costo en el que se ha incurrido, para evaluar los efectos e impacto generado en sus condiciones de vida. Esto permitirá priorizar el financiamiento de las prestaciones con mayor efecto e impacto en los asegurados.

#### **4. Tipo de entidad propuesta**

La Ley Orgánica del Poder Ejecutivo ha clasificado a EsSalud como una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social. Se precisa que (i) se encuentra adscrita a un ministerio; (ii) por ley se pueden incorporar otros fondos con funciones similares a dicha categoría; y (iii) cuenta con un directorio.

A fin de garantizar que EsSalud ejerza de manera integral su rol asegurador, se propone en la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo como tipo de entidad pública del Poder Ejecutivo, la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento (IAFA), que:

- Se encargue de la administración de fondos para asegurar que se le asigne por ley a la población y se evite asignar población asegurada sin mayor asignación presupuestal a las Iafas (o en su defecto, sin posibilitar mayor recaudación).
- Gestione fondos de aseguramiento intangibles, respecto de los fondos administrados por el Ministerio de Economía y Finanzas, para lo cual se propone (i) exonerar a la IAFA de los sistemas administrativos de presupuesto público, contabilidad, tesorería, contabilidad, endeudamiento público e inversión pública (cuyos entes rectores son direcciones generales de dicho ministerio), a fin de garantizar que los fondos recaudados para aseguramiento sean

utilizados solo para ese fin y se facilite la gestión de inversiones financieras<sup>130</sup>; y (ii) que la gestión de riesgos sea regulada por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP<sup>131</sup>.

- Pueda brindar cobertura financiera a las prestaciones de salud, económicas y sociales.
- Se encuentre exceptuada de seguir los lineamientos que conforman el sistema de contrataciones estatales y el intercambio prestacional, dada la naturaleza de los servicios a contratar<sup>132</sup> y el tipo de proveedores<sup>133</sup>, lo que faculta a que el Ministerio de Economía y Finanzas, (como ente rector del sistema de contrataciones estatales), en coordinación con el Minsa (como ente rector del intercambio prestacional), desarrolle normas especiales sobre la materia y priorice el uso de términos de referencia tipo que describan (i) los estándares mínimos a considerar para la compra de prestaciones; (ii) rango de tarifas; (iii) las características mínimas que deben acreditar los proveedores; (iv) el mecanismo de pago que corresponde utilizar de acuerdo a la naturaleza de la prestación; (v) las acciones de control prestacional para dar la conformidad a las prestaciones realizadas; y (vi) la necesidad de realizar contrataciones a través de convenios marco desarrollados por Perú Compras o, en su defecto, a través de procedimientos de selección especiales, similares al regulado mediante el Decreto Legislativo N° 1163<sup>134</sup>.

## 5. Características institucionales de la IAFA EsSalud

En adición a lo antes descrito, se propone que la ley de creación de la IAFA EsSalud, considere, al menos, lo siguiente:

---

<sup>130</sup> De acuerdo con lo descrito en el presente documento, dada la cantidad de fondos que los agentes asegurados mancomunadamente, se hace uso intensivo de instrumentos financieros. Los sistemas administrativos de presupuesto, contabilidad, tesorería y contabilidad han determinado reglas que dificultan la gestión de inversiones financieras, en tanto se encuentran enfocadas a instituciones financiadas por el Tesoro Público.

<sup>131</sup> Conforme a lo establecido en la Ley N° 26702, la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP regula y supervisa a las empresas y el mercado de seguros ofrecidos por las Iafas privadas. Para ello, ha desarrollado condiciones mínimas en torno a la gestión financiera de dichos agentes, determinando que las decisiones financieras (gestión del presupuesto, inversiones financieras, reservas técnicas, entre otros) se desarrollen a partir de estudios técnicos, informando sobre la materia a dicha superintendencia.

<sup>132</sup> Conforme se ha descrito, (i) el Minsa no ha regulado los estándares mínimos de servicios, (ii) existen pocos proveedores que brinden el tipo de prestaciones requeridas, y (iii) los agentes prestadores disponibles difunden y comparten poca información sobre la oferta de servicios a su cargo. Ello genera el riesgo de que los procesos de selección queden desiertos o que los términos de referencia no se adecúen al mercado en el que se van a contratar.

<sup>133</sup> La IAFA requiere comprar prestaciones a Ipress públicas, privadas y otras organizaciones que brinden prestaciones sociales.

<sup>134</sup> Cabe precisar que en el 2013, mediante Decreto Legislativo N° 1163, se autorizó a EsSalud contratar de manera complementaria a la oferta pública, servicios de salud a través de Ipress privadas. Un procedimiento especial de contratación para que dicha institución pudiera acceder a información de los proveedores y así poder desarrollar los términos de referencia con estándares prestacionales. Debido a que EsSalud no contaba con dicha información, la calidad, oportunidad y pertinencia de la contratación ha sido deficiente.

## **5.1 Marco estratégico de la IAFA EsSalud**

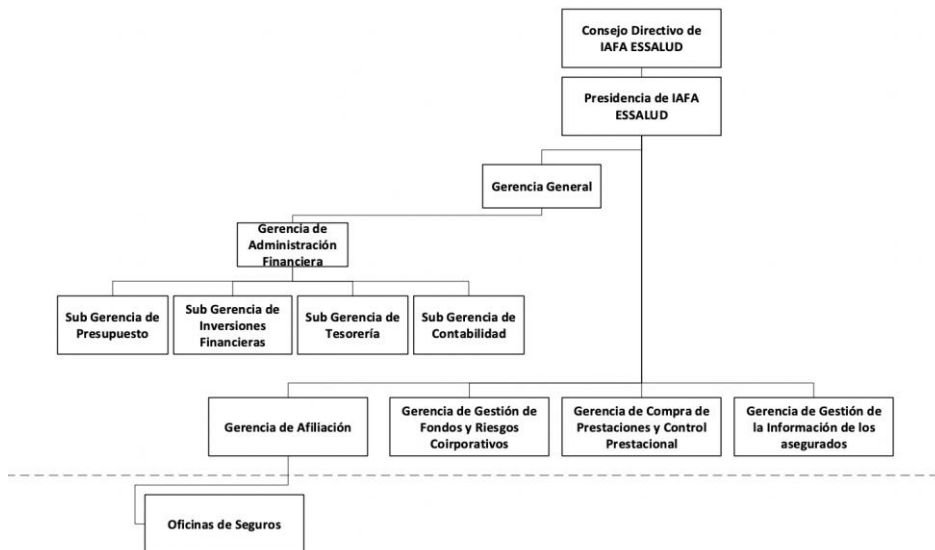
Se propone que la IAFA EsSalud determine, a través de un plan maestro, su enfoque estratégico como agente asegurador en un horizonte de, al menos, cinco años. De esa manera, se definirán los objetivos, metas e indicadores maestros que la IAFA EsSalud deberá cumplir a partir de (i) los objetivos estratégicos que el sector salud y trabajo determinen en sus planes estratégicos sectoriales multianuales; y (ii) la información censal y proyectiva sobre los asegurados, descrita en los estudios realizados por la CMPA.

El Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Institucional y presupuesto de la IAFA EsSalud deberán describir de manera obligatoria cómo se articulan y contribuyen al cumplimiento de los objetivos, metas e indicadores maestros de la institución, a uno y tres años, respectivamente.

## **5.2 Estructura orgánica**

En atención a los procesos descritos que debe ejercer la IAFA EsSalud, se propone que la ley de creación considere, al menos, la siguiente estructura:

**Gráfico 10. Estructura orgánica de EsSalud**



Fuente: Elaboración propia, 2019.

La estructura descrita propone que la IAFA EsSalud considere, como órganos de alta dirección, las siguientes unidades de organización:

- Consejo Directivo, a cargo de tomar decisiones institucionales para la mejora de las condiciones de vida de los asegurados<sup>135</sup>. De esa manera, se reducirá la cantidad de miembros al interior de dicho órgano colegiado y se facilitará el proceso de toma de decisiones institucionales.
- Presidencia Ejecutiva, a cargo de dirigir la institución y la implementación de las decisiones acordadas por el Consejo Directivo. Esto lo hace a través de los órganos de línea de la IAFA EsSalud a cargo de los procesos misionales como agente asegurador.
- Gerencia General, a cargo de la conducción de los procesos de soporte ejecutados por los órganos de administración interna. De esa manera, se especializan las labores de asesoramiento y apoyo. Además, se facilita que los órganos de línea coordinen de manera directa con la Presidencia Ejecutiva.

Como órgano de administración interna, se propone que la ley considere a la Gerencia de Administración Financiera como órgano de apoyo a cargo de los sistemas administrativos que se

<sup>135</sup> Con la finalidad de contar con representantes de los actores involucrados en los procesos de aseguramiento, se propone que dicho colegiado esté conformado por el presidente de la IAFA EsSalud, para representar a los órganos de línea; el gerente general para representar los órganos de administración interna; un representante de los asegurados, para conocer la percepción de los usuarios; y un representante del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, para garantizar la articulación de las decisiones con la seguridad social.

proponen exceptuar, es decir, presupuesto público, tesorería, contabilidad y endeudamiento público.

Como órganos de línea, se han propuesto cuatro gerencias como dueñas de las funciones y procesos descritos en el numeral tres del presente capítulo.

Finalmente, como órganos desconcentrados, se propone la creación de las oficinas de seguros a cargo de (i) promocionar y afiliar a los asegurados interesados en planes con mayor cobertura prestacional; (ii) brindar información y orientar a los asegurados sobre sus derechos y deberes, que incluye prestaciones a las cuales puede acceder, características que los agentes prestadores deben cumplir antes, durante y luego de brindadas, deberes a cumplir para acceder a las prestaciones que brinda la IAFA EsSalud (indicando los procedimientos, requisitos y otras orientaciones que se consideren necesarias); (iii) recibir las opiniones, consultas, quejas y reclamos de los asegurados para su atención; y (iv) brindar las prestaciones económicas que correspondan a los asegurados. Las labores mencionadas se realizarán de manera presencial, telefónica y virtual<sup>136</sup>.

La desagregación de la estructura orgánica y funciones de la IAFA EsSalud será descrita en su Reglamento de Organización y Funciones.

### **5.3 Estrategias para la gestión de recursos humanos**

Se propone que la ley de creación de la IAFA EsSalud disponga que su régimen laboral sea el régimen del servicio civil, regulado a través de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado. Esto a fin de (i) condicionar la permanencia y el pago de bonos por el cumplimiento de metas a los directivos; (ii) garantizar que los servidores sean incorporados a la institución de acuerdo al cumplimiento de perfiles de puestos elaborados bajo criterios técnicos; y (iii) condicionar la permanencia, progresión y pago de bonos a los servidores de acuerdo con el cumplimiento de metas y capacitaciones que permitan dotar de conocimiento y habilidades para que puedan ejercer las funciones y procesos de aseguramiento.

---

<sup>136</sup> Ello supone que la IAFA EsSalud evalúe si las oficinas de seguros y prestaciones económicas, plataformas del asegurado y EsSalud en línea cuentan con los recursos materiales, tecnológicos y humanos necesarios para ejercer las funciones antes descritas. Además, que su distribución geográfica permita dar cobertura a los asegurados de dicha institución.

Se propone que la IAFA EsSalud (i) evalúe si el personal actual cumple con los perfiles de puestos requeridos para el ejercicio del rol asegurador, y (ii) desarrolle estrategias de gestión del cambio que garanticen su predisposición a contribuir al cumplimiento de las metas institucionales.

## 6. Gradualidad de la propuesta

Considerando que la propuesta antes descrita supone cambios legislativos e integrales, se propone que el Minsa conforme un equipo de trabajo constituido por un representante de la alta dirección de EsSalud, del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el Minsa y el Ministerio de Economía y Finanzas. Dicho colegiado estará a cargo de las siguientes acciones:

### Gráfico 11. Ruta estratégica para crear la IAFA EsSalud



Fuente: Elaboración propia, 2019.

- Primera acción: determinar las funciones y procesos que debe asumir el agente asegurador (IAFA EsSalud), gestor (Ugipres EsSalud) y los prestadores a cargo de EsSalud, así como los cambios legislativos e institucionales que resulten necesarios para disminuir la exposición de los asegurados a las fallas de mercado inherentes a los servicios de salud.
- Segunda acción: identificar las excepciones a las normas de aseguramiento en salud, así como a las normas que regulan los sistemas administrativos del Estado. Esto a fin de garantizar el ejercicio de las funciones y procesos de la IAFA EsSalud.
- Tercera acción: diseñar los arreglos institucionales para asegurar que la IAFA EsSalud ejerza de manera integral su rol asegurador y evite la exposición a las fallas de mercado que actualmente afectan a EsSalud. De esa manera, se propone caracterizar el marco estratégico, organización y gestión de recursos humanos conforme a lo descrito en el numeral 5 de la presente tesis.

- Cuarta acción: consolidar la información antes descrita en un proyecto de ley que cree la IAFA EsSalud y reorganice EsSalud como una Ugipres<sup>137</sup>. Las propuestas legislativas requieren, previo a su envío al Congreso de la República del Perú, ser socializadas con las organizaciones involucradas del sector público<sup>138</sup>, privado<sup>139</sup> y social<sup>140</sup>, a nivel nacional e internacional<sup>141</sup>, a partir de estrategias de incidencia y negociación para determinar, de manera adicional, arreglos institucionales<sup>142</sup> que faciliten la implementación de la IAFA EsSalud.

---

<sup>137</sup> Si bien la presente investigación no ha analizado las funciones de EsSalud como agente gestor de prestaciones de salud, es necesaria la reorganización de los procesos que se interrelacionan con la IAFA EsSalud, conforme se ha alertado a lo largo de la presente tesis.

<sup>138</sup> Las Iafas públicas, Susalud, OSCE, SBS, Servir, SGP y las entidades que representan los miembros que conforman el equipo de trabajo (Minsa, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Economía y Finanzas y EsSalud).

<sup>139</sup> Las Iafas e Ipress privadas representativas.

<sup>140</sup> Organizaciones gremiales de EsSalud, así como organizaciones investigadoras del sector salud.

<sup>141</sup> Organismos cooperantes e investigadores del sector salud.

<sup>142</sup> Por ejemplo, se podrían plantear prerrogativas en las propuestas legislativas respecto al personal que se encuentra laborando en EsSalud. Pueden ser jubilaciones anticipadas o traslado a otras entidades del sector público.

## **Conclusiones y recomendaciones**

### **1. Conclusiones**

Los países con mejores indicadores sanitarios han sustentado las reformas de salud en sistemas de cobertura universal en salud, para que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud en la oportunidad y calidad requerida y, de esa manera, se disminuya la exposición de los servicios de salud a los efectos negativos generados por las fallas de mercado como asimetría de información, riesgo moral, problemas de agencia, entre otros.

Los países latinoamericanos han implementado sistemas de cobertura universal en salud adecuados a sus propias realidades nacionales e institucionales. Esto indica que no existe una receta única para reformar la salud; sin embargo, genera evidencia de elementos mínimos para facilitar su despliegue como (i) la reorganización integral de los agentes rectores, aseguradores, gestores y prestadores, que garanticen el ejercicio de sus roles de manera articulada entre sí; (ii) el enfoque de toda acción de reforma en las necesidades de los asegurados; y (iii) el desarrollo de un marco legal que facilite la gestión financiera y la compra de prestaciones a cargo de los agentes aseguradores.

La cobertura universal en salud de nuestro país supone la asignación de nuevas funciones y procesos a los actuales agentes aseguradores, gestores y prestadores de servicios de salud; lo que supone, a su vez, arreglos institucionales previos. Tal es el caso de EsSalud, que debe adecuarse administrativa y contablemente como Iafas pública.

Las normas que han creado EsSalud, y modificaron su naturaleza jurídica, impiden que ejerza de manera integral su rol asegurador, es decir, el diseño de planes de salud con coberturas limitadas, gestión de instrumentos financieros de mayor rendimiento y la compra de prestaciones de salud de manera imparcial.

El marco estratégico, organizacional y las estrategias de gestión de recursos humanos de EsSalud también impiden el ejercicio de su rol asegurador, en tanto se priorizan las acciones en torno al rol prestador, no se articulan las funciones de aseguramiento y no se incentiva el desarrollo de capacidades para el mejor ejercicio de los procesos asignados a las Iafas públicas.



## **2. Recomendaciones**

Se recomienda que el Minsa, en coordinación con Susalud, considere que el proceso de adecuación administrativa de las Iafas públicas (i) inicie con un diagnóstico que permita caracterizar las funciones y procesos de aseguramiento para desarrollar estrategias que garanticen el ejercicio integral del rol asegurador adecuadas a cada una de las instituciones (que requieren adecuarse administrativamente como Iafas públicas); (ii) suponga la evaluación integral de las entidades públicas que se adecuarán como Iafas, lo que abarca la estrategia, organización, procesos y personas de cada una de las instituciones involucradas; (iii) garantice el apoyo político de los órganos de alta dirección de las Iafas pública y de actores relacionados con los procesos de aseguramiento, como las Ipress públicas y privadas, sindicatos, organizaciones de la sociedad civil nacionales e internacionales, entre otras, para mantener su sostenibilidad en el tiempo; (iv) requiera la regulación de los procesos y funciones de las Ugipress e Ipress, a fin de determinar los límites entre el rol asegurador, gestor y prestador de servicios de salud y los mecanismos de articulación que se requieren poner en blanco y negro, en especial en las Iafas con Ipress propias.

Asimismo, se sugiere evaluar la replicabilidad de las principales estrategias propuestas a EsSalud, a fin de desarrollar criterios mínimos que las Iafas públicas considerarán para culminar su adecuación administrativa y que garanticen el ejercicio de su rol asegurador.

En adición a ello, se aconseja establecer que las Iafas públicas cubran prestaciones económicas y sociales, en tanto impactan de manera directa en las condiciones de vida de las personas y se complementan con las prestaciones de salud.

A su vez, se recomienda evaluar el sector al que deben pertenecer las Iafas públicas, a fin de garantizar su articulación en el ejercicio de sus funciones; específicamente, no es necesario que todas las Iafas se agrupen en un fondo único, sino el desarrollo de mecanismos de interrelación de funciones como, por ejemplo, la afiliación, acreditación, manejo de fondos, intercambio de servicios, etc.

Finalmente, se recomienda que las reformas en el sector público se desarrollen desde la evaluación integral de los problemas, a fin de garantizar y facilitar su implementación y sostenibilidad en el tiempo. También se debe velar por la regulación de criterios mínimos que (i) faculten a las entidades públicas graduar y adecuar las reformas a sus realidades institucionales para facilitar su implementación, y (ii) sean suficientes para garantizar los objetivos de la reforma.

## Bibliografía

Alcalde-Rabanal, Jaqueline et al (2011). “Sistema de salud de Perú”. En: *Revista Salud Pública de México*. 28 de marzo de 2011. Fecha de consulta: 05/11/2018. <<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/19.pdf> >.

Alarcón Espinoza, Giovann. (2009). *Financiamiento del aseguramiento universal en salud: experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú*. [En línea]. Bethesda, MD: Health Systems. Fecha de Consulta: 20/07/2018. <[http://www.sis.gob.pe/Portal/publicaciones/Experiencias\\_internacionales\\_Financiamiento.pdf](http://www.sis.gob.pe/Portal/publicaciones/Experiencias_internacionales_Financiamiento.pdf) >

Arrow, Kenneth (1963). “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. En: *The American Economic Review*. Diciembre de 1963. Fecha de consulta: 05/11/2018. <[https://web.stanford.edu/~jay/health\\_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf](https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf)>.

Cetrangólo, Oscar et al (2013). *El sistema de salud del Perú: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. [En línea]. Lima: Oficina de la OIT para los Países Andinos. Fecha de consulta: 1/12/2018. Disponible en: <[https://www.researchgate.net/publication/270578865\\_El\\_sistema\\_de\\_salud\\_del\\_Peru\\_situacion\\_actual\\_y\\_estrategias\\_para\\_orientar\\_la\\_extension\\_de\\_la\\_cobertura\\_contributiva/download](https://www.researchgate.net/publication/270578865_El_sistema_de_salud_del_Peru_situacion_actual_y_estrategias_para_orientar_la_extension_de_la_cobertura_contributiva/download)>.

Comisión de Protección Social (2017). *Propuestas de reformas en el Sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo*. [En línea]. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas. Fecha de consulta: 1/12/2018. Disponible en: <[http://trabajodigno.pe/wp-content/uploads/2017/11/Informe\\_Final\\_ComisiónProtecciónSocial.pdf](http://trabajodigno.pe/wp-content/uploads/2017/11/Informe_Final_ComisiónProtecciónSocial.pdf)>.

Cotlear, Daniel et al (2015). *Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up* [En línea]. Washington DC: World Bank. Disponible en: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22011/9781464806100.pdf>>.

Culyer, Anthony et al (2000). *Handbook of Health Economics Volumen 1A*. Amsterdam: Elsevier Science B.V.

De Laine, Marlene (1997). *Etnography: Theory and Applications in Health Research*. Indiana: Universidad de Indiana.

EsSalud (2015). *Carga de enfermedad y lesiones en EsSalud*. [En línea]. Lima: Seguro Social de Salud. Fecha de consulta: 1/03/2019. Disponible en: <[http://www.essalud.gob.pe/noticias/estimacion\\_carga\\_enfermedad.pdf](http://www.essalud.gob.pe/noticias/estimacion_carga_enfermedad.pdf)>

EsSalud (2015a). *Encuesta Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud- Informe final*. [En línea]. Lima: Seguro Social de Salud. Fecha de consulta: 1/12/2018. Disponible en: <[http://www.essalud.gob.pe/downloads/encuesta\\_socio\\_economica/archivo/Encuesta%20Socio%20Economica%20EsSalud%202015.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/encuesta_socio_economica/archivo/Encuesta%20Socio%20Economica%20EsSalud%202015.pdf)> .

EsSalud (2016). *Plan Maestro al 2021 del Seguro Social del Perú*. [En línea]. Lima: Seguro Social de Salud. Fecha de consulta: 1/04/2019. Disponible en: <[http://intranet.essalud/portal/GCPD/planeamiento\\_institucional/pmi.html](http://intranet.essalud/portal/GCPD/planeamiento_institucional/pmi.html)>.

EsSalud (2016a). *Resultados de la Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados, a nivel de Redes Asistenciales, 2015*. [En línea]. Lima: Seguro Social de Salud. Fecha de consulta: 1/04/2019. Disponible en: <[http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/res\\_enc\\_nac\\_soc\\_eco\\_acces\\_salud\\_aseg\\_essalud\\_niv\\_redes\\_asistenciales\\_2015.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/res_enc_nac_soc_eco_acces_salud_aseg_essalud_niv_redes_asistenciales_2015.pdf)>.

EsSalud (2017). *Plan Estratégico Institucional 2017-2021*. [En línea]. Lima: Seguro Social de Salud. Fecha de consulta: 3/04/2019. Disponible en: <[http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan\\_estrategico\\_institucional\\_2017\\_2021.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_estrategico_institucional_2017_2021.pdf)>.

EsSalud (2017a). *EsSalud: principales indicadores de salud 1990-2016*. [En línea]. Lima: Seguro Social de Salud. Fecha de consulta: 3/04/2019. Disponible en: <[http://www.essalud.gob.pe/downloads/series\\_Estadisticas\\_1990\\_2016.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/series_Estadisticas_1990_2016.pdf)>.

EsSalud (2018). *Informe de Evaluación del POI 2018 correspondiente al III Trimestre de 2018*. [En línea]. Lima: Seguro Social de Salud. Fecha de consulta: 1/04/2019. Disponible en:

<[http://www.essalud.gob.pe/transparencia/poi/C\\_6465\\_GG\\_Informe\\_III\\_Trimestre%202018.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/poi/C_6465_GG_Informe_III_Trimestre%202018.pdf)>.

EsSalud (2018a). *Memoria Anual 2017*. [En línea]. Lima: Seguro Social de Salud. Fecha de consulta: 1/04/2019. Disponible en: <[http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/memoria\\_2017.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/memoria_2017.pdf)>.

EsSalud (2019). *Boletín Estadístico Anual 2018*. [En línea]. Lima: Seguro Social de Salud. Fecha de consulta: 1/04/2019. Disponible en: <[http://www.essalud.gob.pe/transparencia/poi/C\\_6465\\_GG\\_Informe\\_III\\_Trimestre%202018.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/poi/C_6465_GG_Informe_III_Trimestre%202018.pdf)>.

EsSalud (2019a). *Plan Operativo Institucional 2019*. [En línea]. Lima: Seguro Social de Salud. Fecha de consulta: 3/04/2019. Disponible en: <<http://www.essalud.gob.pe/transparencia/poi/POI2019.pdf>>.

Franco-Giraldo, Álvaro. (2014). “Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo” En: *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Abril de 2014. Fecha de consulta: 05/02/2019. < <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a11.pdf> >.

Fernandez de Belasco, José (2017). *Gestión por Procesos*. Madrid: Editorial ESIC.

Fernandez, Miguel et al (2015). *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay*. [En línea]. Montevideo: OPS Fecha de consulta: 1/12/2018. Disponible en: <[https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1002:economia-politica-y-economia-politica-para-el-acceso-y-la-cobertura-universal-de-salud-en-uruguay&Itemid=340](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1002:economia-politica-y-economia-politica-para-el-acceso-y-la-cobertura-universal-de-salud-en-uruguay&Itemid=340)>

Fidel, Carlos et al (2012). “(Des) encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina” [En línea]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. Fecha de consulta: 1/12/2018. Disponible en: <[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/5EED263ECAF20EB105257BD500772CC3/\\$FILE/DesEncuentrosEntreReformasSociales.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5EED263ECAF20EB105257BD500772CC3/$FILE/DesEncuentrosEntreReformasSociales.pdf)> .

Giedón, Úrsula et al (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado* [En línea]. Madrid: Fundación MAPFRE. Fecha de consulta: 1/12/2018. Disponible en: <<https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>> .

Gimeno, Juan et al (2005). *Economía de la salud: Fundamentos*. [En línea]. Madrid: Diaz Santos. Fecha de consulta: 1/12/2018. Disponible en: <<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliotecaupsp/reader.action?docID=3175217>> .

Grushka, Carlos (2016). *Estudio Financiero Actuarial de ESSALUD 2015*. [En línea]. Lima: Oficina de la OIT para los países andinos. Fecha de consulta: 1/12/2018. Disponible en: <[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms\\_457560.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_457560.pdf)> .

Guilli, Juan. (2011). *Diseño Organizativo Estructura y Procesos*. Buenos Aires: Granica.

Instituto de Estudios Peruanos (2015). “Nota de Política Pública de Salud – Avanzando hacia el acceso universal de salud”. En: *Diálogos de Política Pública*. Noviembre de 2015. Fecha de consulta: 05/11/2018. < [http://www.dialogosperu.pe/files/downloads/notas\\_salud.pdf](http://www.dialogosperu.pe/files/downloads/notas_salud.pdf)>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2016). *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016. Informe Final*. [En línea]. Lima: INEI. Fecha de consulta: 15/04/2018. Disponible en: <[http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/encuesta-sat-nac/2016/INFORME\\_FINAL\\_ENSUSALUD\\_2016.pdf](http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/encuesta-sat-nac/2016/INFORME_FINAL_ENSUSALUD_2016.pdf)>.

Jaques, Elliot. (2011). *La Organización Requerida*. Buenos Aires: Granica.

Kutzin, Joseph et al (2017). *Developing a national health financing strategy: a reference guide*. [En línea]. Ginebra: WHO. Fecha de consulta: 15/03/2019. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254757/9789241512107-eng.pdf;jsessionid=1BCDE763C796CBD8BD8C5DB2F58A4ADB?sequence=1>>.

Louffat, Enrique. (2010). *Administración: Fundamentos del Proceso Administrativo*. Buenos Aires: Cengage Learning.

Mesa-Lago, Carmen. (2005). *Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. [En línea]. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Fecha de consulta: 15/04/2018. Disponible en: <[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf)>.

Ministerio de Salud (2014). *Carga de Enfermedad en el Perú - Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012*. [En línea]. Lima: USAID. Fecha de consulta: 15/02/2019. Disponible en: <<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf>>.

Munch, Lourdes. (2014). *Administración: Gestión Organizacional, enfoques y Proceso Administrativo*. México: Pearson Educación.

Muñoz, Rosa (2007). *El desarrollo de las organizaciones del siglo XXI: ética, responsabilidad social, gestión de la diversidad y gestión del cambio*. Madrid: Colección Directivos.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OECD] (2017). *OECD Reviews of Health System: Perú 2017*. [En línea]. Paris: OECD Publishing. Fecha de consulta: 15/02/2019. Disponible en: <[https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2017\\_9789264282735-en#page4](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2017_9789264282735-en#page4)>.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OECD] (2017a). *Tackling Wasteful Spending on Health*. [En línea]. Paris: OECD Publishing. Fecha de consulta: 15/02/2019. Disponible en: <<https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>>.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. [En línea]. Ginebra: Oficina Sanitaria Panamericana. Fecha de consulta: 15/02/2019. Disponible en: <[https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1)>.

Organización Mundial de la Salud (2010). “La Financiación de los Sistemas de Salud: El Camino hacia la cobertura universal”. En: *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Fecha de Consulta: 30/07/2018. Disponible en: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029\\_spa.pdf;jsessionid=106C3968BCF588EDA7869B22EF78F30C?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf;jsessionid=106C3968BCF588EDA7869B22EF78F30C?sequence=1)>.

Organización Panamericana de la Salud (2005). Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Fecha de Consulta: 23/03/2018. Disponible en: <[https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS\\_USAID\\_analisis\\_sector\\_salud\\_herramienta\\_formulacion\\_politicas.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_USAID_analisis_sector_salud_herramienta_formulacion_politicas.pdf)>.

Parodi, Carlos (1996). “Un nuevo marco conceptual para la economía de la salud”. En: Revista Apuntes 38. 11 de noviembre de 1996. Fecha de consulta: 15/02/2019. Disponible en: <<http://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/436/438>>.

Saltman, Richard et al (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. [En línea]. Inglaterra: WHO. Fecha de consulta: 20/02/2019. <[https://www.who.int/health\\_financing/documents/shi\\_w\\_europe.pdf](https://www.who.int/health_financing/documents/shi_w_europe.pdf)>.

Superintendencia Nacional de Salud [Susalud] (2018). *Boletín Estadístico Tercer Trimestre de 2018*. [En línea]. Lima: Susalud. Fecha de consulta: 20/02/2019. <<http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/cdi/reporte-mensual/boletin/2018/2018%20III%20Boletin.pdf>>.

Titelman, Daniel (2014). “Universal health coverage in Latin America countries: how to improve solidarity-base schemes”. En: *Health Policy*. 16 de octubre de 2014. Fecha de consulta: 15/04/2018. Disponible en: <[https://www.paho.org/blz/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=233-universal-health-coverage-in-latin-american-countries-how-to-improve-solidarity-based-schemes&category\\_slug=technical-documentation&Itemid=250](https://www.paho.org/blz/index.php?option=com_docman&view=download&alias=233-universal-health-coverage-in-latin-american-countries-how-to-improve-solidarity-based-schemes&category_slug=technical-documentation&Itemid=250)>.

Uceda, Jorge. (2015). “Reforma del Sistema de Salud en el Perú”. En: Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 25 de marzo de 2015. Fecha de consulta: 20/07/2018. <[http://medicinainterna.net.pe/images/REVISTAS/2015/revista\\_28\\_2\\_2015/revision\\_de\\_tema.pdf](http://medicinainterna.net.pe/images/REVISTAS/2015/revista_28_2_2015/revision_de_tema.pdf)>.

Vammalle, Camila et al (2018). “Financing and budgeting practices for health in Peru”. En: OECD Journal on Budgeting Vol 17. Fecha de consulta: 20/02/2019. <[https://read.oecd-ilibrary.org/governance/financing-and-budgeting-practices-for-health-in-peru\\_budget-17-5j8v16g3czth#page41](https://read.oecd-ilibrary.org/governance/financing-and-budgeting-practices-for-health-in-peru_budget-17-5j8v16g3czth#page41)>.

Vermeersh, Christel (2016). *Financiamiento de la salud en el Perú – análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021*. [En línea]. Lima: Banco Mundial. Fecha de consulta: 20/02/2019.

<<http://documentos.bancomundial.org/curated/es/441041481748303633/pdf/106736-WP-P151238-SPANISH-OUO-9-For-IDU-Action-Analytical-document-has-been-approved-P151238.pdf>>.

## **Leyes**

Constitución Política del Perú

Ley N° 26482, Ley General de Salud

Ley N° 27056, Ley de Creación de EsSalud

Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo

Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud

Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011



Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas para fortalecer las funciones asignadas a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

Decreto Supremo N° 08-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud

Decreto Supremo N° 016-2012-TR, que declara en reorganización el Seguro Social de Salud – EsSalud

Decreto Supremo N° 010-2016-SA, que aprueba las “Disposiciones la adecuación de las IAFAS Públicas”

Decreto Supremo N° 054-2018-PCM, que aprueba los “Lineamientos de Organización del Estado”.

Resolución Ministerial N° 329-2016-TR, que aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2017-2021 del Sector Trabajo y Promoción del Empleo

Resolución Ministerial N° 367-2016-MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 del Sector Salud

Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 004-2019-PCM-SGP, que aprueba los Lineamientos N° 001-2019-SGP “Principios de actuación para la modernización de la Gestión Pública”.

Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 981-PE-ESSALUD-2003, que aprueba la Directiva N° 003-PE-ESSALUD-2003 “Normas de Gestión y Proceso Presupuestario de ESSALUD”.

Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD  
Resolución de Gerencia Central de Finanzas N° 013-GCF-OGA-ESSALUD-2009, que aprueba la Directiva N° 001-GCF-OGA-ESSALUD-2009 “Lineamientos específicos para la aplicación de los mecanismos de asignación de fondos presupuestales”.

Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas N° 65-GCSPE-ESSALUD-2016, “Directiva de Auditoría de Seguros del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y otros regímenes administrados por ESSALUD”.

## **Anexos**

## **Anexo 1. Evolución histórica de EsSalud**

En 1936, en el marco de los impulsos del Organismo Internacional de Trabajo por mejorar la seguridad social en el país, mediante la Ley N° 8433 se creó la Caja Nacional de Seguro Social Obrero, persona jurídica a cargo de los seguros sociales que cubrían los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte, a partir de los aportes recaudados de los obreros.

En 1961, se creó el Seguro Social del Empleado mediante Ley N° 13724, institución autónoma con personería jurídica de derecho público interno, destinado a cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte de los empleados en general.

Sobre la base de las entidades antes mencionadas, en 1973 se creó el Seguro Social, mediante Decreto Ley N° 20212, como institución pública descentralizada del sector trabajo, con personería jurídica de derecho público interno. Se le atribuye a dicha institución la administración del Sistema Nacional de Prestaciones de Salud y otros sistemas de prestaciones económicas de la seguridad social.

En 1980, se extingue dicha entidad y se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social, mediante Decreto Ley N° 23161, como institución autónoma y descentralizada, con autonomía técnica, económica y administrativa, con personería jurídica de derecho público interno, a cargo de cubrir a los trabajadores y sus familiares los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, accidente, vejez y muerte y contra cualquier otra situación factible de ser amparada y señalada por ley, así como la extensión de la cobertura a otros grupos de población aún no protegidos. Su estructura orgánica se desarrolla en la Ley N° 24786.

Sobre la base de dicha entidad, en 1999, a través de la Ley N° 27056, se creó el Seguro Social de Salud (EsSalud) como un organismo público descentralizado con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al sector trabajo y promoción del empleo, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable. Tiene como finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de salud, económicas, sociales y seguros de riesgos humanos.

En el 2007, la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo N° 29158 clasificó, dentro de las entidades públicas del poder ejecutivo, a EsSalud como una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social y dispuso que tenga un directorio cuya conformación sea determinada por ley.

En el 2010, la quincuagésima quinta disposición complementaria final de la Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011, estableció que EsSalud, sin modificar su naturaleza jurídica de organismo público descentralizado, se encuentre bajo el ámbito Fonafe; es decir, que quede sujeta a sus normas de gestión, directivas y procedimientos. Si bien no se describió a qué normas específicas de Fonafe se encontraba sujeta EsSalud, en la actualidad aplica siempre y cuando el ámbito considere a EsSalud expresamente. Cabe precisar que EsSalud es la única organización relacionada a la salud dentro de las empresas a cargo de Fonafe.

## Anexo 2. Listado de entrevistados por tipo

Entrevistas a funcionarios de EsSalud	Entrevistas a funcionarios del SIS, Saludpol y las IAFA de la Marina de Guerra del Perú	Entrevistas a funcionarios de Susalud	Entrevistas a expertos en aseguramiento de salud
<p>Gerente central de Seguros y Prestaciones Económicas</p> <p>Gerente central de Operaciones</p> <p>Gerente de Organización y Procesos</p> <p>Gerente central de Gestión Financiera</p> <p>Tres funcionarios con más de diez años de permanencia en EsSalud</p>	<p>Jefes de la Oficina de Planificación y Presupuesto</p> <p>Jefes de los órganos de línea</p>	<p>Funcionarios de la Intendencia de Supervisión de las Iafas e Intendencia de Normas y Autorizaciones</p>	<p>Un Expresidente del Consejo Directivo de EsSalud</p> <p>Dos funcionarios del Banco Mundial expertos en aseguramiento de salud</p> <p>Tres especialistas en aseguramiento en salud</p>

Fuente: Elaboración propia, 2019.

### **Anexo 3. Tipos de mecanismos de pago**

El pago por partidas es principalmente utilizado por los agentes financiadores públicos que tienen a su cargo agentes prestadores. Transfieren recursos para cubrir todas las prestaciones de salud (es decir, todos los insumos y costos en los que incurre), considerando el monto asignado años anteriores. Dicho mecanismo incentiva las prestaciones de salud, sin considerar la atención de necesidades y la satisfacción de los pacientes.

El pago por servicios es el que se reembolsa a los agentes prestadores por cada servicio prestado, para lo cual los agentes financiadores y prestadores conciertan tarifas. De esa manera, se incentiva la disponibilidad de servicios de salud específicos, la disminución del costo de la prestación (ya que se acordará el costo real de la prestación), y el aumento de la calidad de la misma en tanto de ello dependa el pago que reciban los agentes prestadores.

El pago por capitado, con el cual el agente financiador contrata a un agente prestador con una población adscrita y se le asigna un pago por un conjunto de prestaciones. De esa manera, se incentiva que el agente prestador invierta en mejoras y servicios de salud preventivos para incentivar la disminución en cantidad y complejidad del consumo de servicios de salud por parte de los pacientes

El pago por grupos relacionado al diagnóstico, a través del cual el agente financiador asigna uno o varios grupos de población con características diagnósticas similares y contrata la atención de un agente prestador que recibe pagos por el cumplimiento de egresos acordados y por el cumplimiento de prácticas clínicas. De esa manera, se incentiva (i) la prestación de servicios con diagnósticos y prácticas altamente complejas; y (ii) la disminución del costo de atención, ya que el agente prestador se encuentra incentivado por brindar servicios de salud efectivos que eviten el ingreso o la prolongación de la estancia de pacientes en los establecimientos de salud.

**Anexo 4. Impedimentos de EsSalud para ejercer de manera integral sus funciones como Iafas pública**

Funciones y procesos que se deberían ejercer		Funciones y procesos que ejerce EsSalud	Causas
Gestión de planes de salud	Estudios poblacionales y actuariales para diseño de planes de salud	Ausencia de directivas y procedimientos que definan cómo se determinan prestaciones de salud a brindar y diseñen planes para asegurados potestativos.	Procesos
	Diseño de coberturas, primas, deducibles, copagos y pagos directos a partir de comportamiento presente y futuro de la población	Marco normativo ha determinado reglas sobre cobertura y tasas de aportación para asegurados regulares, agrarios y SCTR. En la práctica, existen restricciones para el acceso a servicios de salud.	Impedimento legal
		Se ha ampliado la población asegurada y se han establecido tasas de aportación menores por leyes, sin evaluación del impacto en la sostenibilidad de la institución.	Impedimento legal
		De acuerdo a ley, los pagos directos (prestaciones económicas) no serán gestionados por las Iafas.	Impedimento legal
Afiliación de asegurados	Afiliación en base a siniestralidad del asegurado	Procedimiento de afiliación establecido por mandato legal, motivo por el cual no es posible establecer evaluación de siniestralidad del asegurado para afiliación.	Impedimento legal
	Promoción de planes de seguros de acuerdo con necesidades de asegurados	No se promocionan seguros dada ausencia de incentivos y conocimiento en mercadeo de servicios.	Recursos humanos
	Gestión de recaudación y cobranza de fondos para el aseguramiento y salud	No se ha mejorado recaudación y cobranza que realiza Sunat y no se brinda información completa a EsSalud para que verifique las contribuciones y cobranzas que realiza dicha institución. Ausencia de <i>expertise</i> de servidores y poca claridad en funciones y procedimientos para hacer verificar contribuciones y cobranza de EsSalud.	Impedimento legal Organización, procesos y recursos humanos
Administración de fondos de aseguramiento en salud	Uso de instrumentos financieros para garantizar valor del dinero en el tiempo	Ingresos financieros no son significativos, debido a limitada asignación, poco conocimiento de los servidores en gestión de recursos financieros y ausencia de regulación en torno a la gestión y articulación de dichas labores.	Organización, procesos y recursos humanos
	Gestión de reservas	Cantidad y uso de reserva técnica de la institución regulada por ley.	Impedimento legal
	Gestión del riesgo corporativo	No se han desarrollado los instrumentos y no se han asignado funciones a ninguna de las dependencias sobre la materia.	Organización y procesos
Gestión de asegurados	Libre elección de Ipress por parte del asegurado	No se han definido procedimientos y no se cuenta con información para adscribir a los asegurados a Ipress de referencia o permitir a los asegurados que elijan a la Ipress de su preferencia.	Procesos
	Sistemas de información únicos y articulados	Sistemas informáticos no articulados. No se han determinado reglas que faciliten gestión de información del asegurado.	Procesos
		Normas sobre verificación de condiciones de los asegurados desactualizadas con organización vigente de EsSalud.	Procesos
	Orientación, empoderamiento de los asegurados	No se han determinado protocolos ni directrices para empoderar a los asegurados en los puntos.	Procesos
	Gestión de reclamos y satisfacción de los asegurados	No se considera la percepción y reclamos del asegurado al momento de determinar características de las prestaciones de salud a comprar.	Procesos
Puntos de encuentro con el asegurado articulados	No se comparte información y se depende de gerencias centrales distintas.	Organización y procesos	
Compra de servicios de salud	Compra a Ipress de terceros.	Sistema de costeo y atención hospitalario es distinto al utilizado por otras Ipress. No se han establecido normas y procedimientos que determinen la brecha de servicios y en qué casos se requiere o es conveniente la compra de prestaciones a Ipress de terceros.	Procesos
		La normatividad que regula el procedimiento de compra de prestaciones no se encuentra adecuado a lo que se requiere comprar.	Impedimento legal
	Compra a Ipress propias	Financiamiento de presupuestos globales en tanto no se ha dotado de autonomía total a las redes a cargo de las Ipress.	Organizacional
		No es factible constituir Ugipress, lo cual dificulta autonomía en la gestión de los recursos de las Ipress.	Legal
Gestión de siniestros	Control prestacional para conocimiento de efectividad de la prestación	Las prestaciones sociales no podrán ser gestionadas por la Iafas.de f	Impedimento legal
		No se han establecido normas y estándares para el control prestacional, ni cómo se relaciona con la asignación de recursos y asegurados.	Institucional
		Poca actualización y articulación de normas prestacionales. No se han establecido normas y funciones en torno al recojo, consolidación y análisis de información sobre las prestaciones de salud.	Institucional

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Anexo 5. Procesos misionales de EsSalud como Iafas pública organizados por órganos a su cargo



Fuente: Elaboración propia, 2019.



## **Notas biográficas**

### **Vera Lucia Huacachino Presentación**

Nació en Lima el 22 de abril de 1985. Economista colegiada egresada de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cuenta con una especialización en Gestión y Finanzas Públicas en la Universidad del Pacífico y estudios en presupuesto público y base de datos.

Tiene más de seis años de experiencia en el sector público y cuatro de ellos en presupuesto público. Ha desempeñado cargos como especialista en presupuesto público sectorista de empleo y especialista en manejo de base de datos.

### **Joe Michael León Rivera**

Nació en Cerro de Pasco el 01 de mayo de 1979. Abogado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y oficial de la Policía Nacional del Perú (PNP). Cuenta con estudios de postgrado tanto en el campo del derecho como en la investigación y la administración policial.

Ha prestado servicio en dependencias PNP como comisario, oficial de inteligencia e investigación criminal, así como docente en las escuelas de formación policial, entre otros encargos. Actualmente labora en la Comandancia General de la PNP.

### **Jared Cesar Madrid Martinez**

Nació en Lima el 01 de agosto de 1989. Licenciado en Gestión Pública por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Cuenta con estudios de especialización en diseño organizacional, gestión por procesos, desarrollo gerencial, recursos humanos e inversión pública. Además, es miembro asociado del Centro Latinoamericano de Administración y Democracia (CLAD).

Tiene más de ocho años de experiencia en diseño organizacional y gestión por procesos en el sector público. Actualmente, desempeña el cargo de consultor de la Gerencia de Organización y Procesos de EsSalud.